

Kirsti-Maria Judén

# **YLI 65-VUOTIAIDEN POTILAIDEN KOTIUTUMISVALMIUS SAIRAALASTA JA SIIHEN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT**

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta  
Pro gradu -tutkielma  
Huhtikuu 2020

## TIIVISTELMÄ

Kirsti-Maria Judèn: Yli 65-vuotiaiden potilaiden kotiutumisvalmius sairaalasta ja siihen yhteydessä olevat tekijät

Pro gradu -tutkielma

Tampereen yliopisto

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Hoitotiede

Huhtikuu 2020

Ohjaajat: TtT, yliopisto-opettaja Mira Palonen ja TtT, dosentti Anja Rantanen

---

Sairaalan tehokkuusvaatimuksista ja lyhentyneistä hoitajaksoista johtuen, on kotiutuksen suunnittelusta ja kotiutuspäivästä tullut tärkeä hetki hoidon jatkuvuuden kannalta ja sen on todettu olevan yhteydessä potilasturvallisuuteen ja hoidon laatuun. Yksilöllisen kotiutumisen suunnittelun avulla on mahdollista lyhentää sairaalassa oloaika, edesauttaa potilaan kotiutumisesta oikeaan aikaan ja vähentää sairaalaan palaamisen riskiä sekä lisätä potilaan ja terveydenhuoltohenkilöstön tyytyväisyyttä. Aikaisin aloitettu kotiutumisen suunnittelu, selkeä kommunikaatio ja vastuunjako terveydenhuollon ammattilaisten kesken, sekä kotona olevien resurssien huomiointi, parantavat potilaan kotiutumisvalmiutta.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilaiden kotiutumisvalmiutta sairaalasta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Aineisto (n=55) kerättiin heinä-lokakuussa 2019 yhden keskussairaalan kahdeksalta sisätautien ja kirurgian vuodeosastolta. Aineistonkeruussa käytettiin Australiassa kehitettyä ja validoitua PREPARED-mittaria, joka on kehitetty mittamaan yli 65-vuotiaiden sairaalan akuuttihoito-osastoilta kotiutuneiden potilaiden ja heidän läheistensä kokemuksia kotiutuksen laadusta. Tutkimuksen aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin IBM SPSS Statistics 24 -ohjelmalla. Kyselylomakkeen tulosuunnitelmien liitettyjä avoimia kysymyksiä hyödynnettiin täydentämään analyysiä ja havainnollistamaan tilastollisia kuvailevia tuloksia.

Lähes kaikki tähän tutkimukseen osallistuneet potilaat olivat tunteneet itsensä täysin valmistautuneiksi kotiutumaan. Potilaat, jotka eivät olleet kaivanneet lisätietoa kotona selviytymisensä tueksi, olivat tunteneet itsensä luottavaisiksi kotona pärjäämisen suhteen. Nämä potilaat eivät myöskään olleet kohdanneet kotona odottamattomia ongelmia. Melkein kaikki potilaat, jotka eivät olleet kaivanneet lisätietoa, olivat myös tunteneet itsensä kaiken kaikkiaan valmistautuneiksi kotiutumaan.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella on mahdollista kehittää kotiutusta aiempaa potilaslähtöisemmäksi huomioiden potilaiden yksilölliset tarpeet. Kotiutusta suunniteltaessa on huomioitava riittävä tiedonanto ja potilaan mahdolliset huolenaiheet oman selviytymisensä suhteen. Kotona saattaa ilmetä odottamattomia ongelmia, jos potilas ei ole ollut täysin valmistautunut kotiutumaan. Tuotetun tiedon avulla voidaan kehittää aiempaa potilaslähtöisempää kotiutuksen suunnittelua.

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin Originality Check –ohjelmalla.

Avainsanat: kotiutuksen suunnittelu, kotiutumisvalmius, tiedonsaanti

## ABSTRACT

Kirsti-Maria Judèn: Readiness to be discharged from hospital of patients over 65 years of age and related factors

Master`s thesis, 33 pages, 3 insert pages

Tampere University

Faculty of Social Sciences

Nursing Science

April 2020

Supervisors: Mira Palonen, PhD, University Instructor and Anja Rantanen, PhD, Docent

---

Due to the hospital's efficiency requirements and shortened treatment periods, the planning of discharge and the date of discharge have become an important moment for continuity of care and have been found to be related to patients` safety and quality of care. Personalized discharge planning can shorten hospital stays, contribute patients` discharge, reduce the risk of hospital return, and increase patient and health care staff satisfaction. Early discharge planning, clear communication, sharing of responsibilities among health professionals and consideration of resources at home, improve patient readiness to be discharged from the hospital.

The purpose of this study was to describe patients` readiness to be discharged from the hospital and related factors. Data (n = 55) were collected in July-October 2019 from eight internal medicine and surgery wards at a central hospital. The data collection was conducted using PREPARED indicator, developed and validated in Australia, which is developed to measure the quality of patients` over the age of 65 discharge from hospital acute care units. The data was analysed by statistical methods using IBM SPSS Statistics 24 software. Open questions related to the result variables of the questionnaire were used to supplement the analysis and illustrate statistical descriptive results.

Almost all patients in this study had felt fully prepared to return home. Patients who had not needed more information to support their coping at home, had felt they will manage at home. These patients also had no unexpected problems at home. Almost all patients, who had not longed additional information, had, overall, felt prepared to go home.

Based on the results of this study, it is possible to develop a more patient-oriented discharge, considering the individual needs of patients. Adequate communication and patients` possible concerns about their own coping should be taken into consideration when planning a discharge. Unexpected problems may arise at home if the patient has not been fully prepared for the discharge. The information produced in this study could be used to develop more patient-centered discharge planning.

The originality of this publication has been verified by Turnit's Originality Check software.

