

---

# Ikääntyneen päivystyspotilaan ja tämän läheisen kokema kotiutumisvalmius ja siihen yhteydessä olevat tekijät

---

Tampereen yliopisto  
Terveystieteiden yksikkö  
Pro gradu -tutkielma  
Sirku Haaranen  
Joulukuu 2016

SIRKKU HAARANEN: Ikääntyneen päivystyspotilaan ja tämän läheisen kokema kotiutusvalmius ja siihen yhteydessä olevat tekijät

Pro gradu -tutkielma, 30 sivua

Ohjaajat: THT, professori Päivi Åstedt-Kurki & TtT, yliopisto-opettaja Mira Palonen

Joulukuu 2016

---

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ikääntyneiden päivystyspotilaiden ja heidän läheistensä kokemaa kotiutumisvalmiutta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Tavoitteena on tuotetun tiedon avulla lisätä päivystyspotilaiden hoitajien tietämystä ikääntyneiden potilaiden kotiutumisvalmiuteen yhteydessä olevista tekijöistä. Tiedon avulla on mahdollista kehittää ikääntyneiden päivystyspotilaiden kotiuttamisen suunnittelua.

Tutkimuksessa käytettävä aineisto on kerätty postikyselyinä osana väitöskirjatutkimusta vuosina 2013 ja 2014 kahden sairaalan päivystysosastolta. Tutkimukseen osallistui 135 potilasta ja 128 potilaan valitsemaa läheistä. Aineistonkeruussa käytettiin Australiassa kehitettyä, validoitua PREPARED-mittaria, joka on suunniteltu mittaamaan kotiutumisvalmiutta ja joka on käännetty suomeksi.

Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin käyttäen IBM SPSS Statistics 24-ohjelmaa. Potilaan kotiutumisvalmiutta tarkasteltiin erikseen potilaan ja tämän läheisen näkökulmasta suhteessa taustamuuttujiin. Muuttujien välillä olevia yhteyksiä tarkasteltiin ristiintaulukoinnin ja Khiin neliötestin tai Fisherin testin avulla. Tilastollisen merkitsevyyden rajaksi asetettiin  $p < 0.05$ .

Suurin osa sekä potilaista että läheisistä koki itsensä valmistautuneeksi kotiutumiseen. Potilaiden kotiutumisvalmiutta lisääviä tekijöitä olivat kunnallisten palvelujen käyttö tai järjestäminen ja luottavaisuus kotona pärjäämisen suhteen. Potilaiden kotiutumissvalmiutta vähensivät tiedonpuute, viivästyksiset kotiutumisessa, kotona selviytymiseen liittyvät huolestuneisuus ja kotiutuksen jälkeen ilmenevät odottamattomat ongelmat. Läheisten kokema kotiutusvalmius lisääntyi, jos potilaalla oli muita hoidossa avustavia läheisiä pääasiallisesti hoitavan läheisen lisäksi. Lisäksi läheisten valmistautuneisuutta lisäsivät käytössä olevat tai järjestetyt kunnalliset palvelut ja luottavaisuus kotona pärjäämiseen. Läheisten valmistautuneisuutta vähensivät läheisen oma, potilaan hoitamista haittaava terveysongelma, huolestuneisuus kotona selviytymisen suhteen ja odottamattomat, kotona ilmenneet ongelmat.

Johtopäätöksenä voidaan tämän tutkimuksen perusteella todeta, että iäkkäiden päivystyspotilaiden kotiutumisen suunnitteluun täytyy kiinnittää enemmän huomiota. Tiedon tarve ja puutteet tiedon saannissa näkyvät tämän tutkimuksen tuloksissa ja hyvällä tiedon saannilla on selvä yhteys sekä potilaiden että läheisten kotiutumisvalmiuteen. Lisäksi tiedon saannilla on yhteyttä luottavaisuuteen, huolestuneisuuteen ja ongelmista selviämiseen. Kotiutumisen onnistumiseksi on tärkeää järjestää potilaalle tämän tarvitsemat kunnalliset palvelut ja apuvälineet, jotka tukevat sekä potilaan, että tämän läheisen selviytymistä kotona. Läheiset tulee ottaa mukaan kotiutumisen suunnitteluun ja etenkin sellaiset läheiset, joilla on potilaan avustamista vaikeuttavia sairauksia, tarvitsevat sekä tiedollista että konkreettista tukea ja palveluita kotona selviytymisen tueksi.

Avainsanat: kotiutuksen suunnittelu, kotiutumisvalmius, iäkäs päivystyspotilas, potilaan läheinen

ABSTRACT  
UNIVERSITY OF TAMPERE  
School of Health Sciences, Nursing Sciences

SIRKKU HAARANEN: The preparedness of discharge of elderly emergency patients and their families and the factors connected to this

Master's Thesis, 30 pages

Supervisors: Päivi Åstedt-Kurki, PhD, Professor & Mira Palonen, PhD, University instructor

December 2016

---

The purpose of this study was to describe how prepared elderly emergency patients and their families felt for the patients to be discharged, and the factors connected to this. The aim is to use the information produced by this study to increase knowledge among nurses working with emergency patients with regard to factors affecting the preparedness of elderly patients for discharge. The information enables the development of discharge planning for elderly emergency patients.

The material used for the study was collected using postal surveys as part of research conducted for a dissertation in 2013 and 2014 at accident and emergency wards at two hospitals. The study involved 135 patients and 128 family members selected by patients. Information was collected using the PREPARED indicator, which is designed to measure preparedness for hospital discharge. The indicator was developed and validated in Australia and translated into Finnish.

The study material was analysed with statistical methods using the IBM SPSS Statistics 24 software. Each patient's preparedness for hospital discharge was analysed separately from the patient's perspective and the perspective of family members in relation to background variables. The connections between the variables were analysed with the help of cross-tabulation and the chi-squared test or Fisher's test. The limit for statistical significance was set at  $p < 0.05$ .

The majority of patients and family members felt that they were prepared for discharge. The factors that increased patients' preparedness for discharge were the use or arrangement of municipal services and confidence in the ability to cope at home. Patients' preparedness for discharge was reduced by a lack of information, delays in discharge, worries related to the ability to cope at home, and unexpected problems arising after discharge. Family members experienced increased levels of preparedness for discharge if the patient had other family members to assist in treatment in addition to the family member who was providing most of the care. In addition, family members' preparedness was boosted by municipal services that were in use or arranged and confidence in the ability to cope at home. Family members' preparedness was reduced by their own health problems hindering their ability to provide care for the patient, worries related to the ability to cope at home, and unexpected problems arising at home.

On the basis of this study, it can be concluded that more attention needs to be paid to planning the discharge of elderly emergency patients. The need for information and deficiencies in obtaining information have also been identified in this study, and there is a clear link between good access to information and preparedness for discharge. In addition, access to information is connected to confidence, worry, and overcoming problems. To ensure successful discharge, it is important to arrange the municipal services and tools that the patient needs and that support both the patient and the patient's family members in coping at home. Family members must be included in discharge planning. In particular, family members who have illnesses that hinder their ability to assist the patient need both informative and tangible support and services to enable coping at home.

Key words: Discharge planning, Discharge preparedness, elderly emergency patients, families

## Sisällys

1. Johdanto.....	1
2. Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat.....	2
2.1 Ikääntynyt potilas päivystyksen asiakkaana .....	2
2.2 Ikääntyneen potilaan kotiutumisvalmius .....	3
2.3 Ikääntyneen potilaan läheiset hoitoon osallistujina .....	4
2.4 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista .....	6
3. Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset .....	7
4. Tutkimuksen toteutus .....	8
4.1 Tutkimusprosessin eteneminen.....	8
4.2 Tutkimusaineisto .....	9
4.3 Tutkimusaineiston analysointi.....	10
5. Tutkimuksen tulokset .....	12
5.1 Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden kuvaus .....	12
5.2 Potilaiden kotiutumisvalmiuteen yhteydessä olevat tekijät .....	13
5.3 Tutkimukseen osallistuneiden läheisten kuvaus .....	16
5.4 Läheisten kotiutumisvalmiuteen yhteydessä olevat tekijät.....	18
6. Pohdinta.....	20
6.1 Tutkimuksen luotettavuus.....	20
6.2 Tutkimuksen eettisyys .....	21
6.3 Tutkimustulosten tarkastelua .....	22
6.4 Johtopäätökset .....	25
6.5 Jatkotutkimusaiheet .....	26
Lähdeluettelo .....	27

## Taulukkoluetelo

Taulukko 1 Potilaiden taustamuuttujat .....	13
Taulukko 2 Potilaiden taustamuuttujien yhteys kotiutumisvalmiuteen.....	15
Taulukko 3 Läheisten taustamuuttujat.....	17
Taulukko 4 Läheisten taustamuuttujien yhteys kotiutukseen liittyvään valmistautuneisuuteen .....	19

# 1. Johdanto

75 vuotta täyttäneiden osuus koko Suomen väestöstä vuonna 2013 oli 8,5 prosenttia ja ikärakenteen ennusteen mukaan heidän osuutensa kasvaa 14 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä (THL 2015). Suomessa asuvista 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä 90,3 prosenttia asui kotona vuonna 2013 ja heistä 58,2 prosenttia oli yksinasuvia (THL 2015). Edelleen yli 40 prosenttia terveyskeskuskäynneistä toteutui 65 vuotta täyttäneillä ja eniten terveyskeskuskäynntejä oli yli 75 vuotta täyttäneillä. Terveyskeskusten vuodeosaston potilas oli keskimäärin 76-vuotias. Terveyskeskusten vuodeosastohoidon potilaista 64 prosenttia oli 75 vuotta täyttäneitä ja kolme neljäsosaa hoitopäivistä oli 75 vuotta täyttäneillä. STM:n tavoitteiden mukaisesti laitoshoidon osuutta on tarkoitus vähentää ja tukea sen sijaan kotona asumista. Paine laitushoitoon syntyy pääasiallisesti omaisen uupumisesta, muistisairauksista sekä asiakkaan yksinäisyydestä tai turvattomuuden tunteesta (STM 2013).

Ikääntyneiden potilaiden päivystyskäynnit muodostavat merkittävän osan päivystyskäynneistä ja heidän kotiutumiseensa liittyy riskejä, jolloin kotiutumisen suunnittelu korostuu (Mabire ym. 2015). Heistä noin viidennes palaa takaisin kuukauden kuluessa kotiutuksesta ja sen katsotaan johtuneen huonosta kotiutumisen valmistelusta, potilaan ja tämän perheenjäsenen kokemasta alhaisesta kotiutumisvalmiudesta, puutteellisesta koordinoinnista siirtymisessä ja siitä, ettei ikääntynyt selviydy kotona päivittäisistä toiminnoista (Bobay ym. 2010). Ikääntyneen päivystyspotilaan ja tämän perheenjäsenen kokemaa kotiutumisvalmiutta voidaan lisätä hyvän kotiutuksen suunnittelun avulla ja hyvä, yksilöllinen kotiutussuunnittelu vähentää myös uusintakäynntejä (Shepperd ym. 2013).

Noin kolme prosenttia ikääntyneistä tekee uusintakäynnin päivystykseen 72 tunnin sisällä päivystyksestä kotiutumisensa jälkeen, ja korkea kiireellisyysluokitus ennustaa uusintakäyntiä (Ylä-Mononen ym. 2014). Sekä ikääntyneen potilaan tuleminen päivystykseen että kotiuttaminen yöaikaan lisäävät riskiä uusintakäynnille, ja kotiuttaminen tulisi siirtää aamuun, jolloin sairaalan ja kotipalvelun tarjoamat tukipalvelut ovat heti käytettävissä (Ylä-Mononen ym. 2014; Palonen 2015).

Tarkoituksena on kuvata ikääntyneiden päivystyspotilaiden kotiutumisvalmiutta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä potilaiden itsensä sekä heidän perheenjäsenensä kokemana. Tavoitteena on tuotetun tiedon avulla lisätä päivystyspotilaiden hoitajien tietämystä ikääntyneiden potilaiden kotiutumisvalmiuteen yhteydessä olevista tekijöistä ja hyvän kotiutuksen suunnittelun merkityksellisyydestä. Tuotetun tiedon avulla voidaan kehittää ikääntyneiden päivystyspotilaiden kotiuttamiskäytänteitä ja parantaa ikääntyneiden päivystyspotilaiden ja heidän perheenjäsentensä turvallisuutta kotiutumisvaiheessa.