Keywords: discharge planning, discharge readiness, access to information

## SISÄLLYSLUETTELO

1.	JOHDANTO .....	5
2.	TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT .....	6
2.1	Potilaan kotiutuminen sairaalasta.....	6
2.2	Potilaan kotiutumisvalmius sairaalasta .....	7
2.3	Potilaan tiedonsaanti kotiutumisen yhteydessä.....	8
2.4	Yhteenvedo teoreettisista lähtökohdista .....	9
3.	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS.....	10
4.	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	10
4.1	Tutkimusasetelma .....	10
4.2	Tutkimuksessa käytettävä mittari.....	10
4.3	Voimalaskelma.....	11
4.4	Tutkimukseen osallistujat ja aineiston keruu .....	12
4.5	Aineiston analyysi.....	13
5.	TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	14
5.1	Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden kuvaus .....	14
5.2.	Potilaiden kotiutumisvalmius.....	14
5.3	Taustamuuttujien yhteys kotiutumisvalmiuteen .....	15
5.4	Taustamuuttujien yhteys lisätiedon tarpeeseen.....	18
5.5.	Lisätiedon tarpeen yhteys kotiutumisvalmiuteen.....	19
6.	POHDINTA .....	20
6.1	Tutkimustulosten tarkastelua .....	20
6.2	Tutkimuksen luotettavuus .....	21
6.3	Tutkimuksen eettisyys.....	22
7.	JOHTOPÄÄTÖKSET, KEHITTÄMISEHDOTUKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET .....	23
8.	LÄHTEET .....	25
9.	LIITTEET .....	30
	Liite 1. Tiedote tutkimuksesta.....	30
	Liite 2. Suostumuslomake.....	33

## 1. JOHDANTO

Terveydenhuollossa pyrkimys tehokkuuteen vaatii, että potilaat kotiutetaan mahdollisimman nopeasti, ja usein lääkäri kohtaa ristiriitatilanteen kotiutuksesta päättäessään. Potilaan tila saattaisi vaatia vielä sairaalahoitoa, mutta paine kotiuttamiseen on kova. Huonosti suunnitellusta kotiutumisesta saattaa potilaalle seurata turhaa kärsimystä ja ylimääräistä työtä yksikölle, sekä turhia kustannuksia yhteiskunnalle. (Sahlström ym. 2018.)

Potilaan kotiutuminen sairaalasta on kompleksinen prosessi, joka koostuu niin lääketieteellisistä kuin ei-lääketieteellisistäkin tekijöistä. Sairaalahakojen lyhennyttä on kotiutusta suunniteltaessa huomioitava kaikki mahdolliset kotona esiin tulevat asiat, sillä potilaan terveydentila ei välttämättä ole samanlainen kuin ennen sairaalaan joutumista. (Ubbink ym. 2104.) Sairaalasta kotiutuminen on tärkeä hetki hoidon jatkuvuuden kannalta ja sillä on yhteys potilaan hoidon laatuun. Yksilöllisen kotiutumisen suunnittelun tavoitteena on lyhentää sairaalahakojen pituutta (Fox ym. 2013), edesauttaa potilaan kotiutumista oikeaan aikaan ja vähentää sairaalaan palaamisen riskiä sekä lisätä potilaan ja terveydenhuoltohenkilöstön tyytyväisyyttä (Shepperd ym. 2013). Aikaisen kotiutumisen on todettu olevan positiivisesti yhteydessä myös potilaan elämänlaatuun (Zhu ym. 2015). Hoitoaikojen lyhentymisellä on suuri merkitys terveydenhuollon kokonaiskustannuksia tarkasteltaessa (Hwabejire ym. 2013) ja myös potilaan mahdollisella sairaalaan palaamisella on todettu olevan taloudellisia seurauksia (Hafemeister ym. 2013, Zhu ym. 2015).

Kotiutumisen suunnittelu tulee aloittaa ajoissa ja tehdä yhteistyötä eri ammattiryhmien kesken niin, että jokainen kantaa vastuunsa potilaan hoidosta, johon kotiutumisen suunnittelukin kuuluu (Sahlström ym. 2018, Zakzesky ym. 2015). Ajan puute saattaa kuitenkin aiheuttaa sen, että kotiutuminen valmistellaan kiireessä ja potilaan henkilökohtaisten psyykkisten ja fyysisten tarpeiden huomioiminen unohtuu. Kotiutumistilannetta ei välttämättä osata ennakoida riittävästi ja potilaan oman aktiivisen roolin korostaminen jää tekemättä. (Wallace ym. 2016.) Potilaan kotiutumiseen on liittynyt haittatapahtumia, jotka olisivat olleet estettävissä perusteellisella kotiutumisen suunnittelulla. (Foster ym. 2004, Hafemeister ym. 2013.)

Potilaiden kotiutumisvalmiuden arvioinnin tulisi kuulua sairaaloiden jokapäiväisiin käytäntöihin. Hoitohenkilökunnalla olisi näin ollen paremmat mahdollisuudet tunnistaa ne potilaat, joilla on suuri riski palata sairaalaan takaisin, ja huolellisella kotiutumisen valmistelulla pienentää tätä riskiä. Kotiutumistilanteessa etenkin ikääntyneiltä potilailta tulisi kysyä heidän yksilöllisiä huolenaiheitaan kotiin lähtöön liittyen. (Bobay ym. 2010.) Ikääntyneillä on suurempi riski pidentyneisiin

hoitojaksoihin ja sairaalaan palaamiseen, mikä asettaa kotiutumiseen omanlaisensa haasteet (Fox ym. 2013). Potilas, joka ei ole valmis kotiutumaan, palaa todennäköisemmin sairaalaan takaisin kuin potilas, joka on valmis kotiutumaan (Kaya ym. 2018). Erilaisten interventioiden avulla on mahdollista edistää potilaiden aikaista kotiutumista sairaalasta ja vähentää ei-toivottuja palaamisia sairaalaan (Coffey ym. 2019, Mistiaen ym. 2007). Kotiutumisen suunnittelu ja siihen liitettävät tekijät tulee aina dokumentoida. Sairaalaan kotiutumispäivä on usein viimeinen mahdollisuus tunnistaa potilaan tarpeet ja antaa kotiutumista koskeva informaatio niin potilaalle kuin tämän läheisellekin. (Foust 2007.)

Potilaskeskeinen ja potilaan tarpeet huomioiva hoito ovat avaintekijöitä laadukkaassa terveydenhuollossa ja näillä on yhteys potilaan kotiutumisvalmiuteen sairaalasta (Anthony & Hudson-Barr 2004). Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata yli 65-vuotiaiden potilaiden kotiutumisvalmiutta sairaalasta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimuksessa tuotetun tiedon avulla on mahdollista kehittää aiempaa potilaslähtöisempää kotiutumisen suunnittelua. Tutkimus on osa Tampereen Yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan tutkimushanketta.

## 2. TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Potilaan kotiutuminen sairaalasta

Sairaalaan kotiutuminen on ajankohtaista silloin, kun potilas on valmis siirtymään kevyempään hoitomuotoon, kuten kotiin (Ubbink ym. 2014, Wong ym. 2011). Kotiutumisen suunnittelua, ajankohtaa ja potilaan osallisuutta siihen on tutkittu paljon (mm. Foust 2007, Knier ym. 2015, Zakzesky ym. 2015). Suunnittelun on todettu parantavan hoidon laatua ja potilaiden kotona selviytymistä. Jokaisen potilaan kotiutuminen tulee suunnitella yksilöllisesti ja tavoitteellisesti. (mm. Shepperd ym. 2013.) Potilailla tulisi olla mahdollisuus osallistua oman kotiutumisensa suunnitteluun, sillä sen on todettu lisäävän heidän kykyään selviytyä kotona sairaalajakson jälkeen (Foss & Askautrud 2010). Kotiutumisprosessiin liitettäviä huolenaiheita ovat riittävän informaation puute, potilaan vähäinen osallistuminen kotiutumisprosessin suunnitteluun, riittämätön arviointi kotiutujan kokonaistoimintakyvystä, holhoaminen ja vähäiset mahdollisuudet osallistua omia asioitaan koskevien päätösten tekemiseen. (Dyrstadt ym. 2015.) Potilaslähtöinen ajattelutapa ja lyhentyneet hoitoajat edellyttävät, että potilaan sairaalassa oloaikana tuetaan tämän arjessa kiinni pysymistä ja

näin helpotetaan potilaan turvallista kotiutumista ja lisätään potilaan uskoa kotona pärjäämiseen. (Lämsä & Mäkelä 2009.)

## 2.2 Potilaan kotiutumisvalmius sairaalasta

Kotiutumisvalmiuden kokonaisuutena on todettu koostuvan useasta eri osa-alueesta, joita ovat tiedonsaanti, kotona selviytymiseen liittyvät huolet sekä kotona tarvittavat apuvälineet ja palvelut (mm. Grimmer & Moss 2001). Se voidaan nähdä myös tilana tai prosessina ja siihen liitettäviä ulottuvuuksia ovat fyysinen olotila, riittävä tuki ammattihenkilöiltä ja perheeltä, psyykinen kyvykkyys ja usko kotona pärjäämiseen sekä asianmukainen tiedonsaanti. Tämän määritelmän mukaista kotiutumisvalmiutta tarkoittavaa käsitettä voidaan käyttää, kun halutaan mitata kotiutumisvalmiutta tulostuuttajana. (Galvin ym. 2017.)

Tärkeintä kotiutumisen suunnittelussa on saada potilas olemaan valmis lähtemään kotiin. Fyysiseen valmiuteen kiinnitetään usein enemmän huomiota, vaikka esimerkiksi kotona käytössä olevat resurssit ovat yhtä tärkeitä tunnistaa. (Foust 2007.) Viime vuosina kotiutumisvalmiuden arvioinnista on tullut tärkeää, sillä potilaat kotiutetaan sairaalasta nopeammin, vaikka he eivät ole siihen aina valmiita (Kaya ym. 2018). Arviointia voidaan tehdä useista lähtökohdista. Lääketieteellinen ja sairaalan tehokkuusvaatimuksen näkökulma eivät ole niinkään potilaslähtöisiä näkökulmia, kuten potilaan elämäntilanne ja toimintakyky näkökulmina ovat. (Lämsä & Mäkelä 2009.) Erityisesti ikääntyneiden kohdalla heidän oma kokemuksensa omasta terveydentilastaan on yhteydessä kotiutumisvalmiuteen (Grimmer ym. 2006). Joillakin potilailla on suuri halu jäädä sairaalaan, eivätkä he sairautensa vuoksi halua tai uskalla kotiutua (Wong ym. 2011). Toisaalta joillekin potilaista koti on ainut vaihtoehto, johon he sairaalahoidon jälkeen haluavat mennä (Popejoy 2011).

Kotiutumisvalmiuteen liitettävät asiat ovat monesti potilaan näkökulmasta hyvin yksinkertaisia ja käytännönläheisiä, mutta tärkeitä huomioida (mm. Grimmer ym. 2004, Grimmer ym. 2006). Tällaisia asioita olivat yksin asuminen, hoidon koordinointi ja kotiutukseen liittyvä opetus (Weiss ym. 2007). Terveydenhuoltohenkilökunta saattaa usein arvioida kotiutumisvalmiuden vain sairaalan kliinisten kriteereiden näkökulmasta, mutta kokonaisuutta arvioitaessa on otettava huomioon myös potilaan oma näkökulma. (Ubbink ym. 2014, Weiss ym. 2010, Wong ym. 2011.) Kotiutumisvalmiutta arvioitaessa voidaan erottaa sitä edistävät ja ehkäisevät tekijät. Kotiutumisvalmiutta edistäviä tekijöitä ovat erilaiset tehtävät, jotka pitää saada suoritettua ennen kotiutumista, vuorovaikutus hoitohenkilökunnan kanssa, sosiaalinen tuki ja oma motivaatio kotiutumiseen. Kotiutumisvalmiutta

ehkäiseviä tekijöitä taas ovat toipumisessa tapahtuvat takaiskut ja riittämätön kommunikointi hoitavan tahon kanssa. (Zakzesky ym. 2015.) Myös huolenaiheet omaan selviytymiseen liittyen vähentävät potilaiden kotiutumisasiältä (Weiss ym. 2011). Parempi kommunikointi terveydenhuollon ammattilaisten kesken ja selkeä vastuunjako siitä, kehen potilas voi olla yhteydessä mahdollisten ongelmien ilmaannuttua, auttavat potilaan valmistautumisessa kotiinnlähtöön. (Wong ym. 2011.)

Hoitotyön interventioiden avulla on mahdollista parantaa potilaiden kotiutumisasiältä ja näin vähentää sairaalaan palaamisen riskiä (mm. Bobay ym. 2010, Shepperd ym. 2013).