## 2. Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat

### 2.1 Ikääntynyt potilas päivystyksen asiakkaana

Ikääntyneiden potilaiden käynnit muodostavat merkittävän osan päivystyskäynneistä ja niitä leimaa usein ns. pyöröovi-ilmiö, jolla tarkoitetaan heidän toistuvia käyntejään päivystyksessä (Cossette ym. 2015). Kotona asuvien, monisairaiden ja ikääntyneiden määrä kasvaa, jolloin todennäköisesti myös päivystyskäyntien määrä iäkkäillä kasvaa (Nolan 2009; Haapamäki ym. 2014). Paljon päivystyspalveluita käyttävät iäkkäät potilaat kärsivät ikäverrokkejaan useammin mm. kognitiivisesta heikentymisestä, toimintakyvyn laskusta, masennuksesta, ahdistuksesta ja sosiaalisen tuen puutteesta (Dedhia ym.2009; Cossette 2015; Zhu 2015). Ikääntyneet ottavat päivystyksessä usein melko passiivisen roolin luottaessaan saamaansa hoitoon ja asettuvat hoidettaviksi valittamatta odotusaikojen pituudesta tai jatkohoidon suunnittelun, tiedonsaannin tai yksityisyyden puutteista hyväksyen ne jollain tavalla asiaan kuuluviksi (Richardson 2007). Lisäksi äänekäs ympäristö ja ikääntyneiden heikentyneet aistitoiminnot lisäävät näiden potilaiden epämukavuutta ja turvallisuudentunnetta ja ikääntyneet tulisikin huomioida paremmin päivystysympäristössä (Nolan 2009).

Tampereella toteutetussa kuntaliiton selvityksessä tarkasteltiin iäkkäiden päivystyskäyntejä vuosina 2011-2012. Keskimäärin joka viides potilas oli iältään yli 75-vuotias. Arkisin ja varsinkin maanantaisin käyntejä oli muihin päiviin verrattuna hieman enemmän ja keskimäärin iäkkäiden päivystyskäynnit ajoittuivat keski- tai iltapäivään kestäen noin viisi tuntia. Nuoremmissa ikäluokissa päivystyskäynnit ajoittuvat iltaan ja viikonloppuun ja ovat lyhyempiä kestoaltaan kuin ikääntyneiden käynnit. Vajaa puolet ikääntyneistä päivystyksessä käyneistä palasi kotiin tai palveluasuntoon. Ikääntyneillä monisairailta jo pienikin muutos terveydentilassa voi aiheuttaa toimintakyvyn romahtamisen jolloin päivystyskäynti on aiheellinen. Ikääntyneiden potilaiden päivystyskäynneille onkin tyypillistä, että potilaalla on useita sairauksia ja terveysongelmia, mikä heikentää potilaan kokonaistilannetta. Naisia käy määrällisesti enemmän, mutta suhteutettuna sukupuolijakaumaan naisten osuus vastaa naisten ikäluokkaa. Noin 13 prosenttia ikääntyneistä tuli päivystykseen yleistilan laskun takia, minkä syy ei aina selvinnyt tai taustalla saattoi olla esimerkiksi alahengitystieinfektio tai sydämen vajaatoiminta. (Haapamäki ym. 2014.)

Ikääntyneiden päivystyspotilaiden ajatellaan yleisesti käyttävän päivystyspalveluita turhaan, mutta heidän käyntinsä syynä on huomattavasti keskimääräistä useammin jokin päivystyksellistä hoitoa

vaativa sairaus. Alle neljällä prosentilla ikääntyneistä todetaan vaiva, joka ei edellyttäisi kiireellistä hoitoa, kun kaikista päivystyskäynneistä noin kymmenen prosenttia on ei vaadi kiireellistä hoitoa (Mylläri ym. 2013). Ikääntyneiden tulossyynä päivystykseen on usein kotona pärjäämättömyys tai yleistilan lasku, mutta taustalta löytyy useimmiten jokin kiireellistä hoitoa vaativa sairaus (esim. sydän- tai keuhkosairauden paheneminen, keuhkokuume, murtuma, aivohalvaus) tai merkittävä terveysongelma (esim. sekavuus, kuivuminen, vajaaravitsemus, suuri kaatumisriski, masennus), jolloin käynti osoittautuu aiheelliseksi ja voi vaatia kiireellistäkin hoitoa (Mylläri ym. 2013). Kotona pärjäämättömyyden takia tulleista noin kolmasosa kuolee vuoden sisällä päivystyskäynnistä, sillä he kuuluvat kaikkein hauraimpaan potilasryhmään (Mylläri ym. 2013).

Tässä opinnäytetyössä iäkkäällä päivystyspotilaalla tarkoitetaan yli 75-vuotiasta henkilöä, joka on kotiutunut päivystysosastolta.

## 2.2 Ikääntyneen potilaan kotiutumismvalmius

Iäkkään potilaan kotiutuminen sairaalan päivystyksestä aiheuttaa hänelle ja hänen perheenjäsenilleen huolta, stressiä ja pelkoa. Potilaan kotiutumiseen liittyvä jatkohoidon suunnittelu sekä potilaan ja hänen perheenjäsenensä tiedonsaanti vähentää hoidon kustannuksia (Zhu ym. 2015) ja lisää hoidon jatkuvuutta (Han ym. 2009). Kotiutumismvalmius koostuu kotiutukseen liittyvän tiedonsaannin lisäksi potilaan kokemasta luottavaisuudesta kotona pärjäämiseen, kotona selviytymiseen liittyvien huolien huomioimiseen sekä kotona tarvittavien palvelujen ja apuvälineiden järjestämiseen (Grimmer & Moss 2006). Kotiutukseen liittyvää ohjausta ei saada edelleenkään riittävästi, vaikka sen on todettu vaikuttavan kotiutumismvalmiuteen sekä ikääntyneillä että heidän perheenjäsenillään (Palonen ym. 2015). Ennen kotiutusta varsinkin ikääntyneitä potilaita tulee kannustaa kertomaan yksilöllisistä kotiutukseen liittyvistä ongelmistaan (Bobay ym. 2010) ja kartoittaa esimerkiksi kysymysten tai tarkistuslistojen avulla ikääntyneen potilaan kotona selviytymiseen vaikuttavat yksilölliset tekijät (Grimmer 2006). Ikääntyneen potilaan oma kokemus omasta terveydentilastaan vaikuttaa hänen kotiutumismvalmiuteensa ja kotona pärjäämiseensä (Grimmer 2006; Zhu ym. 2015). Hoitotyön keinoin voidaan vaikuttaa potilaan kokemukseen hänen saamastaan hoidosta ja parantaa tämän elämänlaatua sekä tukea kotona selviytymistä (Shepperd ym. 2013; Zhu ym. 2015). Potilaiden kokiessa hallitsevansa terveydentilaansa liittyvät ongelmat heidän turvallisuudentunteensa ja tyytyväisyytensä hoitoon lisääntyä ja itsehoitovalmiudet paranevat (Zhu ym. 2015).

Kotiutumisvaiheen yksilöllisiin tarpeisiin kohdistuvat interventiot vaikuttavat positiivisesti potilaiden kokemaan hoidon jatkuvuuteen, itsehoitovalmiuksiin, ahdistus- ja masennusoireisiin sekä potilaan käsitykseen saamastaan hoidon ohjauksesta (Cossette 2015). Interventioiden avulla voidaan joidenkin tutkimusten mukaan vähentää myös uusintakäyntien määrää (Dedhia ym. 2009; Bobay ym. 2010; Gozdziński 2012). Riittämättömän kotiutukseen suunnittelun on osoitettu lisäävän potilaan sairaalaan joutumista ja potilaalle koituvia haittoja erityisesti vanhuksilla, jotka kärsivät perussairauksien, heikentyneen kognition ja yleisen fyysisen tilan laskun vuoksi muita herkemmin haittavaikutuksista (Dedhia 2009; Zhu ym. 2015).

Ikääntyneiden potilaiden kotiutumisvalmiutta lisää hyvä kotiutukseen liittyvä ohjaus ja erityisesti ikääntyneiden ohjaustilanteisiin tulisi ottaa läheinen mukaan (Virtanen 2014; Hvalvik 2015; Palonen 2015). Ikääntyneet potilaat eivät aina ymmärrä saamiaan kotihoito-ohjeita (Schultz ym. 2014; Hvalvik 2015) tai alentuneen kuulon vuoksi eivät kuule suullisesti annettua ohjausta (Bobay ym. 2010). Kirjallisen materiaalin saaminen tiedonsaannin tueksi korostuukin ikääntyneillä potilailla ja heidän läheisillään (Salminen-Tuomaala 2010; Virtanen 2014). Saadun ohjauksen laatu vaikuttaa siihen, ymmärretäänkö ohjeet oikein ja ristiriitaiset ohjeet lisäävät potilaan epävarmuutta kotona selviämisestä (Schultz ym. 2014). Keskustelu kotihoito-ohjeista ja sen varmistaminen, että potilas ja tämän läheinen ymmärtävät ohjeet oikein, lisäävät potilaiden luottamusta kotona selviämiseen (Salminen-Tuomaala ym. 2010). Ikääntyneiden potilaiden kotiutumisvalmiutta lisää riittävän tiedonsaannin lisäksi päiväsaikaan tapahtuva kotiutus (Palonen 2015).

Kotiutuksen suunnittelua haittaa päivystyksessä ajanpuute ja työmäärä. Potilaat kärsivät äkillisistä, akuuteista vaivoista ja hoitajat kokevat vastuunsa huolehtia potilaiden turvallisesta hoidosta senhetkisessä akuutissa tilanteessa tärkeämpänä kuin kotiutuksen suunnittelun (Han ym. 2009). Kotiutuksen ja jatkohoidon suunnittelu tehdään muun hoidon ja rutiinien ohessa, jolloin se ei ole järjestelmällistä eikä perustu riittävän hyvään tietämykseen kotiutukseen liittyvistä potilaan yksilöllisistä ongelmista (Han ym. 2009).

### 2.3 Ikääntyneen potilaan läheiset hoitoon osallistujina

Suomessa ikääntyneiden säännöllisesti toteutettavissa palveluissa toimii noin 51 000 ammattilaista ja läheisiään päivittäin auttavia henkilöitä noin 58 000, joista noin 40 000 on omaishoidontukea saavia omaishoitajia. Kunnissa arvioidaan, että noin puolet omaishoidon turvin pärjäävistä henkilöistä tarvitsisi ympärivuorokautista hoitoa ilman omaishoitajaa (STM 2013).



Perhettä voidaan määrittellä monesta näkökulmasta. Tilastokeskuksen (2015) määritelmän mukaan perheen muodostavat avio- tai avioliitossa yhdessä asuvat tai parisuhteensa rekisteröineet henkilöt lapsineen tai ilman lapsia tai jompikumpi vanhemmista lapsineen. Nykyään myös samaa sukupuolta olevat henkilöt voivat rekisteröidä parisuhteensa (Tilastokeskus 2015).

Biologisten perusteiden mukaan perheitä määriteltäessä biologinen side yhdistää sukulaiset perheeksi, vaikka nämä eivät enää asuisi samassa taloudessa, kun taas juridiselta kannalta katsottuna perhe voi olla myös avioliitossa tai vastaavanlaisessa suhteessa elävä pari, jolla voi olla esimerkiksi adoptiolapsia, tai uusperhe jossa molemmilla puolisoilla voi olla omia lapsia. Hoitotieteessä perhe nähdään nykyään usein emotionaalisin perustein, jolloin perheen voi muodostaa kuka tahansa tärkeä tai läheinen ihminen, jonka esimerkiksi yksinasuja haluaa nimetä perheenjäsenekseen. (Åstedt-Kurki ym. 2008.)