### 2.3 Potilaan tiedonsaanti kotiutumisen yhteydessä

Kotiutuvan potilaan tiedontarve ei välttämättä kohtaa terveydenhuollon ammattilaiselta saadun tiedon kanssa. Sairauteen ja sen hoitoon liittyvää tietoa henkilökunnalta saadaan tarpeeksi, mutta esimerkiksi päivittäiseen kotona selviytymiseen liittyvä tieto saattaa jäädä puutteelliseksi. Sairaanhoidajalla on tärkeä rooli arvioitaessa potilaan kotiutumiseen liittyviä tiedontarpeita. (Suhonen ym. 2005.) Potilaan tiedontarpeiden varmistaminen on edellytys onnistuneelle kotiutumiselä ja selviytymiselä kotona (Maloney & Weiss 2008).

Tiedontarpeet voivat vaihdella potilaskohtaisesti ja ne saattavat muuttua kotiutumisen jälkeen. Esimerkiksi uuteen lääkitykseen liittyvät sivuvaikutukset saattavat ilmaantua vasta kotona ja näin ollen potilaita tulisi informoida mahdollisuudesta olla yhteydessä terveydenhuollon ammattilaiseen kotiutumisen jälkeenkin. Sairaalassa oloaikana potilailla tulisi olla mahdollisuus yksilöllisesti kertoa, mitä tietoa he tuntevat tarvitsevansa ja minkälainen tieto auttaisi heitä kotona selviytymiselä. (Eibergen ym. 2018.)

Potilaiden yksilölliset erot vaikuttavat kotiutumisen onnistumiseen (Wallace ym. 2016) ja erityisesti terveyteen liitettävä informaatio saattaa joskus olla vaikeaa ymmärtää. Potilaan oma arvio kotiutumisen mahdollisuuksista ja sitoutuminen prosessiin ovat olennaisia tekijöitä onnistuneessa kotiutuksessa. (Knier ym. 2015.) Iästä, sukupuolesta tai muista sosioekonomisista tekijöistä riippumatta suurin tarve tiedonsaantiin liittyy lääkitykseen, hoitoon, komplikaatioihin ja elämän laatuun. Useaan eri elämän osa-alueeseen vaikuttavista sairauksista kärsivät potilaat kokevat suurta tiedontarvetta ja tietoa potilaille tulisi antaa eri terveydenhuollon ammattilaisten toimesta. (Yilmaz ym. 2019.)



On todettu, että päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden riittävän tiedonsaanti on yhteydessä kotiutumisvalmiuteen. Potilaille on kuitenkin tiedonsaanti- ja ohjaustilanteissa valta ja vastuu. He voivat itse päättää, miten saamaansa ohjausta hyödyntävät tai miten jatkohoito-ohjeita toteuttavat. (Palonen 2015.) Elämää muuttavien sairauksien yhteydessä tiedonsaannin merkitys korostuu. On tärkeää, että potilasta ohjataan jo sairaalassa oloaikana tietyn strukturoidun mallin mukaan, eikä kaikkea informaatiota jätetä jaettavaksi kotiutushetkeen. Liian suuri tietomäärä kerralla saattaa aiheuttaa sen, että se on vaikea ymmärtää, ja potilaat eivät tunne olevansa valmiita kotiutumaan. (Frank-Bader ym. 2011.)

#### 2.4 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista

Potilaan kotiuttaminen sairaalasta on moniulotteinen kokonaisuus. Sairaalan tehokkuusvaatimuksista ja lyhentyneistä hoitajaksoista johtuen, on kotiutuksen suunnittelusta ja kotiutuspäivästä tullut tärkeä hetki hoidon jatkuvuuden kannalta ja sen on todettu olevan yhteydessä potilasturvallisuuteen ja hoidon laatuun. Usein kiinnitetään liikaa huomiota lääketieteellisiin kriteereihin, eikä huomioida potilaan henkilökohtaisia valmiuksia ja tunteita omasta pärjäämisestä. Yksilöllisen kotiutumisen suunnittelun avulla on mahdollista lyhentää sairaalassaolo aikaa, edesauttaa potilaan kotiutumista oikeaan aikaan ja vähentää sairaalaan palaamisen riskiä sekä lisätä potilaan ja terveydenhuoltohenkilöstön tyytyväisyyttä. Lyhentyneillä hoitoajoilla ja sairaalaan palaamisen vähentymisellä on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia terveydenhuollon kustannuksiin.

Kotiutumisvalmiuden arvioinnin tulee kuulua sairaalan jokapäiväisiin käytäntöihin ja sitä varten tulisi olla erityisesti potilaan henkilökohtaiset tarpeet huomioivat kriteerit. Kotiutumisvalmiutta arvioidessa tulee huomioida fyysinen olotila, riittävä tuki ammattihenkilöiltä ja perheeltä, psyykinen kyvykyys ja usko kotona pärjäämiseen sekä asianmukainen tiedonsaanti. Aikaisin aloitettu kotiutumisen suunnittelu, selkeä kommunikaatio ja vastuunjako terveydenhuollon ammattilaisten kesken, sekä kotona olevien resurssien huomiointi parantavat potilaan kotiutumisvalmiutta. Sairaalassa oloaikana tulee varmistaa potilaan yksilölliset tiedontarpeet, sillä riittävä tiedonsaanti on edellytys onnistuneelle kotiutumiselle. Potilaat tarvitsevat eniten tietoa lääkitykseen, hoitoon, komplikaatioihin ja elämän laatuun liittyvissä asioissa.

### 3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata yli 65- vuotiaiden potilaiden kotiutumisvalmiutta sairaalasta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimuksessa tuotetun tiedon avulla on mahdollista kehittää aiempaa potilaslähtöisempää kotiutumisen suunnittelua.

Tutkimuskysymyksiä olivat:

Millaiseksi sairaalasta kotiutuvat potilaat arvioivat kotiutumisvalmiutensa?

Miten taustamuuttajat ovat yhteydessä potilaiden kotiutumisvalmiuteen?

Miten tiedonsaanti on yhteydessä potilaiden kotiutumisvalmiuteen?

### 4. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

#### 4.1 Tutkimusasetelma

Tämä oli määrällinen kuvaileva tutkimus, jonka avulla selvitettiin lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä (Heikkilä 2014). Tutkimuksessa selvitettiin myös eri muuttujien välisiä yhteyksiä (Meadows 2003). Tutkimuksen otantamenetelmänä käytettiin harkinnanvaraista otantaa. (Heikkilä 2014.)

#### 4.2 Tutkimuksessa käytettävä mittari

Tutkimuksen aineisto kerättiin Australiassa vuonna 1998 kehitetyllä PREPARED (Prescriptions, Ready to re-enter community, Education, Placement, Assurance of safety, Realistic expectations, Empowerment, Directed to appropriate service) -mittarilla (Grimmer & Moss 2001). Kyseisen mittarin avulla tutkitaan yli 65-vuotiaiden sairaalan akuuttihoito-osastoilta kotiutuneiden potilaiden ja heidän läheistensä kokemuksia kotiutuksen laadusta. Mittaria on käytetty aiemmin myös toisissa tutkimuksissa (Grimmer ym. 2006, Palonen ym. 2015) ja sen pätevyys sekä luotettavuus on

vahvistettu (Grimmer & Moss 2001). Mittari on jaettu seitsemään osa-alueeseen ja se pitää sisällään yhteensä 30 kysymystä. Kysymykset koostuvat kyllä/ei –väittämistä, monivalintakysymyksistä sekä avoimista kysymyksistä. Mittari on suomenkielinen (Palonen ym. 2015) ja sen pohjalta on Suomessa tehty tiettävästi kolme tutkimusta (Haaranen 2016, Kuokkanen 2017, Palonen 2015). Tutkimukset on tehty päivystyspoliklinikan kontekstissa

Kotiutumisvalmiutta mitattiin tässä tutkimuksessa neljän tulosmuuttujan avulla: 1) kuinka luottavainen potilas oli kotona pärjäämisen suhteen 2) oliko mikään huolestuttanut potilasta kotona selviytymisen suhteen kotiutumisen jälkeen 3) oliko kotiutumisen jälkeen ilmennyt odottamattomia ongelmia ja 4) kaiken kaikkiaan, kuinka valmistautuneeksi kotiutumaan potilas tunsii itsensä ennen sairaalasta kotiutumista. Vastausasteikot olivat kolmiportaisia muuttujissa 1 (1=luottavainen, 2=Epävarma ja 3=En uskonut pärjääväni) ja 4 (1=Täysin valmistautunut, 2=Olisin voinut olla paremmin valmistautunut ja 3=Valmistautumaton). Muuttujien 2 ja 3 vastausasteikko oli kaksiportainen (1=Kyllä ja 2=Ei). Mittarissa oli mahdollisuus näiden kysymysten osalta täydentää vastausta vastaamalla avoimiin kysymyksiin.

Taustamuuttujina tässä tutkimuksessa käytettiin ikää, sukupuolta, kotiutumisen viikonpäivää ja vuorokaudenaikaa sekä sairaalassa käyntisyytä. Lisäksi selittävänä muuttujana käytettiin, olisiko potilas halunnut saada muuta tietoa kotona selviytymisen tueksi sairaalassa ollessaan. Tämän muuttujan vastausasteikko oli kaksiportainen (1=Kyllä ja 2=Ei). Myös tässä kysymyksessä oli mahdollisuus täydentää vastausta vastaamalla avoimeen kysymykseen.

#### 4.3 Voimalaskelma

PREPARED-mittarin avulla on aiemmin kerätty aineistoa Australiassa, jossa tehdystä raportista selviävät osioiden keskiarvot ja hajonnat (Grimmer & Moss 2003). Kysymykset oli jaettu viiteen osioon. Eniten hajontaa oli osiossa 1 (tukitoiminnot), joten voimalaskelmat voitiin perustaa tästä osiosta saatuihin tietoihin. Osion pisteiden vaihteluväli oli 0-8 ja hajonta 2,9. Huolimatta siitä, että pistesummista esitettiin hajonta (ja keskiarvo), pistesumman jakauma ei ollut täysin normaalijakautunut. Kuitenkin voimalaskelmat voitiin tehdä tähän oletukseen nojautuen. Yksi laskuissa käytetyn osion kysymyksistä ei soveltunut suomalaiseen hoitokäytäntöön eikä täten soveltunut myöskään pistesumman laskentaan. Tästä syystä kysymys oli jätetty pois, ja pistesumman vaihteluväli oli 0-7 ja alkuperäisen hajontaluvun perusteella voitiin olettaa hajonnan olevan noin 2,5 (2,9 x 7/8).

Vertailtavat ryhmät oletettiin toisistaan riippumattomiksi. Otoksoon laskennassa käytettiin hyväks. ns. perinteiseen t-testiin perustuvaa menetelmää. Mittarissa jo yhden (1) pisteen ero ryhmien välillä on merkittävä ja tämän suuruiset erot haluttiin saada myös tilastollisesti merkitseviksi. Hajonnan arvio on näin ollen 2,5. Lisäksi oletettiin voimalaskelmissa yleisesti käytetyt alfa (0,05) ja beta (0,20), jolloin saatiin laskettua yhden pisteen eron pistesummissa olevan tilastollisesti merkitsevä 99 henkilön aineistolla. Tässä ikäryhmässä henkilökohtaisesti toimitetuissa mutta itsenäisesti vastatuissa kyselyissä vastausprosentin arvioitiin todennäköisesti jäävän noin 50 prosenttiin (Palonen ym. 2016) ja tästä syystä varauduttiin noin 200 kyselyn jakamiseen.

#### 4.4 Tutkimukseen osallistujat ja aineiston keruu

Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat yhden keskussairaalan kahdeksalta sisätautien ja kirurgian vuodeosastoilta kotiutuneet 65 vuotta täyttäneet potilaat, jotka olivat halukkaita osallistumaan tutkimukseen, sekä heillä oli tiedolliset ja taidolliset valmiudet tietoon perustuvan suostumuksen antamiseen tutkimukseen osallistumiseksi. Tutkimuksen ulkopuolelle jäivät potilaat, jotka olivat alle 65-vuotiaita, siirtyivät jatkohoitoon edellä mainituilta vuodeosastoilta sairaalan toisille vuodeosastoille, toisiin hoitolaitoksiin tai palvelukoteihin.