Perhe ja läheiset ovat ikääntyneille henkilöille merkittävä tuen lähde sekä konkreettisen että emotionaalisen tuen saannissa (Bobay ym. 2010; Hvalvik 2015). Läheiset haluavat osallistua omaisensa hoitoon ja osallistuminen on yhdessäoloa, tiedon saamista ja potilaan auttamista, jolloin läheinen toimii osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa (Nikki & Paavilainen 2010). Potilaan läheisiltään saamaa tukea tulee arvostaa ja läheiset tulee nähdä potilaan voimavarana, jolloin myös heidän tarpeensa tulee huomioida (Salminen-Tuomaala ym. 2008; Nikki & Paavilainen ym. 2010). Päivystyksessä läheiset kaipaavat enemmän tietoa odotusajoista ja siitä, miten he voisivat auttaa potilasta (Nikki & Paavilainen 2010). Oman tiedonsaantinsa lisäksi läheisiä huolettaa tiedon siirtyminen terveydenhuoltojärjestelmän sisällä ja he pyrkivät potilaan siirtotilanteissa varmistelemaan tiedon siirtymistä myös tuon systeemin sisällä kokien olevansa vastuussa siirron onnistumisesta (Hvalvik 2015).

Läheisten asema vaikuttaa heidän saamaansa tietoon; potilaiden puoliset ja vanhemmat saavat enemmän tietoa kuin muut perheenjäsenet ja samoin samassa taloudessa asuvat läheiset kokevat saavansa enemmän tietoa kuin eri taloudessa asuvat (Rantanen ym. 2010). Ikääntyneen potilaan kotiutuessa läheisiltä saatu tuki korostuu heidän pitäessään yllä turvallisuudentunnetta stressaavassa tilanteessa (Hvalvik 2015). Lisäksi läheinen on jatkuvassa valmiustilassa muuttuvassa arjessaan (Hvalvik 2015). Läheiset toivovat enemmän tietoa potilaan terveydentilan muutoksen vaikutuksista perhe-elämään ja potilaan hoidon kannalta tärkeistä sosiaalipalveluista ja kokevat myös omaa jaksamistaan koskevan tiedon määrän liian vähäiseksi (Aura ym. 2010). Perheiden tuen saantiin päivystyksessä vaikuttaa vähentävästi myös kiire, päivystyspoliklinikan perhevastainen työpaikkakulttuuri ja tilat, jotka eivät edistä perheenjäsenten mukaan ottamista (Strann ym. 2013).

Päivystyksestä kotiutuessa läheiset tulisi ottaa mukaan kotiutuksen suunnitteluun ja päätöksentekoon (Grimmer 2006). Etenkin ikääntyneiden potilaiden läheiset ovat huolissaan siitä, miten kotiutuva potilas ymmärtää saamansa ohjeet (Hvalvik 2015) ja sen takia heidät tulisi ottaa mukaan potilaan ohjaustilanteisiin (Nikki & Paavilainen 2010). Läheiset kokevat saavansa liian vähän tietoa potilaan kotiutuessa (Palonen 2015). Läheiset toivovat tietoa siitä, mihin voi ottaa yhteyttä, jos kotiutumisen jälkeen tulee ongelmatilanne, sekä tietoa jatkohoidosta ja arkeen liittyvistä asioista (Aura ym. 2010).

Tässä opinnäytetyössä läheisellä tarkoitetaan potilaan perheenjäsenekseen kokemaa ja nimeämää henkilöä.

## 2.4 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista

Ikääntyneiden päivystyskäynnit muodostavat merkittävän osan kaikista päivystyskäynneistä ja heillä on tyypillisesti monia sairauksia, jolloin pienikin muutos terveydentilassa saattaa johtaa toimintakyvyn voimakkaaseen laskuun. He saattavat tulla päivystykseen kotona pärjäämättömyyden vuoksi, mutta useimmiten taustalla on vakava, äkillistä hoitoa vaativa sairaus, sen pahenemisvaihe tai sellainen terveysongelma, joka vaatii hoitoa. Ikääntyneistä vajaa puolet kotiutuu päivystyskäynnin jälkeen. Potilaiden läheiset muodostavat merkittävän tuen lähteen ja voimavaran ikääntyneille. He osallistuvat usein potilaan hoitoon kotona ja tämän terveydentilan heikkeneminen aiheuttaa heissä huolta. Potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen tai kotiutuessa he kokevat saavansa liian vähän tietoa jatkohoidosta ja kokevat olevansa vastuussa siirtotilanteista. He ovat huolissaan siitä, onko potilas ymmärtänyt saamansa jatkohoito-ohjeet ja toivovat saavansa osallistua jatkohoidon ohjaukseen.

Ikääntyneiden kotiutuessa päivystyksestä voidaan hyvällä kotiutuksen suunnittelulla vähentää sekä potilaan että tämän läheisen kokemaa stressiä, huolta ja pelkoa. Kotiutuksen suunnittelulla voidaan vaikuttaa heidän kokemaansa hoidon laatuun, itsehoitovalmiuksiin, elämänlaatuun ja hoidon jatkuvuuteen. Kotiutumisvalmius koostuu jatkohoitoon liittyvästä tiedonsaannista, potilaan kokemasta luottavaisuudesta kotona pärjäämiseen, potilaan yksilöllisiin selviytymiseen liittyvien huolien huomioimisesta sekä tarvittavien palvelujen ja apuvälineiden järjestämisestä. Ikääntyneen potilaan kokema huono kotiutumisvalmius lisää uusintakäyntien riskiä.

Kotiutuksen suunnittelun hyödyllisyyttä on tutkittu paljon ja suunnittelun on todettu parantavan hoidon laatua ja helpottavan potilaan kotiutumista ja kotona selviytymistä sekä vähentävän uusintakäyntien ja sairaalaan joutumisen riskiä (mm. Shepperd ym. 2013). Potilaan ja tämän läheisten tiedon, ohjauksen ja tuen tarvetta on tutkittu ja tiedon tarve on todettu yhdeksi keskeisimmistä

elementeistä kaikissa hoitoprosessin vaiheissa (mm. Aura ym. 2010; Rantanen ym. 2010; Salminen-Tuomaala ym. 2010; Palonen 2015). Tiedonsaannin yhteyttä potilaan ikään, odotusaikoihin, aikaisempiin kokemuksiin ja koulutusinterventioon on niin ikään tutkittu (Virtanen 2014). Läheisten tiedonsaannin yhteyttä perheenjäsenen sukulaisuussuhteeseen kuten myös suhteessa potilaan kanssa yhdessä asumiseen on tutkittu (Salminen-Tuomaala ym. 2008). Läheisten hoitoon osallistumista päivystyspoliklinikalla on tutkittu (Nikki ym. 2010) samoin kuin iäkkäiden potilaiden uusintakäyntien syitä (Ylä-Mononen ym. 2014). Kotiutumisaikojen ja tiedonsaannin on todettu vaikuttavan kotiutumisvalmiuteen. Suomessa ei ole tutkittu potilaiden tai heidän läheistensä taustatekijöiden yhteyttä heidän kokemaansa kotiutumisvalmiuteen.

### 3. Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ikääntyneiden päivystyspotilaiden ja heidän läheistensä kokemaa kotiutumisvalmiutta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Tavoitteena on tuotetun tiedon avulla lisätä päivystyspotilaiden hoitajien tietämystä ikääntyneiden potilaiden kotiutumisvalmiuteen yhteydessä olevista tekijöistä. Tiedon avulla on mahdollista kehittää ikääntyneiden päivystyspotilaiden kotiuttamisen suunnittelua jolloin iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä kokema kotiutumisvalmius paranee ja heidän kotona selviytymisensä helpottuu.

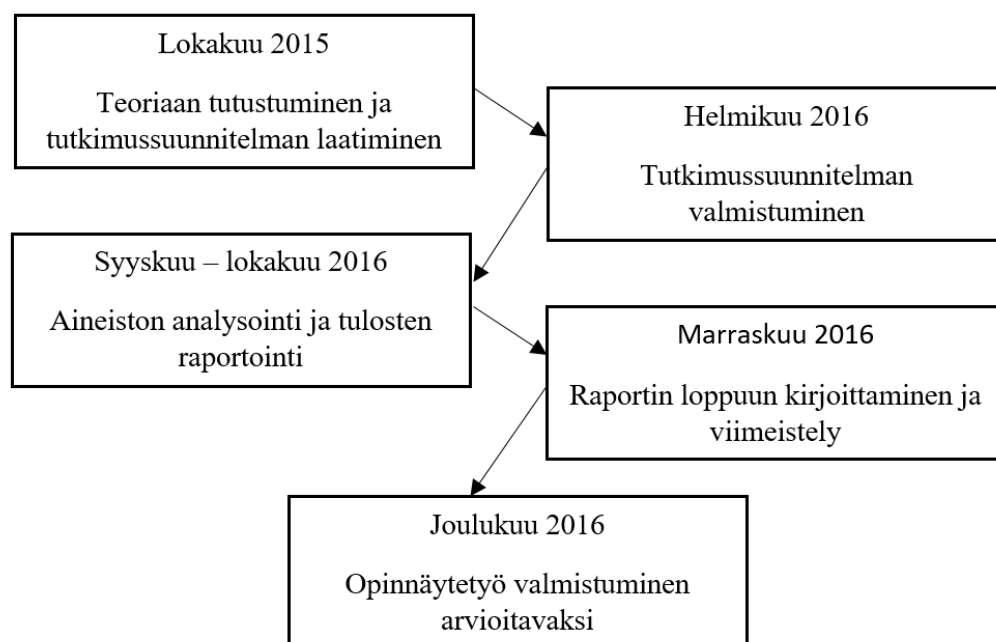
Tutkimuskysymykset:

1. Mikä on taustatekijöiden yhteys ikääntyneen päivystyspotilaan kokemaan kotiutumisvalmiuteen?
2. Mikä on taustatekijöiden yhteys iäkkään päivystyspotilaan läheisen kokemaan kotiutumisvalmiuteen?

## 4. Tutkimuksen toteutus

### 4.1 Tutkimusprosessin eteneminen

Tutkimussuunnitelman tekeminen aloitettiin lokakuussa 2015 perehtymällä ensin laajasti aihealueen kirjallisuuteen. Tutkimussuunnitelma valmistui helmikuussa 2016. Tutkimussuunnitelman tultua hyväksytyksi, kirjoitettiin maaliskuussa 2016 tutkimusaineiston käyttösopimus ja aineisto saatiin käyttöön. Tilastolliseen aineistoon tutustuminen aloitettiin kuitenkin vasta syyskuussa 2016, jolloin suunniteltiin soveltuvat tilastolliset menetelmät. Lokakuussa 2016 aloitettiin analyysi aineiston osallistujien kuvauksella ja sen jälkeen tehtiin tilastolliset testit. Tuloksia raportoitiin samanaikaisesti aineiston analysoinnin kanssa. Sekä tilastollisista menetelmistä että tulosten raportoinnista keskusteltiin tilastotieteilijän kanssa ja saatiin arviointia ja ohjausta sekä varmistusta siihen, että asiat on ymmärretty oikein. Valmis raportti luovutettiin arvioitavaksi joulukuussa 2016. (Kuvio 1)



Kuvio 1 Opinnäytetyön prosessin eteneminen

## 4.2 Tutkimusaineisto

Tässä tutkimuksessa käytettävä aineisto on kerätty osana väitöskirjatutkimusta. Tutkimusaineisto on kerätty postikyselyinä vuosina 2013 ja 2014 yhden yliopistosairaalan ja yhden keskussairaalan päivystysosastolla. Molemmat sairaalat sijaitsevat Lounais-Suomessa. Yliopistosairaalan perusterveydenhuollon päivystyksessä käy vuosittain n. 62 000 akuutista sairaudesta tai tapaturmasta kärsivää potilasta eikä sinne tarvita lähetettä, ja keskussairaalassa käy lääkärin läheteellä vuosittain n. 1700 potilasta. Potilaille lähetettiin postitse kaksi kyselylomaketta; toinen potilaan itsensä täytettäväksi ja toinen potilaan läheisen täytettäväksi. Ohjeen mukaan potilaan piti antaa läheisen lomake täytettäväksi itse valitsemalleen henkilölle, joka jollakin tavalla osallistuu potilaan hoitoon. Kuori sisälsi myös tiedotteen tutkimuksesta, suostumuslomakkeen ja palautuskuoren ja se lähetettiin potilaalle kaksi viikkoa päivystyksestä kotiutumisen jälkeen. (Palonen ym. 2015.)