Aineiston kerääminen toteutettiin heinä-lokakuussa vuonna 2019. Sairaalaan kotiuttava hoitaja antoi potilaalle mukaan tiedotteen tutkimuksesta, kyselylomakkeen sekä tietoisesta suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Kyselylomakkeen mukana oli palautuskuori ja vastaajat palauttivat lomakkeen postitse. Lomakkeen mukana olevassa tutkimustiedotteessa tutkittaville kuvattiin lyhyesti tutkimuksen tausta, mitä tutkimukseen osallistuminen käytännössä tarkoitti ja kauanko kysymyksiin vastaamiseen kuluisi aikaa. Lomakkeita jaettiin yhteensä 187 kappaletta ja niitä palautui tutkijalle 55 kappaletta. Nämä kaikki palautuneet lomakkeet voitiin ottaa mukaan tutkimukseen, koska kysymyksiin oli vastattu huolellisesti. Vastausprosentti tässä tutkimuksessa oli 29.

## 4.5 Aineiston analyysi

Tutkimuksen aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin IBM SPSS Statistics 24 -ohjelmalla. Aineisto kuvailtiin frekvenssein, prosenttiosuuksin sekä keski- ja hajontaluvuin. Analyysia ohjasivat tutkimuskysymykset. (Heikkilä 2014, Polit & Beck 2012.) Muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin ristiintaulukoinnin avulla. Kvalitatiivisille muuttujille tarkoitetun tilastollisen testin (Khiin neliötesti) edellytykset eivät täyttyneet (Heikkilä 2014, Polit & Beck 2012). Tutkimuksen aineisto oli suhteellisen pieni.

Tutkimuksen muuttujat olivat tyypiltään kvalitatiivisia, lukuun ottamatta vastaajien ikää, joka oli kvantitatiivinen muuttuja. Tämä saatiin muuttamalla vastaajan syntymäaika iäksi. Tutkimukseen osallistujat olivat niin saman ikäisiä, että ikää ei saatu luokiteltua, ja näin ollen sitä ei myöskään ristiintaulukoinnissa käytetty. Viimeisimmän sairaalakäynnin syy oli kaksiluokkainen (1=sisätaudit ja 2=kirurgia). Kotiutumispäivä luokiteltiin uudelleen kaksiluokkaiseksi (1=arkipäivä ja 2=viikonloppu), samoin kuin kotiutumisen ajankohta (1=aamupäivä / päivä, 2=alkuilta / ilta). Kotiutumisvalmius luokiteltiin uudelleen kaksiluokkaiseksi yhdistämällä luokat ”ei täysin valmistautuneet” ja ”valmistautumattomat” (1=täysin valmistautunut ja 2=osittain tai ei lainkaan valmistautunut). Myös luottavaisuus kotona pärjäämiseen luokiteltiin uudelleen kahteen luokkaan, jolloin yhdistettiin luokat ”epävarma” ja ”en uskonut pärjääväni” (1= luottavainen ja 2 =epävarma).

Kyselylomakkeen tulosmuuttujiin liitettyjä avoimia kysymyksiä haluttiin hyödyntää täydentämään analyysiä sekä havainnollistamaan tilastollisia kuvailevia tuloksia. Laadullinen analyysi yhdistettiin määrälliseen analyysiin selittämään tutkimustuloksia yksityiskohtaisemmin. (Terrel 2012). Vastaukset teemoiteltiin kotiutumisvalmiutta mittaavien kysymysten mukaan ja niistä etsittiin kotiutumisvalmiutta edistäneet sekä heikentäneet tekijät. Laadullisen analyysin tulokset liitettiin määrällisen osuuden yhteyteen sisällöllisesti sopiviin kohtiin. Avoimiin kysymyksiin oli vastannut 26 potilasta.

## 5. TUTKIMUKSEN TULOKSET

### 5.1 Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden kuvaus

Tutkimukseen osallistuneista nuorin oli 65-vuotias ja vanhin 91-vuotias (ka 74,5; kh 6,4). Miehiä vastaajista oli hieman yli puolet (53%). Potilaat kotiutuivat pääasiassa arkipäivisin (96%) ja iltapäivän tai alkuillan aikana (76%). Hieman yli puolet (56 %) vastaajista oli ollut hoidettavana sisätautien vuodeosastoilla ja loput vastaajista kirurgian vuodeosastoilla. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Potilaiden taustamuuttajat

Taustamuuttuja		n	%
<b>Sukupuoli</b> (n=55)	mies	29	53
	nainen	26	47
<b>Kotiutumispäivä</b> (n=55)	arkipäivä	53	96
	viikonloppu	2	4
<b>Kotiutumisen ajankohta</b> (n=55)	aamupäivä / päivä	13	24
	iltapäivä / alkuilt	42	76
<b>Käyntisyys</b> (n=52)	sisätaudit	31	60
	kirurgia	21	40

### 5.2. Potilaiden kotiutumisvalmius

Tutkimukseen vastanneista potilaista suurin osa (84%) oli ollut luottavaisia kotona pärjäämisen suhteen. Yhdeksän vastaajista (16%) oli tuntenut olonsa epävarmaksi tai ei ollut uskonut pärjäävänsä kotona. Suurinta osaa vastaajista (76%) ei ollut mikään huolestuttanut kotona selviytymisen suhteen. Vain muutamalla (9%) vastaajista oli ilmennyt odottamattomia ongelmia kotiutumisen jälkeen. Lähes kaikki (91%) potilaista olivat tunteneet olleensa kaiken kaikkiaan täysin valmistautuneita kotiutumaan. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Potilaiden kotiutumisvalmius

Muuttuja		n	%
<b>Luottavaisuus kotona pärjäämiseen (n=55)</b>	luottavainen	46	84
	epävarma / en uskonut pärjääväni	9	16
<b>Kotona selviytymiseen liittyvä huoli sairaalassa ollessa (n=55)</b>	kyllä	13	24
	ei	41	76
<b>Kotona ilmennyt odottamattomia ongelmia (n=54)</b>	kyllä	5	9
	ei	49	91
<b>Kaiken kaikkinen kotiutumisvalmius (n=55)</b>	täysin valmistautunut	50	91
	osittain valmistautunut / epävarma	5	9

### 5.3 Taustamuuttujien yhteys kotiutumisvalmiuteen

Miehistä suurin osa (90 %) oli ollut **luottavaisia kotona pärjäämisen suhteen**. Myös naisista suurin osa (77%) oli tuntenut olevansa luottavainen. Sisätautien vuodeosastoilta kotiutuneista potilaista suurin osa (84%) oli ollut luottavaisia ja vain muutama oli kokenut epävarmuutta. Viisi (16%) sisätautien vuodeosastoilta kotiutuneista oli ollut epävarmoja oman selviytymisensä suhteen. Myös kirurgian vuodeosastoilta kotiutuneista suurin osa (81%) oli ollut luottavaisia kotiutuessaan. (Taulukko 3.)

Potilaiden **luottavaisuutta kotona pärjäämisen suhteen** lisäsivät hyvät potilasohjeet, kotiutumisen jälkeen tehty soitto kotiin, sekä luottamus omaan toimintakykyyn. Myös puoliso ja muut auttavat tahot lisäsivät luottavaisuuden tunnetta. Epävarmuutta kotiutumiseen toi mahdollinen uusi avuntarve, sekä tunne, ettei selviä päivittäisistä toiminnoista.

*”Palasin luottavaisin mielin kotia, koska vaimoni on hoitanut asioitani ilman sairauksiakin.”*

*”Sain tarpeellisen infon. Osastolta soitettiin sovittun mukaisesti 3. päivänä kotiutumisesta.”*

*”En osaa arvioida avuntarpeen määrää, kun tähän asti olen pärjännyt kotihommissa.”*

Miehistä suurinta osaa (83%) ei ollut mikään **huolestuttanut kotona selviytymisen suhteen**. Naisista reilulla kolmanneksella (35%) oli ollut huolen aiheita. Kirurgian vuodeosastoilta kotiutuneista vajaa kolmannes (29%) oli ollut huolestunut selviytymisensä suhteen ja sisätautien vuodeosastolta kotiutuneista hieman pienempi (26%) osa. (Taulukko 3.)

**Kotona selviytymisen suhteen huolestuttavina tekijöinä** potilaat kuvasivat vaivan uusiutumisen, lääkkeiden sopivuuden, fyysisen heikkouden ja epävarmuuden tunteen, jaksako puoliso hoitaa, jos vointi romahtaa uudelleen. Potilaita huolestutti oma riittämätön toimintakyky ja sairauden seurantaan liittyvät asiat. Myös kivun hoitoon liittyvät asiat ja selkeiden ohjeiden puute olivat asioita, joista kannettiin huolta. Toisaalta taas huolestuneisuutta vähensivät oma hyvä kunto ja luottamus omaan pärjäämiseen, riittävät ohjeet, sekä tieto siitä, mihin voi soittaa, jos huolia ilmenee. Huolestuneisuutta vähensi myös mahdollisuus sairauteen liittyvään ryhmätapaamiseen ja riittävä ohjeistus.

*”Jaksako puolisoni, jos kuntoni romahtaa taas.”*

*”Minut kotiutettiin, mutta ei sairaalassa testattu sopiiko nämä lääkkeet minulle.”*

*”Kuntoni on hyvä.”*

*”Neuvottu ottamaan yhteys päivystykseen.”*

Miehistä vain kaksi (7%) oli kohdannut **odottamattomia ongelmia kotiutumisensa jälkeen**. Naisista muutamalla (12%) oli ilmennyt ongelmia. Niin sisätautien kuin kirurgiankin vuodeosastoilta kotiutuneista vain kymmeneksellä (10%) oli ilmennyt kotona odottamattomia ongelmia. (Taulukko 3.)

Miehistä lähes kaikki (97%) olivat olleet kaiken kaikkiaan täysin **valmistautuneita kotiutumaan**. Myös naisista täysin valmistautuneeksi oli tuntenut itsensä suurin osa (85%). Niin kirurgian vuodeosastoilta (90%), kuin sisätautienkin vuodeosastoilta (90%) kotiutuneista lähes kaikki olivat olleet täysin valmistautuneita kotiutumaan. Arkipäivinä kotiutuneista melkein kaikki (91%) vastaajista olivat kokeneet olleensa valmistautuneita kotiutumaan ja vain viisi vastaajista olisi voinut olla kaiken kaikkiaan paremmin valmistautuneita. (Taulukko3.)

**Täysin valmistautuneiksi** itsensä tunsivat sellaiset potilaat, joiden läheiset auttavat käytännön asioissa, puoliso on turvana kotona, tarpeellinen informaatio oli saatu osastolta, henkilökunta oli ystävällistä ja asiat sairaalajakson aikana olivat sujuneet suunnitelmien mukaan. Osa potilaista oli



myös itse valmistellut kotiutumistaan. Epävarmuutta kotiutumistilanteessa loi riittämätön tiedonanto liittyen lääkitykseen ja sen sivuvaikutukseen. Myös ongelmat kotiin vietävien palvelujen kanssa koettiin epävarmuutta lisääviksi tekijöiksi.

*”Tiedossa oli sovittu aika ja vietin yhden yön osastolla. Aika oli lyhyt eikä siihen liittynyt takapakkia.”*

*”Soitin pojalle, että hakee minut kotiin ja hakee kaksi maitoa kaupasta. Muut olin varannut itse.”*

*”Uusi lääke, josta ei lääkäriäkään kokemusta ja edellinen lääke aiheutti haittavaikutuksia ja nyt laitettiin kotiin testaamatta, tuleeeko pahoja sivuvaikutuksia.”*

Taulukko 3. Taustamuuttujien yhteys kotiutumisvalmiuteen

Muuttuja		Luottavaisuus kotona-pärjäämisen suhteen		Kotona selviytymiseen liittyvä huoli		Odottamatomat ongelmat kotona		Kaiken kaikkinen kotiutumisvalmius		Osittain valmistautunut/ valmistautumaton % (n)
		Luottavainen % (n)	Epävarma % (n)	Kyllä % (n)	Ei % (n)	Kyllä % (n)	Ei % (n)	Täysin valmistautunut % (n)		
Sukuoli (n=55)	mies	90 (26)	10 (3)	17 (5)	83 (24)	7 (2)	93 (27)	97 (28)	3 (1)	
	nainen	77 (20)	23 (6)	35 (9)	65 (17)	12 (3)	88 (22)	85 (22)	15(4)	
Käyntisyys (n=52)	sisätaudit	84 (26)	16 (5)	26 (8)	74 (23)	10 (3)	90 (27)	90 (28)	10 (3)	
	kirurgia	81 (17)	19 (4)	29 (6)	71 (15)	10 (2)	90 (19)	90 (19)	10 (2)	
Kotiutumispäivä (n=54)	arkipäivä	81 (44)	19 (9)	26 (14)	74 (39)	10 (5)	90 (47)	91 (48)	9 (5)	
	viikonloppu	100 (1)	0(0)	0(0)	100 (1)	0 (0)	100 (1)	100 (1)	0(0)	
Kotiutumisen ajankohta (n=55)	aamupäivä/päivä	100 (13)	0 (0)	7(1)	93 (12)	0 (0)	100 (12)	92 (12)	8 (1)	
	iltapäivä/alkuilta	79 (33)	21 (9)	31 (13)	69 (29)	12 (5)	88 (38)	90 (38)	10 (4)	
Lisätiedon tarve kotona selviämiseen (n=55)	kyllä	60 (3)	40 (2)	80 (4)	20 (1)	50 (2)	50 (2)	40 (2)	60 (3)	
	ei	86 (43)	14 (7)	20 (10)	80 (40)	6 (3)	94 (47)	96 (48)	4 (2)	