Otoksen koko perustui otoskokolaskelmiin, joiden perusteella kyselylomake lähetettiin 300 potilaalle ja 300 läheiselle. Potilaiden tuli kotiutua päivystyksestä, olla yli 75-vuotiaita ja kykeneviä antamaan tietoon perustuva suostumus. Potilas sai valita, kuka läheisistä osallistui tutkimukseen eikä läheiselle asetettu ikäraja. (Palonen ym. 2015.)

Aineistonkeruussa käytettiin PREPARED (Prescriptions, Ready to re-enter community, Education, Placement, Assurance of safety, Realistic expectations, Empowerment, Directed to appropriate services) -mittaria (Gimmer & Moss, 2001), joka on kehitetty Australiassa vuonna 1998 ja jonka tarkoituksena on mitata terveydenhuollon asiakkaiden käsityksiä akuuttisairaaloitten suunnittelu- ja toimintaprosessin laadusta potilaan kotiutuessa. Kysely on suunniteltu mittaamaan kotiutumisvalmiutta potilaan ollessa päivystyksessä ja kahden viikon kuluttua kotiutumisesta ja sen pätevyys ja luotettavuus on vahvistettu (Grimmer & Moss, 2001). Tätä varten laadittiin kyselylomake potilaille ja toinen perheenjäsenille. Sisällöltään kysymykset ovat identtiset, mutta perheenjäsenten kyselylomake muokattiin heidän näkökulmastaan kysymyksiin vastaavaksi. Mittari koostui monivalintakysymyksistä ja kyllä/ei -kysymyksistä. Mittaria on käytetty muissa tutkimuksissa (Grimmer ym. 2006; Palonen ym. 2015). Mittari on käännetty suomeksi. (Palonen ym. 2015.)

Tämän tutkimuksen aineiston käytöstä on tehty kirjallinen sopimus Mira Palosen kanssa, joka on kerännyt aineiston väitöstutkimustaan varten. Tässä tutkimuksessa aineistosta analysoitiin ne muuttujat, joilla voitiin saada vastaus tämän tutkimuksen tutkimuskysymyksiin (Taulukot 1 ja 3).

### 4.3 Tutkimusaineiston analysointi

Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin käyttäen IBM SPSS Statistics 24 -ohjelmaa. Potilaan kotiutumisvalmiutta tarkasteltiin erikseen potilaan ja tämän läheisen näkökulmasta suhteessa taustamuuttujiin. Tutkimuskysymykset ohjasivat analyysiä (Polit & Beck 2012; Heikkilä 2014). Muuttujat olivat tyypiltään joko kvalitatiivisia tai kvantitatiivisia, jotka luokiteltiin uudelleen ja niiden kuvailussa käytettiin frekvenssejä ja prosenttiosuuksia. Jokaista muuttujaa varten laadittiin sopiva kysymys, johon voitiin saada vastaus aineistosta (Heikkilä 2014). Kaikista muuttujista otettiin frekvenssijakaumat, minkä jälkeen osa muuttujista luokiteltiin uudelleen (Heikkilä 2014). Uudelleen luokittelu tehtiin, jos alkuperäisessä luokittelussa luokissa oli niin vähän vastauksia, etteivät tilastollisten testien edellytykset täyttyneet ja jotta tutkimuksesta saatiin selkeä ja helposti ymmärrettävä (Metsämuuronen 2009; Heikkilä 2014).

#### Potilaiden muuttujien uudelleen luokittelu

Tässä tutkimuksessa potilaiden aineiston muuttujista luokiteltiin uudelleen potilaiden ikä, päivystyskäynnin syy, kotiutumispäivä, kotiutumisen ajankohta, kunnallisten palveluiden ja apuvälineiden järjestäminen, luottavaisuus kotona pärjäämiseen sekä kotiutumisvalmius. **Ikä** oli kvantitatiivinen muuttuja ja se luokiteltiin kolmiluokkaiseksi (1=<80, 2=80-89 ja 3=>89).

**Päivystyskäynnin syy** luokiteltiin uudelleen neliluokkaiseksi jättäen kolme yleisintä tulosyytä ja yhdistäen neljä harvinaisinta syytä yhteen luokkaan (1=sisätaudit, 2=kirurgia, 3=trauma ja 4=muut tulosyyt). Muita tulosityitä tässä tutkimuksessa olivat korva-, nenä- ja kurkkutaudit sekä silmäperäiset, neurologiset ja urologiset syyt. **Kotiutumispäivä** luokiteltiin uudelleen kahteen luokkaan (1=arki ja 2=viikonloppu) ja kotiutumisaikankohta kolmiluokkaiseksi (1=aamu/päivä, 2=iltapäivä/alkuilta ja 3=myöhäisilta/yö).

**Kunnallisten palveluiden ja apuvälineiden järjestämistä** koskevien muuttujien luokat ”kyllä”, ”palvelu on jo käytössä” ja ”ei tarvetta” yhdistettiin yhdeksi luokaksi, jolloin muuttujista saatiin kaksiluokkaiset (1=kyllä/palvelu on jo käytössä/ei tarvetta ja 2=e). **Luottavaisuus kotona pärjäämiseen** luokiteltiin uudelleen kaksiluokkaiseksi (1=luottavainen ja 2=epävarma) yhdistämällä luokat ”epävarma” ja ”en uskonut pärjääväni” luokaksi 2.

**Kotiutumisvalmius** luokiteltiin uudelleen kaksiluokkaiseksi yhdistämällä ”ei täysin valmistautuneet” ja ”valmistautumattomat”, jolloin saatiin uudet luokat (1=täysin valmistautunut ja

2=osittain tai ei lainkaan valmistautunut). Kaksiluokkaista kotiutumisvalmiutta käytettiin kaikkien muuttujien yhteyksien tarkasteluun selkiyttämiseksi sekä lisäämään tutkimuksen yhtenäisyyttä ja tulosten loogisuutta (Metsämuuronen 2009; Heikkilä 2014).

#### Läheisten muuttujien uudelleen luokittelu

Läheisten aineistosta luokiteltiin uudelleen läheisen ikä, suhde potilaaseen, kunnallisten palveluiden järjestäminen, luottavaisuus kotona pärjäämiseen ja koettu kotiutumisvalmius. **Läheisen ikä** oli kvantitatiivinen muuttuja, joka luokiteltiin viisiluokkaiseksi (1=<50, 2=50-59, 3=60-69, 4=70-79 ja 5=>79). **Läheisen suhde potilaaseen** -muuttujassa yhdistettiin luokat ”tytär”, ”poika”, ”muu sukulainen” ja ”muu läheinen” yhdeksi luokaksi, jolloin muuttujasta saatiin kaksiluokkainen (1=puoliso ja 2= muu sukulainen tai läheinen). **Kunnallisten palveluiden järjestäminen, luottavaisuus kotona pärjäämiseen ja koettu kotiutumisvalmius** luokiteltiin uudelleen samalla tavalla kuin potilaiden aineistossa tehtiin (ks. luku 4.3).

#### Tilastollinen testaaminen

Luokittelun jälkeen muuttujien välillä olevia yhteyksiä tarkasteltiin ristiintaulukoinnin ja Khiin neliötestin tai Fisherin testin avulla (Metsämuuronen 2009; Polit & Beck 2012; Heikkilä 2014). Aineiston ollessa suhteellisen pieni Khiin neliötestin edellytyksiä ei aina saatu voimaan, ja silloin tilastollisen merkitsevyyden testaamisessa käytettiin Fisherin exact-testiä (Metsämuuronen 2009; Polit & Beck 2012; Heikkilä 2014). Tilastollisen merkitsevyyden rajaksi asetettiin yleisesti käytössä oleva  $p<0.05$  (Heikkilä 2014).

Potilailta saatiin kaiken kaikkiaan 135 vastausta. Osa potilaista oli jättänyt vastaamatta joihinkin kysymyksiin ja vastaajien määrä vaihteli kysymyksittäin 123 ja 134 vastaajan välillä. Läheisiltä saatiin 128 vastausta ja kysymyksittäin vastaajien määrä vaihteli 100 ja 127 välillä.

## 5. Tutkimuksen tulokset

### 5.1 Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden kuvaus

Vastanneista potilaista vajaa puolet (46%) oli miehiä ja reilu puolet (54%) naisia. Hieman yli puolet (51%) potilaista oli iältään alle 80-vuotiaita, alle puolet (42%) prosenttia 80-89-vuotiaita ja vähiten (8%) oli yli 89-vuotiaita. Selvästi yleisin päivystyskäynnin syy tässä aineistossa oli sisätautien erikoisalaan liittyvä (59%). Seuraavaksi eniten käytiin kirurgiaan liittyvän syyn (16%) ja trauman vuoksi (9%) ja vähiten muiden syiden vuoksi (knk-taudit, silmäperäiset syyt sekä neurologian tai urologian erikoisaloihin liittyvät syyt, yhteensä 16%). Noin neljä viidesosaa (79%) iäkkäistä päivystyspotilaista kotiutui tässä tutkimuksessa arkipäivänä yhden viidesosan (21%) kotiutuessa viikonloppuna. Potilaista reilu neljännes (29%) kotiutui aamulla tai päivällä, noin puolet (48%) iltapäivällä tai alkuillasta ja vajaa neljännes (23%) myöhään illalla tai yöllä. (Taulukko 1.)

Kymmenesosalle potilaista (11%) järjestettiin päivystyskäynnin yhteydessä jotain kunnallista palvelua, osalla (13%) palvelu oli jo olemassa ja puolet (49%) raportoi, ettei palvelulle ollut tarvetta. Potilaista kolmannes (28%) vastasi, ettei kunnallista palvelua järjestetty. Apuvälineitä järjestettiin (14%) tai niitä oli jo (14%) osalla potilaista ja yli puolet (55%) ei kokenut apuvälineitä tarpeellisiksi. Loput (16%) potilaista vastasi, ettei apuvälineitä järjestetty ennen kotiutumista.

Neljäsosa vastaajista (25%) olisi halunnut saada lisää tietoa kotona selviytymisen tueksi ennen kotiutumistaan. Suurin osa vastaajista (79%) oli luottavaisia kotona pärjäämisen suhteen saatuaan tietää kotiin pääsystä. Kotiutumiseen liittyviä viivästyksiä oli reilulla kymmenesosalla (12%) vastaajista. Kotiutumisen jälkeen reilulla neljänneksellä (27%) oli kotona selviytymiseen liittyvää huolta. Vajaalla kolmasosalla (28%) vastaajista oli ilmennyt kotiutumisen jälkeen odottamattomia ongelmia kotona. (Taulukko 1.)

Enemmistö (68%) kotiutuneista päivystyspotilaista koki itsensä täysin valmistautuneeksi kotiutumaan, viidesosa (20%) osittain valmistautuneeksi ja loput (11%) vastaajista olivat valmistautumattomia lähtemään kotiin. (Taulukko 1.)



Taulukko 1 Potilaiden taustamuuttajat

Taustamuuttaja		%	n
Sukupuoli (n=134)	mies	46	62
	nainen	54	72
Ikä (n=134)	alle 80	51	68
	80 - 89	42	56
	yli 89	8	10
Päivystyskäynnin syy (n=128)	sisätaudit	59	75
	kirurgia	16	20
	trauma	9	12
	muut syyt	16	21
Kotiutumispäivä (n=126)	arki	79	99
	viikonloppu	21	27
Kotiutumisen ajankohta (n=129)	aamu/ päivä klo 07 - 13.59	29	37
	iltapäivä/ alkuiltalo klo 14 - 20.59	48	62
	myöhäisilta/ yö klo 21 - 04.59	23	30
Kunnallisten palveluiden järjestäminen (n=133)	kyllä/ on jo käytössä/ ei tarvetta	72	96
	ei	28	37
Apuvälineiden järjestäminen (n=129)	kyllä/ on jo käytössä/ ei tarvetta	84	108
	ei	16	21
Lisätiedon tarve kotona selviämiseen (n=123)	kyllä	25	31
	ei	75	92
Luottavaisuus kotona pärjäämiseen (n=132)	luottavainen	79	104
	epävarma	21	28
Oliko kotiutumisessa viivästyksiä (n=131)	kyllä	12	15
	ei	89	116
Kotona selviytymiseen liittyvä huoli sairaalassa ollessa(n=132)	kyllä	27	35
	ei	74	97
Kotona ilmenneet odottamattomat ongelmat (n=126)	kyllä	28	35
	ei	72	91
Kotiutumisvalmius (n=123)	täysin valmistautunut	68	84
	osittain valmistautunut/	32	39
	valmistautumaton		

## 5.2 Potilaiden kotiutumisvalmiuteen yhteydessä olevat tekijät

Miehistä noin kolme neljäsosaa (74%) ja naisista yli puolet (64%) koki itsensä täysin valmistautuneeksi kotiutumaan. Miesten ja naisten kokemalla kotiutumisvalmiudella näytti tässä aineistossa olevan pientä eroa niin, että miehet kokivat itsensä hieman naisia valmistautuneemmiksi

kotiutumiseen, mutta sukupuolten välillä ei ollut kuitenkaan tilastollisesti merkitsevää eroa. (Taulukko 2.)

Niistä potilaista, joille järjestettiin kunnallisia palveluita ennen päivystyksestä kotiutumista tai joilla oli palveluita jo ennestään tai jotka eivät kokeneet tarvitsevansa niitä, noin kolme neljäsosaa (76%) koki olevansa täysin valmistautunut kotiutumiseen. Kun taas niistä potilaista, joille palveluita ei järjestetty, noin puolet (49%) koki olevansa täysin valmistautunut kotiutumaan. Tuloksen mukaan kunnallisten palveluiden järjestäminen lisää potilaiden kotiutumisvalmiutta tilastollisesti merkitsevästi ( $p=0,003$ ). (Taulukko 2.)

Potilaista, joilla oli lisätiedon tarvetta kotona selviämiseen, reilu neljännes (28%) oli valmistautuneita kotiutumaan. Potilaista, joilla lisätiedon tarvetta ei ollut, lähes neljä viidesosaa (79%) oli täysin valmistautuneita kotiutumaan. Tuloksen mukaan lisätieto kotona selviämisen tueksi lisää potilaan kotiutumisvalmiutta tilastollisesti merkitsevästi ( $p<0,001$ ). (Taulukko 2.)

Niistä potilaista, jotka olivat kotiutuessaan luottavaisia kotona pärjäämisen suhteen, neljä viidesosaa (80%) koki itsensä täysin valmistautuneeksi kotiutumiseen, kun kotona pärjäämiseen epävarmasti suhtautuvista noin neljännes (24%) vastasi olevansa täysin valmistautunut kotiutumaan. Tuloksen mukaan luottavaisuus kotona pärjäämiseen kotiutuessa lisää potilaiden kotiutumisvalmiutta. Tulos on tilastollisesti merkitsevä ( $p<0,001$ ). (Taulukko 2.)

Potilaista, joiden kotiutumisessa oli viivästyksiä, alle puolet (43%) oli täysin valmistautuneita kotiutumiseen. Niistä potilaista, joiden kotiutumiseen ei liittynyt viivästyksiä, lähes kolme neljäsosaa (73%) oli täysin valmistautunut kotiutumaan. Tämän tutkimuksen tuloksen mukaan viivästykset kotiutumisessa vähentävät potilaan kotiutumisvalmiutta. Tulos on tilastollisesti merkitsevä ( $p=0,032$ ). (Taulukko 2.)

Vajaalla kolmanneksella potilaista oli ollut kotona selviytymiseen liittyvää huolta ja heistä noin kolmannes (31%) koki olevansa täysin valmis kotiutumaan. Niistä potilaista, joilla huolta ei ollut, täysin valmiita kotiutumaan oli neljä viidesosaa (81%). Tuloksen mukaan kotiutumiseen liittyvä huoli vähentää potilaiden kotiutumisvalmiutta. Tulos on tilastollisesti merkitsevä ( $p<0,001$ ). (Taulukko 2.)

Niistä potilaista, joilla ilmeni kotiutumisen jälkeen odottamattomia ongelmia, noin puolet (49%) koki itsensä täysin valmistautuneeksi kotiutumaan. Niistä potilaista, joilla ongelmia ei ilmennyt, kolme neljänestä (75%) oli täysin valmistautuneita kotiutumiseen. Tuloksen mukaan kotona ilmenevät odottamattomat ongelmat vähentävät potilaiden kotiutumisvalmiutta tuloksen ollessa tilastollisesti merkitsevä ( $p=0,006$ ). (Taulukko 2.)

Taulukko 2 Potilaiden taustamuuttujien yhteys kotiutumismvalmiuteen

Muuttuja		Kotiutumismvalmius		p
		Täysin valmistautunut % (n)	Osittain tai ei lainkaan valmistautunut % (n)	
Sukupuoli (n=123)	mies	74 (42)	27 (15)	0,077 <sup>1</sup>
	nainen	64 (42)	36 (24)	
Ikä (n=123)	70-79	67 (43)	33 (21)	0,598 <sup>2</sup>
	80-89	72 (36)	28 (14)	
	90 tai yli	56 (5)	44 (4)	
Päivystyskäynnin syy (n=117)	sisätaudit	69 (50)	31 (22)	0,981 <sup>2</sup>
	kirurgia	67 (12)	33 (6)	
	trauma	64 (7)	37 (4)	
	muut syyt	69 (11)	31 (5)	
Kotiutumispäivä (n=115)	arki	70 (65)	30 (28)	0,370 <sup>1</sup>
	viikonloppu	64 (14)	36 (8)	
Kotiutumisen ajankohta (n=119)	aamu/ päivä	82 (28)	18 (6)	0,073 <sup>2</sup>
	iltapäivä/ alkuilt	60 (34)	40 (23)	
	myöhäisilta/ yö	71 (20)	29 (8)	
Kunnallisten palveluiden järjestäminen (n=123)	kyllä/ jo käytössä/ ei tarvetta	76 (67)	24 (21)	<b>0,003<sup>1</sup></b>
	ei	49 (17)	51 (18)	
Apuvälineiden järjestäminen (n=119)	kyllä/ jo käytössä/ ei tarvetta	68 (67)	32 (31)	0,534 <sup>1</sup>
	ei	67 (14)	33 (7)	
Lisätiedon tarve kotona selviämiseen (n=116)	kyllä	28 (8)	72 (21)	<b>&lt;0,001<sup>1</sup></b>
	ei	79 (69)	21 (18)	
Luottavaisuus kotona pärjäämiseen (n=121)	luottavainen	80 (77)	20 (19)	<b>&lt;0,001<sup>1</sup></b>
	epävarma	24 (6)	76 (19)	
Oliko kotiutumisessa viivästyksiä (n=121)	kyllä	43 (6)	57 (8)	<b>0,032<sup>1</sup></b>
	ei	72 (77)	28 (30)	
Kotona selviytymiseen liittyvä huoli (n=122)	kyllä	31 (10)	69 (22)	<b>&lt;0,001<sup>1</sup></b>
	ei	81 (73)	19 (17)	
Kotona ilmenneet odottamattomat ongelmat (n=118)	kyllä	49 (16)	52 (17)	<b>0,006<sup>1</sup></b>
	ei	75 (64)	24 (21)	

<sup>1</sup>)=Fisherin exact-testi <sup>2</sup>)=Khiin neliötesti

### 5.3 Tutkimukseen osallistuneiden läheisten kuvaus

Tutkimukseen vastanneista iäkkäiden päivystyspotilaiden läheisistä noin kolmannes (34%) oli miehiä ja loput (66%) naisia. Nuorin vastanneista läheisistä oli iältään 21-vuotias ja vanhin oli 92-vuotias (md=72). Yli puolet läheisistä oli puolisoita (55%), seuraavaksi eniten oli tyttäriä (25%) ja poikia (11%) ja vähiten vastaajissa oli muita sukulaisia (8%) tai muita läheisiä (2%). Yli puolet (57%) läheisistä vastasi, että heidän itsensä lisäksi potilaalla on muitakin läheisiä, jotka osallistuvat potilaan avustamiseen. Yli puolet (56%) läheisistä asui potilaan kanssa samassa taloudessa. (Taulukko 3.)

Läheisten vastausten mukaan vajaalla kolmanneksella potilaista oli kunnallisia palveluita joko ennestään (15%) tai niitä järjestettiin ennen potilaan kotiutumista (13%). Reilu kolmannes läheisistä (38%) ei kokenut kunnallista palvelua tarpeelliseksi ja kolmannes (33%) vastasi, ettei kunnallista palvelua järjestetty. Apuvälineitä järjestettiin läheisten vastausten mukaan lähes neljännekselle (22%) potilaista.

Läheisistä noin joka seitsemäs (14%) vastasi, että hänen kanssaan oli keskusteltu läheisen selviytymisestä potilaan avustamisessa ja alle joka kymmenes (8%) läheinen oli saanut tietoa itselleen suunnatuista palveluista. Yli puolet (65%) läheisistä oli luottavaisia kotona pärjäämisen suhteen ja selvä enemmistö (90%) vastasi kotiutuksen sujuneen ilman viivästyksiä. Viidenneksellä läheisistä (20%) oli potilaan avustamista haittaavia terveysongelmia ja lähes puolella (47%) oli potilaan kotona selviytymiseen liittyvää huolta. Suurimmalla osalla (86%) ei ilmennyt kotona odottamattomia ongelmia. (Taulukko 3.)

Myös läheisistä enemmistö (61%) oli täysin valmistautunut potilaan kotiutumiseen. Viidesosa läheisistä (21%) oli osittain valmistautunut ja vajaa viidesosa (18%) oli valmistautumattomia potilaan kotiutumiseen. (Taulukko 3.)

Taulukko 3 Läheisten taustamuuttajat

Taustamuuttuja		%	n
Sukupuoli (n=127)	mies	34	43
	nainen	66	84
Ikä (n=125)	49 tai alle	8	10
	50 - 59	18	22
	60 - 69	20	25
	70 - 79	37	46
	80 tai yli	18	22
Läheisen suhde potilaaseen (n=123)	puoliso	55	67
	muu sukulainen tai läheinen	46	56
Onko potilaalla useampia avustavia läheisiä (n=126)	kyllä	57	72
	ei	43	54
Asuuko läheinen samassa taloudessa (n=127)	kyllä	56	71
	ei	44	56
Kunnallisten palveluiden järjestäminen (n=125)	kyllä/ on jo käytössä/ ei tarvetta	67	84
	ei	33	41
Apuvälineiden järjestäminen (n=100)	kyllä	28	28
	ei	71	72
Keskustelu läheisen selviytymisestä potilaan avustamisessa (n=115)	kyllä	14	16
	ei	86	99
Saatiinko tietoa läheiselle suunnatuista palveluista (n=112)	kyllä	8	9
	ei	92	103
Luottavaisuus potilaan kotona pärjäämiseen (n=121)	luottavainen	65	78
	epävarma/ ei uskonut pärjäävänsä	36	43
Oliko kotiutumisessa viivästyksiä (n=121)	kyllä	10	12
	ei	90	109
Läheisen omat, auttamista haittaavat terveysongelmat (n=121)	kyllä	20	24
	ei	80	97
Huoli selviytymisestä kotona potilaan ollessa sairaalassa (n=122)	kyllä	47	57
	ei	53	65
Kotona ilmenneet odottamattomat ongelmat (n=122)	kyllä	14	17
	ei	86	105
Läheisen valmistautuneisuus kotiutumiseen (n=114)	täysin valmistautunut	61	69
	osittain tai ei lainkaan	40	45
	valmistautunut		

#### 5.4 Läheisten kotiutumisvalmiuteen yhteydessä olevat tekijät

Läheisistä, joilla oli tukenaan muitakin potilasta avustavia läheisiä, suurin osa (63%) oli täysin valmistautuneita potilaan kotiutumiseen. Niistä läheisistä, jotka olivat potilaan ainoita avustavia läheisiä, alle puolet (45%) oli täysin valmistautuneita. Tulosten mukaan potilaalla oleva useampi avustava läheinen lisää läheisen kokemaa kotiutumisvalmiutta. Tulos on tilastollisesti merkitsevä ( $p=0,003$ ). (Taulukko 4.)

Jos potilaalla oli kunnallisia palveluja käytössään, niitä järjestettiin tai niille ei ollut tarvetta, läheinen koki itsensä useammin täysin valmistautuneeksi potilaan kotiutumiseen (69%), kuin jos palvelua ei järjestetty (46%). Tuloksen mukaan kunnallisten palvelujen olemassaolo tai järjestäminen lisäävät läheisen valmistautuneisuutta potilaan kotiutumiseen. Ero on tilastollisesti merkitsevä ( $p=0,016$ ). (Taulukko 4.)

Niistä läheisistä, jotka luottivat potilaan kotona pärjäämiseen, neljä viidesosaa (79%) oli täysin valmistautuneita kotiutumiseen, kun taas kotona pärjäämisen suhteen epävarmoista läheisistä neljännes (26%) oli täysin valmistautunut kotiutumiseen. Tuloksen mukaan läheisen luottamus potilaan kotona pärjäämiseen lisää läheisen valmistautuneisuutta kotiutumiseen tilastollisesti merkitsevästi ( $p<0,001$ ). (Taulukko 4.)

Niistä läheisistä, joilla oli potilaan avustamista haittaavia terveysongelmia, neljännes (25%) koki itsensä täysin valmistautuneeksi ja niistä, joilla terveysongelmia ei ollut, suurin osa (70%) oli valmistautunut potilaan kotiutumiseen. Tuloksen mukaan potilaan avustamista haittaavat läheisen terveysongelmat vähentävät läheisen kokemaa kotiutumisvalmiutta ja tulos on tilastollisesti merkitsevä ( $p<0,001$ ). (Taulukko 4.)

Niistä läheisistä, joilla oli huolta potilaan kotona selviämisestä, alle puolet (40%) oli täysin valmistautuneita potilaan kotiutumiseen, kun niistä läheisistä, joilla huolta ei ollut, suuri osa (78%) oli täysin valmistautuneita. Tuloksen mukaan potilaan kotona selviämiseen liittyvä läheisen huoli vähentää läheisen kotiutumisvalmiutta. Yhteys on tilastollisesti merkitsevä ( $p<0,001$ ). (Taulukko 4.)

Jos potilaalla oli ilmennyt kotona odottamattomia ongelmia, läheisistä neljäsosa (25%) oli täysin valmistautuneita ja jos ongelmia vastaavasti ei ollut, läheisistä yli puolet (60%) oli täysin valmistautuneita kotiutukseen. Tuloksen mukaan potilaalla kotiutuksen jälkeen ilmenneet odottamattomat ongelmat vähentävät läheisen kotiutumisvalmiutta. Ero ryhmien välillä on tilastollisesti merkitsevä ( $p=0,005$ ). (Taulukko 4.)

Taulukko 4 Läheisten taustamuuttujien yhteys kotiutukseen liittyvään valmistautuneisuuteen

Muuttuja		Kotiutumisvalmius		p
		Täysin valmistautunut % (n)	Osittain tai ei lainkaan valmistautunut % (n)	
Sukupuoli (n=114)	Mies	60 (24)	40 (16)	0,545 <sup>(1)</sup>
	Nainen	61 (45)	39 (29)	
Ikä (n=113)	49 tai alle	33 (3)	67 (6)	0,464 <sup>(2)</sup>
	50 - 59	56 (10)	44 (8)	
	60 - 69	68 (15)	32 (7)	
	70 - 79	61 (27)	39 (17)	
	80 tai yli	65 (13)	35 (7)	
Läheisen suhde potilaaseen (n=110)	puoliso	63 (40)	38 (24)	0,573 <sup>(2)</sup>
	tytär tai poika	60 (21)	40 (14)	
	muu sukulainen tai läheinen	46 (5)	55 (6)	
Onko potilaalla muita avustavia läheisiä (n=113)	Kyllä	73 (46)	27 (17)	<b>0,003<sup>(1)</sup></b>
	Ei	46 (23)	54 (27)	
Asuuko läheinen samassa taloudessa (n=114)	Kyllä	63 (43)	37 (25)	0,300 <sup>(1)</sup>
	Ei	57 (26)	44 (20)	
Kunnallisten palveluiden järjestäminen (n=113)	kyllä/ palvelu on jo/ ei tarvetta	69 (51)	31 (23)	<b>0,016<sup>(1)</sup></b>
	ei	46 (18)	54 (21)	
Apuvälineiden järjestäminen (n=94)	kyllä	56 (14)	44 (11)	0,573 <sup>(1)</sup>
	ei	57 (39)	44 (30)	
Keskustelu läheisen selviämisestä potilaan avustamisessa (n=107)	kyllä	63 (10)	38 (6)	0,487 <sup>(1)</sup>
	ei	58 (53)	42 (38)	
Saatiinko tietoa läheiselle suunnatuista palveluista (n=105)	kyllä	67 (6)	33 (3)	0,455 <sup>(1)</sup>
	ei	58 (56)	42 (40)	
Luottavaisuus potilaan kotona pärjäämiseen (n=114)	luottavainen	79 (59)	21 (16)	<b>&lt;0,001<sup>(1)</sup></b>
	epävarma/ ei uskonut pärjäävänsä	26 (10)	74 (29)	
Oliko kotiutumisessa viivästyksiä (n=113)	Kyllä	40 (4)	60 (6)	0,138 <sup>(1)</sup>
	Ei	63 (65)	37 (38)	
Läheisen omat, auttamista haittaavat terveysongelmat (n=113)	Kyllä	25 (6)	75 (18)	<b>&lt;0,001<sup>(1)</sup></b>
	Ei	70 (62)	30 (27)	
Huoli selviytymisestä kotona potilaan ollessa sairaalassa (n=112)	kyllä	40 (21)	60 (31)	<b>&lt;0,001<sup>(1)</sup></b>
	ei	78 (47)	22 (13)	
Kotona ilmenneet odottamattomat ongelmat (n=113)	kyllä	26 (7)	73 (11)	<b>0,005<sup>(1)</sup></b>
	ei	65 (64)	35 (34)	

1)=Fisherin exact-testi 2)=Khiin neliötesti

## 6. Pohdinta

### 6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tämän pro gradu -tutkielman luotettavuutta arvioitiin koko prosessin ajan. Aihealueen aikaisempaan tutkimus- ja teorian tietoon perehdyttiin laajasti, jotta saatiin kokonaiskäsitys tutkittavasta aiheesta. Tutkimussuunnitelma laadittiin huolellisesti ja suunnitteluvaiheessa pohdittiin, mitä aineistosta on mahdollista saada selville ja millä menetelmillä voidaan saada mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta aiheesta. (Metsämuuronen 2009; Heikkilä 2014.)

Tässä tutkimuksessa käytettiin valmista aineistoa, joka on kerätty vuosina 2013 ja 2014. Valmiin aineiston käyttö saattaa tässä tutkimuksessa heikentää tutkimuksen luotettavuutta, koska tutkija ei ole pystynyt vaikuttamaan aineistonkeruuseen liittyviin järjestelyihin. Toisaalta, aineiston kerääjä on kuvannut aineistonkeruun vaiheet kattavasti ja arvioinut aineistonkeruun luotettavuutta (Metsämuuronen 2009; Palonen 2015). Lisäksi aineisto on suhteellisen tuore ja sen avulla saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin (Metsämuuronen 2009).

Tutkimusaineiston keruuseen kehitetyn mittarin pätevyys ja luotettavuus on vahvistettu (Grimmer & Moss, 2001; Heikkilä 2014)). Vastausprosentti oli potilailla 37% ja läheisillä 32%. 78 potilaan ja 60 läheisen vastaukset jouduttiin hylkäämään puutteellisuuden tai epätäydellisyyden vuoksi. Vastausprosentti on ollut suhteellisen alhainen, mikä saattaa heikentää tulosten yleistettävyyttä, mutta toisaalta yleistettävyyttä parantaa se, että aineisto on kerätty kahden eri sairaalan päivystysosastolta ja otoskoko perustuu voimalaskelmiin (Heikkilä 2014). Alhaisesta vastausprosentista johtuen vastaajien joukosta on kuitenkin saattanut jäädä pois merkittäviä tiedonantajia. Se on saattanut vääristää tutkimustuloksia. (Heikkilä 2014; Palonen ym. 2015.)

Aineisto analysoitiin SPSS-tilastonkäsittelyohjelmaa käyttäen. Opinnäytetyön tekijä on opiskellut SPSS:n käyttöä, mutta ei ole aiemmin käyttänyt ohjelmaa tutkimuksen tekemiseen ja se saattaa heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Aineistoa analysoitaessa perehdyttiin hyvin menetelmäkirjallisuuteen. Opinnäytetyön tekijä oli selvillä aineiston muuttujien mitta-asteikoista ja tilastolliseen testaamiseen liittyvistä edellytyksistä (Metsämuuronen 2009; Heikkilä 2014). Tutkimukseen osallistujat kuvailtiin tarkasti ja aineisto analysoitiin huolellisesti. Käytetyt tilastolliset testit kuvailtiin perusteluineen, jotta lukija voisi arvioida tutkimuksen luotettavuutta (Polit & Beck 2012). Tutkimuksen aikana hyödynnettiin tilastotieteilijän ohjausta luotettavuuden lisäämiseksi ja



opinnäytetyön tekijän tekemien ratkaisujen tueksi. Aineistosta analysoitiin kaikki muuttujat, jotka oli mahdollista testata ja joilla voitiin saada vastaus tutkimuskysymyksiin (Heikkilä 2014).

Tutkimuksen tulosten tulkintaan paneuduttiin perusteellisesti ja käytettiin paljon aikaa varmistamaan tilastotieteilijältä, että tulosten tulkinta on ymmärretty oikein. Tulkinta tehtiin huolellisesti ja kaikki tärkeät tulokset raportoitiin tarkasti (Hirsjärvi ym. 2008; Heikkilä 2014). Tulokset kuvattiin myös taulukoissa, jotta lukija saa selkeän kuvan siitä, mitä ja miten on tutkittu ja mitä on löydetty (Heikkilä 2014; Polit & Beck, 2012). Taulukoiden ja kuvioiden laadinnassa oltiin erityisen tarkkoja, jotta tulosteksti kuvaisi taulukoiden kanssa yhdenmukaisesti ja loogisesti saatuja tutkimustuloksia (Heikkilä 2014). Tutkimustulosten raportoinnissa arvioitiin kriittisesti tulosten yleistettävyyttä ja tutkimuskonteksti kuvattiin niin hyvin, että lukija pystyy arviomaan sitä (Polit & Beck 2012). Virheiden mahdollisuus minimoitiin tuloksia raportoitaessa tarkastamalla huolellisesti ja useaan kertaan tilastollisten testien edellytysten voimassaolo ja tulokset (Polit & Beck 2012). Tutkimusprosessi kuvattiin ja sitä arvioitiin kriittisesti. Tutkimuksen tuloksia verrattiin aiempaan aihealueen tutkimustietoon luotettavuuden lisäämiseksi (Polit & Beck 2012).

Analysoinnin aikana pidettiin päiväkirjaa, johon merkittiin mitä ja milloin oli tehty, jotta asioita voitiin tarkistaa päiväkirjasta jälkikäteen. Aineiston analysoinnin loppuvaiheilla tavattiin tilastotieteilijää sen varmistamiseksi, että tilastolliset menetelmät ja niiden käyttö ja tulosten raportointi on ymmärretty oikein.

## 6.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen aihe on merkityksellinen (Burns & Grove 1997), sillä aihealueen aiempi tutkimus on osoittanut potilaan kokeman kotiutumisvalmiuden olevan yhteydessä potilaan kokemukseen hoidon laadusta ja vaikuttavan myös vähentävästi uusintakäyntien määrään päivystyksestä kotiutuessa. Tutkimuksissa on myös todettu, että ikääntyneiden päivystyspotilaiden kotiutuksen suunnittelussa on yhä puutteita. Taustatekijöiden yhteyttä koettuun kotiutumisvalmiuteen ei ole tutkittu ja tämän tutkimuksen arvioitiin tuottavan uutta tietoa, jota voidaan hyödyntää iäkkäiden päivystyspotilaiden ja heidän läheistensä hoidon kehittämisessä (Burns & Grove 1997).

Tässä opinnäytetyössä käytettiin valmista aineistoa, joka oli kerätty kahdesta eri sairaalasta. Aineistonkeruuta varten haettiin luvat sairaanhoitopiireiltä ja eettinen hyväksyntä saatiin sairaaloiden eettisiltä komiteoilta. Tutkimukseen osallistuneet potilaat ja läheiset saivat esitteet ja tutkimuksen tekijän yhteystiedot tietoon perustuvaa suostumusta varten, minkä lisäksi heillä oli mahdollisuus

vetäytyä tutkimuksesta milloin tahansa. Vastaajien anonyymiyys varmistettiin koodaamalla kaikki kyselylomakkeet. (Kuula 2011; TENK 2012; Palonen ym. 2015.)

Opinnäytetyön tekijä sai valmiin tutkimusaineiston haltuunsa tutkimussuunnitelman valmistuttua maaliskuussa 2016. Tutkimusaineiston käytöstä tehtiin kirjallinen sopimus. Koska kyseessä oli jo aiemmin kerätty valmis aineisto, sen jatkokäytöstä ei aiheutunut riskejä tai haittaa tutkimukseen osallistuneille henkilöille, toisaalta hyötyjenkin ollessa enintään välillisiä (Kuula 2011; TENK 2012). Valmiin aineiston jatkokäytöllä säästettiin lisäksi sekä tutkijan että vastaajien aikaa ja vaivaa, ja valmiiksi kerätyn aineiston yli jääneet osat saatiin hyödynnettyä (Hirsjärvi ym. 2008).

Aineiston käsittely ja analysointi tehtiin huolellisesti ja hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen. Valmiissa aineistossa ei ollut nähtävillä tunnistetietoja, joten vastanneiden henkilöllisyys ei tullut selville. Tulosten raportointiin kiinnitettiin erityistä huomiota kuvaten kaikki tulokset rehellisesti ja tarkasti. Tähän opinnäytetyönä tehtävään pro Gradu- tutkielmaan ei haettu eikä saatu rahoitusta eikä tutkielman tekijällä ole sidonnaisuuksia millekään tutkimukseen osallistuvalla taholla. (Kuula 2011; TENK 2012)

### 6.3 Tutkimustulosten tarkastelua

Koettu kotiutumisvalmius on subjektiivinen kokemus ja aiemmissa tutkimuksissa on tullut esille, että koettu kotiutumisvalmius on usein korkeampi kuin todellinen, mutta koettu kotiutumisvalmius ennustaa kuitenkin kotona selviytymistä ja uusintakäyntejä (Weiss 2011; Coffey & McCarthy 2013; Knier 2015). Tämä ilmenee erityisesti yli 85-vuotiailla (Bobay ym. 2010). Tästä syystä potilaan kokema kotiutumisvalmius tulisi huomioida ennen kotiutusta (Weiss ym. 2011).

#### **Potilaiden kotiutumisvalmiuteen yhteydessä olevat tekijät**

Tässä tutkimuksessa potilaiden kotiutumisvalmiutta lisäsivät järjestetyt tai jo olemassa olevat kunnalliset palvelut, lisätieto kotona selviytymisen tueksi ja potilaan kokema luottavaisuus kotona pärjäämiseen hänen ollessaan kotiutumassa. Potilaiden kotiutumisvalmiutta vähentäviä tekijöitä olivat viivästykset kotiutumisessa, kotona selviytymiseen liittyvä huoli ja kotona ilmenneet odottamattomat ongelmat.

**Kunnallisten palveluiden järjestäminen** tai olemassaolo lisäsi tässä tutkimuksessa potilaiden kotiutumisvalmiutta. Myös aiempien tutkimusten mukaan kotiutumisvalmiutensa huonommaksi

kokevien potilaiden läheiset avustavat potilaita näiden arjessa enemmän tai potilailla on palveluita käytössään (Weiss 2007; Coffey & McCarthy 2013). Näissä tutkimuksissa kotiutusvalmiutta tarkasteltiin siitä näkökulmasta, miten paljon potilas odotti saavansa tukea. Voidaan siis olettaa, että odotettu ja sen perusteella saatu tuki lisää kotiutumisvalmiutta. Myös Weiss (ym. 2011) totesi tutkimuksessaan kotiavun puuttumisen lisäävän uusintakäyntejä. Kunnallisten palveluiden järjestäminen saattaa olla päivystyksestä käsin hankalaa esimerkiksi sen vuoksi, että ilta- ja yöaikaan niitä ei voida järjestää. On myös mahdollista, ettei potilaan tai läheisen sopivaksi kokemaa kunnallista palvelua ole saatavilla tai ehkä potilaan ja hoitajan näkemykset palvelun tarpeesta olivat ristiriitaiset. Tässä tutkimuksessa ei selvitetty, oliko palveluntarpeesta ylipäättään keskusteltu potilaan tai tämän läheisen kanssa, eikä päätelmiä sen takia voida tehdä. Tässä tutkimuksessa myös **lisätieto kotona selviytymisen tueksi** lisäsi potilaiden kotiutumisvalmiutta. Myös aiemmissa tutkimuksissa tiedonsaanti on todettu hyvin merkitykselliseksi kotiutuksen ohjauksessa sen vaikuttaessa potilaan kotiutumisvalmiuteen ja kotona selviytymiseen sekä uusintakäynteihin (mm. Bobay ym. 2010; Knier 2015; Palonen 2015; Zakzesky ym. 2015). Tässä tutkimuksessa **luottavaisuus kotona pärjäämiseen** lisäsi potilaan kotiutumisvalmiutta. Myös aiemman tutkimustiedon (Weiss ym. 2007) mukaan luottavaisuus kotona selviämiseen vaikuttaa merkittävästi kotiutumisvalmiuteen, ja samassa tutkimuksessa todetaan laadukkaan potilasohjauksen lisäävät luottamusta kotona pärjäämiseen.

**Kotiutumiseen liittyvät viivästykset** vähensivät potilaiden kotiutumisvalmiutta tässä tutkimuksessa ja tulosta tukee myös aiempi tutkimus (Zakzesky ym. 2015), jossa lääketieteellisistä syistä johtuvat viivästykset kotiutumisessa koettiin kotiutumisvalmiutta estävänä tekijänä. Tässä tutkimuksessa **kotona selviytymiseen liittyvät huolet** vähensivät potilaan kotiutumisvalmiutta. Aiemmassa tutkimuksessa on saatu samankaltaisia tuloksia. Potilaan yksilöllisten huolten huomiotta jättäminen lisää uusintakäyntien riskiä (Weiss ym. 2011; Vat ym. 2015). Läheisten mukanaolo kotiutuksen suunnittelussa vähentää potilaiden huolestuneisuutta lisäten siten heidän kotiutumisvalmiuttaan (Zakzesky ym. 2015). Ne potilaat, joiden kotiutumisvalmius on parempi, myös selviytyvät kotona paremmin (Weiss ym. 2007). Tässä tutkimuksessa **kotona ilmenneet odottamattomat ongelmat** vähensivät potilaiden kokemaa kotiutumisvalmiutta merkitsevästi. Aiemman tutkimustiedon mukaan hyvä kotiutumiseen liittyvä ohjaus lisää potilaan kotiutumisvalmiutta ja auttaa tätä selviytymään paremmin myös ongelmatilanteissa (Weiss ym. 2007; Weiss ym. 2011; Vat ym. 2015) Tiedon ja ohjauksen puute aiheuttaa uusintakäyntejä, koska potilailla ei ole tarpeeksi tietoa siitä, mitkä oireet ovat sellaisia, joiden kanssa voi pärjätä kotona, ja milloin ongelman selvittämiseksi on syytä palata päivystykseen (Vat ym. 2015).

## **Läheisten kotiutumisvalmiuteen yhteydessä olevat tekijät**

Tässä tutkimuksessa iäkkäiden päivystyspotilaiden läheisten kotiutumisvalmiutta lisäsivät useammat potilasta avustavat läheiset, kunnallisten palveluiden olemassaolo tai järjestäminen sekä luottavaisuus kotona pärjäämiseen potilaan ollessa kotiutumassa. Läheisten kotiutumisvalmiutta vähensivät läheisen omat, potilaan avustamista haittaavat terveysongelmat, potilaan kotona selviytymiseen liittyvät huolet ja kotona ilmenneet odottamattomat ongelmat.

**Useampi potilasta avustava läheinen** lisäsi tässä tutkimuksessa läheisen kokemaa kotiutumisvalmiutta. Myös Wat (ym. 2015) tutki uusintakäynteihin johtaneita syitä ja tulosten mukaan yhtenä syynä uusintakäynnille oli se, ettei iäkäs potilas pärjännyt kotona, elleivät läheiset jostain syystä kyenneet tai olleet halukkaita osallistumaan potilaan hoitoon. **Kunnalliset palvelut** lisäsivät tässä tutkimuksessa läheisten kotiutumisvalmiutta. Auran (ym. 2010) mukaan potilaiden läheiset toivovat esimerkiksi siivousapua järjestettäväksi. Kotikäynnit saattavat auttaa potilasta ja läheistä myös ymmärtämään potilaan terveydentilaa paremmin, mikä edistää kotona pärjäämistä ja ongelmista selviämistä (Watkins ym. 2012; Vat ym. 2015). **Luottavaisuus potilaan kotona pärjäämiseen** lisäsi läheisen kotiutumisvalmiutta. Sekä potilaan että läheisen luottavaisuutta pärjäämiseen voidaan lisätä antamalla riittävästi tietoa ja laadukkaan potilasohjauksen avulla (Weiss ym. 2007; Aura ym. 2010).

Tässä tutkimuksessa läheisten **potilaan avustamista haittaavat terveysongelmat** vähensivät läheisten valmistautuneisuutta. Tulosta tukee Toyen (ym. 2015) tutkimus, jossa todetaan läheisen sairauden vaikuttavan tämän kykyyn ja valmiuteen hoitaa potilasta kotona ja läheisen siksi hyötyvän tuesta, jota hänelle tulisi tarjota. Kun tiedetään, että läheiset ovat tärkeä tuki ja arjen apu potilaille näiden kotiutuessa (Coeffey ym. 2013), on loogista, että läheisten toimintakykyä vähentävät sairaudet vaikuttavat heidän valmistautuneisuuteensa. **Kotona selviytymiseen liittyvä huoli** vähensi tässä tutkimuksessa läheisen kotiutumisvalmiutta. Potilaan ja perheen mahdollisuus tulla kuulluksi yksilöllisine huolineen ja niihin liittyvine kysymyksineen sekä niihin vastaaminen vähentää uusintakäyntejä ja epätarkoituksenmukaista päivystyspalvelujen käyttöä (Gozdzialski ym. 2012; Vat ym. 2015). Siten onkin merkityksellistä kysyä potilaan ja tämän läheisen yksilöllisistä huolenaiheista ennen kotiutuista ja ratkaista huolenaiheet tai antaa toimintaohjeet, mikäli huoli käy toteen. Potilaalla **kotiutuksen jälkeen ilmenneet odottamattomat ongelmat** vähensivät tässä tutkimuksessa myös läheisten kotiutumisvalmiutta. Siten onkin tärkeää ennakoita mahdollisia ongelmatilanteita ja antaa

riittävästi tietoa oireista, joita kotona saattaa ilmaantua. auttaa heitä selviytymään kotona mahdollisesti ilmenevistä ongelmatilanteista (Watkins ym. 2012).

#### 6.4 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella on mahdollista suunnitella iäkkäiden päivystyspotilaiden kotiutus niin, että potilaiden ja heidän läheistensä kotiutumisvalmius lisääntyy. Kotiutumisen suunnittelussa tulee kartoittaa potilaiden ja heidän läheistensä tarve kunnallisille palveluille ja järjestää palveluita, ellei niitä ennestään ole. Läheiset avustavat potilaita merkittävästi ja heidän jaksamistaan tulee tukea. Kotiutumista suunniteltaessa tulee huomioida potilasta avustavien läheisten määrä ja terveydentila ja tukipalveluita tulee järjestää ne huomioiden. Erityisesti ne läheiset, joilla on potilaan avustamista haittaava sairaus, tulee huomioida ja heidän voimavarojaan tulee tukea sekä varmistaa, että tarvittavat apuvälineet ja kunnalliset palvelut ovat käytössä.

Kotiutuksen suunnittelussa on tärkeää riittävä tiedon antaminen, ja iäkkäiden potilaiden läheiset tulisi ottaa mukaan suunnitteluun. Kotiutumisen suunnittelun tulee perustua potilaan ja tämän läheisen yksilölliseen tilanteeseen ja heidän huolistaan kotona pärjäämisen suhteen tulee kysyä, sillä kotona pärjäämiseen liittyvät huolet vähentävät sekä potilaan että läheisen kotiutumisvalmiutta. Ohjaus ja tiedonsaanti tulee kohdentaa yksilöllisesti näihin huolenaiheisiin. Kotona ilmenevät odottamattomat ongelmat vähentävät potilaiden ja heidän läheistensä kotiutumisvalmiutta ja tulevia, mahdollisia ongelmatilanteita tulee ennakoida ja antaa toimintaohjeita ongelmatilanteiden varalle, koska se auttaa ongelmatilanteista selviytymistä.

Kunnallisia palveluja tulee edelleen kehittää niin, että ne vastaavat iäkkäiden, kotona asuvien potilaiden ja heidän läheistensä yksilöllisiin tarpeisiin ja mahdollistavat kotiin palaamisen silloinkin, kun avustavia läheisiä ei ole tai läheisen voimavarat tai terveydentila eivät riitä potilaan arjessa selviämisen avustamiseen. Läheisiä tulee tukea ja heidän voimavarojaan potilaan avustamisessa tulee lisätä. Kunnallisia palveluita tulee järjestää entistä enemmän myös potilaita hoitavien läheisten tueksi.

Suunnittelua tulee kehittää järjestelmällisemmäksi esimerkiksi tutkimustiedon pohjalta laadittujen tarkistuslistojen avulla ja hoitajien osaamista ja tietoa kotiutuksen suunnittelusta ja sen merkityksestä tulee lisätä koulutuksen avulla.

## 6.5 Jatkotutkimusaiheet

Neljäsosa potilaista ja kolmannes läheisistä vastasi, ettei heille järjestetty päivystyksessä kunnallista palvelua ja voidaan olettaa, että nämä vastanneet olisivat olleet kunnallisen palvelun tarpeessa. Kunnallisen palvelun järjestäminen oli tässä tutkimuksessa merkittävästi yhteydessä sekä potilaiden että läheisten kokemaan kotiutumisvalmiuteen. Olisi kiinnostavaa tietää, oliko potilaan kanssa keskusteltu palvelun tarpeesta, ja jos oli, niin minkä vuoksi palvelua ei järjestetty. Jatkossa olisikin tärkeä tutkia, mitkä tekijät ovat yhteydessä kunnallisten palveluiden järjestämiseen.

Kotona pärjäämiseen liittyvät huolet vähensivät potilaiden ja läheisten kotiutumisvalmiutta. Jatkossa olisi hyvä selvittää, millaisia huolia potilailla ja läheisillä kotona pärjäämisen suhteen on ja miten huoliin voitaisiin parhaiten vastata. Tulosten mukaan kotona selviytymistä edistävää tietoa toivotaan enemmän kuin saadaan. Jatkossa olisi tärkeää selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat potilaiden ja läheisten tiedon saantiin. Ylipäätään olisi tärkeää tutkia, mitkä tekijät ovat yhteydessä kotiutuksen suunnitteluun, jotta kotiutuksen suunnittelun esteitä saadaan purettua ja suunnittelun laatua edelleen kehitettyä.

Kotiutumisen suunnittelusta olisi lisäksi tarpeen tehdä interventiotutkimusta, jotta saataisiin tutkimustietoa siitä, millaista vaikuttavuutta järjestelmällisellä kotiutumisen suunnittelulla on kotiutumisvalmiuteen, potilaiden uusintakäynteihin sekä potilaan ja tämän läheisten kotona selviytymiseen.

## Lähdeluettelo

- Aura M, Paavilainen E, Asikainen P, Heikkilä A, Lipponen V & Åstedt-Kurki P. 2010. Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta. *Tutkiva hoitotyö* 2, 14-21.
- Bobay K, Jerofke T, Weiss M & Yakusheva O. 2010. Age-Related Differences in Perception of Quality of Discharge Teaching and Readiness for Hospital Discharge. *Geriatric Nursing* 3, 178–187.
- Burns N & Grove S. 2009. *The practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization*. W.B.Saunders.
- Coffey A & McCarthy G.M. 2013. Older people's perception of their readiness for discharge and postdischarge use of community support and services. *International Journal of Older People Nursing* 8, 104–115.
- Cossette S, Frasure-Smith N, Vadeboncoeur A, McCusker J & Guertin M. 2015. The impact of an emergency department nursing intervention on continuity of care, self-care capacities and psychological symptoms: Secondary outcomes of a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 3, 666–676.
- Dedhia P, Kravet S, Bulger J, Hinson T, Sridharan A, Kolodner K & Howell E. 2009. A quality improvement intervention to facilitate the transition of older adults from three hospitals back to their homes. *Journal of the American Geriatrics Society* 9, 1540–1546.
- Grimmer K & Moss J. 2001. 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* 13, 109-116.
- Grimmer K, Moss J, Falco J & Kindness H. 2006. Incorporating patient and carer concerns in discharge plans: a practical patient-centred proposal. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice* 2, 1–23.
- Gozdzialski A, Schlutow M & Pittiglio L. 2012, Patient and Family Education in the Emergency Department: How Nurses Can Help. *Journal of Emergency Nursing* 38, 293-295.
- Haapamäki E, Huhtala H, Löfgren T, Mylläri E, Seinelä L & Valvanne J. 2014. Iäkkäät päivystyksen käyttäjinä. 70 vuotta täyttäneiden tamperelaisten päivystyskäynnit vuosina 2011 – 2012. Kuntaliitto, julkaisu nro 3. Sähköinen julkaisu, luettavissa osoitteessa <http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/projektit/ikaantyneiden-palvelut/Sivut/default.aspx>. Viitattu 29.12.2015.
- Han C-Y, Barnard A & Chapman H. 2009. Emergency department nurses' understanding and experiences of implementing discharge planning. *Journal of Advanced Nursing* 6, 1283–1292.
- Heikkilä, Tarja. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9.uudistettu.painos. Edita Publishing Oy, Helsinki.
- Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. 2008. *Tutki ja kirjoita*. 15. uudistettu painos. Tammi. Helsinki.

- Hvalvik S & Reiersen I. 2015. Striving to maintain a dignified life for the patient in transition: Next of kin's experiences during the transition process of an older person in transition from hospital to home. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 5;10: 26554.
- Knier S, Stichler J, Ferber L & Kathleen Catterall K. 2015. Patients' Perceptions of the Quality of Discharge Teaching and Readiness for Discharge. *Rehabilitation Nursing* 40, 30–39.
- Kuula A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino. Tampere.
- Mabire C, Coffey A & Weiss M. 2015. Readiness for Hospital Discharge Scale for older people: psychometric testing and short form development with a three country sample. *Journal of Advanced Nursing* 11, 2686–2696.
- Metsämuuronen J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä: tutkijalaitos. *International Methelp*. Helsinki.
- Mylläri E, Kirsi T & Valvanne J. 2014. Miksi iäkäs ihminen lähtee päivystykseen? Kuntaliitto, julkaisu nro 2. Sähköinen julkaisu, luettavissa osoitteessa <http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/projektit/ikaantyneiden-palvelut/Sivut/default.aspx>. Viitattu 29.12.2015.
- Nolan, M. 2009. Older Patients in the Emergency Department: What Are the Risks? *Journal of Gerontological Nursing*. 12, 14–18.
- Nikki L & Paavilainen E. 2010. Läheisten hoitoon osallistuminen päivystyspoliklinikalla – kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 4, 312-323.
- Palonen M, Kaunonen M, Helminen M & Åstedt-Kurki P. 2015. Discharge education for older people and family members in emergency department: A cross-sectional study. *International Emergency Nursing* 23, 306-311.
- Polit D. & Beck C. 2012. *Nursing research. Appraising evidence for nursing practice*. 9th edition. Lippincott, Philadelphia, USA.
- Rantanen A, Heikkilä A, Asikainen P, Paavilainen E & Åstedt-Kurki P. 2010. Perheiden tuen saanti terveydenhuollossa : pilottitutkimus. *Hoitotiede* 2, 141-152.
- Richardson S, Casey M & Hider P. 2007. Following the patient journey: Older persons' experiences of emergency departments and discharge. *International Emergency Nursing* 3, 134-140.
- Salminen-Tuomaala M, Kaappola A, Kurikka S, Leikola P, Vanninen J & Paavilainen E. 2010. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. *Tutkiva Hoitotyö* 4, 21–28.
- Salminen-Tuomaala M, Kurikka S, Korkiamäki K & Paavilainen E. 2008. Potilaan saattajien ohjauksen tarve päivystyspoliklinikalla. *Hoitotiede* 5, 258-266.



- Schultz H, Qvist N, Mogensen C & and Pedersen B. 2014. Discharge from an emergency department observation unit and a surgical assessment unit: experiences of patients with acute abdominal pain. *Journal of Clinical Nursing* 23, 2779–2789,
- Shepperd S, Lannin N, Clemson L, McCluskey A, Cameron I & Barras S. 2013. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1) (2013).
- Strann, P, Rantanen A & Suominen T. 2013. Perhekeskeinen hoitotyö päivystyspoliklinikan työpaikkakulttuurissa. *Tutkiva hoitotyö* 4, 4-12.
- STM. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Julkaisu on luettavissa osoitteessa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3>. Viitattu 29.12.2015.
- TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Sähköinen julkaisu on luettavissa osoitteessa [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf) . Viitattu 20.11.2016
- THL. 2015. Sähköinen palvelu, luettavissa osoitteessa <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain>. Viitattu 29.12.2015.
- Tilastokeskus. 2015. Sähköisenä luettavissa osoitteessa <http://www.stat.fi/index.html>: Käsitteet ja määritelmät: Perhe. Viitattu 29.12.2015.
- Toye C, Moorin R, Slatyer S, Aoun S, Parsons R, Hegney D, Maher S & Hill1 K. 2015. Protocol for a randomised controlled trial of an outreach support program for family carers of older people discharged from hospital. *BMC Geriatrics* 15:70
- Vat M, Common C, Laizner A, Borduas C & Maheu C. 2015.Reasons for returning to the emergency department following discharge from an internal medicine unit: perspectives of patients and the liaison nurse clinician. *Journal of Clinical Nursing* 24, 3605–3614.
- Virtanen P. 2014. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen läheisensä tiedonsaanti päivystyspoliklinikalla. Akateeminen väitöskirja. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 1411.
- Wallace A, Perkhounkova Y, Bohr & Chung S. 2016. Readiness for Hospital Discharge, Health Literacy, and Social Living Status. *Clinical Nursing Research* 25, 494 –511.
- Watkins L, Hall C & Kring D. 2012. Hospital to Home: A Transition Program for Frail Older Adults. *Professional Case Management* 17, 117–123.
- Weiss M, Piacentine L, Lokken L, Ancona J, Archer J, Gresser S, Holmes S, Toman S, Toy A & Vega-Stromberg T. 2007. Perceived Readiness for Hospital Discharge in Adult Medical-Surgical Patients. *Clinical Nurse Specialist*. 21, 31-42.
- Weiss M, Yakusheva O & Bobay K. 2011. Quality and Cost Analysis of Nurse Staffing, Discharge Preparation, and Postdischarge Utilization. *Health Serv Res*. 46, 1473–1494.

Zakzesky D, Klink K, McAndrew N, Schroeter K & Johnson G. 2015. Bridges and Barriers: Patients' Perceptions of the Discharge Process Including Multidisciplinary Rounds on a Trauma Unit. *Journal of Trauma Nursing* 22, 232–239.

Zhu Q, Liu J, Hu H and Wang S. 2015. Effectiveness of nurse-led early discharge planning programmes for hospital inpatients with chronic disease or rehabilitation needs: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing* 19-20, 2993–3005.

Åstedt-Kurki P, Jussila A-L, Koponen L, Lehto P, Maijala H, Paavilainen E & Potinkara H. 2008. *Kohti perheen hyvää hoitamista*. WSOY. Helsinki.

Ylä-Mononen S, Palonen M, Koivisto, A.M & Åstedt-Kurki P. 2014. The causes and correlates of emergency department re-admissions in older adults. *Hoitotiede*, 4, 299–309.