#### 5.4 Taustamuuttujien yhteys lisätiedon tarpeeseen

Miehistä vain yksi (3%) ja naisistakin vain neljä (15%) olisi kaivannut lisää tietoa selviytymisensä tueksi. Sisätautien vuodeosastoilta kotiutuneista kolme (10%) ja kirurgian vuodeosastoilta kaksi (9%) olisi kaivannut lisää tietoa kotiutumisen yhteydessä. (Taulukko 4.)

Tutkimukseen vastanneet potilaat kertoivat, että **olisivat tarvinneet ennen kotiutumistaan lisää tietoa** liikunnan osuudesta sairauden hoidossa, lääkityksen seurannasta sekä lääkkeen vaikutuksen etenemisestä. He olisivat kaivanneet lisätietoa myös mahdollisista kotiin järjestettävistä palveluista sekä taloudellisesta tilanteesta selviytymisestä. Jotkut vastaajista taas olivat sitä mieltä, että sairaalasta kotiutumisen yhteydessä he olivat saaneet riittävästi omaa terveydentilaansa koskevaa tietoa.

*”Jos olisin tarvinnut muuta apua (kodinhoito yms.), olisi ollut hyvä tietää puh. numeroita.”*

*”Kotisairaanhoidosta ja sen palveluista toipilasaikana. Olen 76-vuotias!”*

*”Vasta kotona selvisi, että saan kaksi viikkoa kotihoitoa / kuntoutusta.”*

*”Sain loistavat ohjeet leikatun lonkan kuntouttamisen ja liikkumisen suhteen...”*

Taulukko 4. Taustamuuttujien yhteys tiedon tarpeeseen

Taustamuuttuja		Lisätiedon tarve kotona selviämiseen	
		Kyllä % (n)	Ei % (n)
Sukuupuoli (n=55)	mies	3 (1)	97 (28)
	nainen	15 (4)	85 (22)
Käyntisyy (n=52)	sisätaudit	10 (3)	90 (28)
	kirurgia	9 (2)	91 (19)
Kotiutumispäivä (n=54)	arkipäivä	10 (5)	90 (48)
	viikonloppu	0 (0)	100 (1)
Kotiutumisajankohta (n=54)	aamupäivä / päivä	15 (2)	85 (11)
	iltapäivä / alkuilt	73 (3)	27 (38)

## 5.5. Lisätiedon tarpeen yhteys kotiutumisvalmiuteen

Suurin osa potilaista (86%), jotka olivat olleet luottavaisia kotiutumistilanteessa, eivät myöskään olleet kaivanneet lisätietoa kotona selviytymisen tueksi. Niistä potilaista, jotka olisivat kaivanneet lisää tietoa, yli puolet (60%) oli kuitenkin ollut luottavaisia kotona selviytymisen suhteen. Melkein kaikki (80%) vastaajista, jotka olisivat tarvinneet muuta tietoa selviytymisensä tueksi, olivat myös olleet huolissaan kotona selviytymisestään. Suurin osa (80%) vastaajista, jotka kokivat, että eivät olleet kaivanneet lisää tietoa, eivät myöskään olleet huolissaan selviytymisestään kotona. (Taulukko 5.)

Niistä potilaista, jotka olivat tunteneet tarvetta muuhun tietoon kotona selviytymisen tueksi, puolet (50%) oli kohdannut odottamattomia ongelmia kotona. Niistä potilaista, jotka eivät olleet kaivanneet lisätietoa, suurin osa (94%) ei ollut kohdannut kotona mitään odottamattomia ongelmia. Lähes kaikki (96%), jotka eivät olleet kaivanneet lisätietoa, olivat tunteneet itsensä kaiken kaikkiaan täysin valmistautuneeksi kotiutumaan. Lisätietoa kaivanneista potilaista alle puolet (40%) oli tuntenut itsensä kaiken kaikkiaan täysin valmistautuneeksi kotiutumaan. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Tiedon tarpeen yhteys kotiutumisvalmiuteen

Muuttuja	Luottavaisuus kotona pärjäämisen suhteen		Kotona selviytymiseen liittyvä huoli		Odottamattomat ongelmat kotona		Kaiken kaikkainen kotiutumisvalmius		Osittain valmistautunut/ valmistautumaton % (n)
	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	Täysin valmistautunut		
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
Lisätiedon tarve kotona selviämiseen (n=55)	kyllä ei	60 (3) 86 (43)	40 (2) 14 (7)	80 (4) 20 (10)	20 (1) 80 (40)	50 (2) 6 (3)	50 (2) 94 (47)	40 (2) 96 (48)	60 (3) 4 (2)

## 6. POHDINTA

### 6.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Lähes kaikki tähän tutkimukseen osallistuneet potilaat tunsivat itsensä täysin valmistautuneiksi kotiutumaan. Kotiutumisvalmiuteen liitettävät asiat olivat potilaan näkökulmasta hyvin yksinkertaisia ja käytännönläheisiä asioita. Potilaat kokivat olleensa valmiita kotiutumaan, kun he olivat saaneet riittävästi tietoa sairauteensa liittyvistä asioista, heillä oli kotona puoliso tai muita auttavia tahoja ja heillä oli tunne, että kotiutumisen jälkeenkin on mahdollista saada apua sitä tarvittaessa. Aiempien tutkimusten mukaan oikea ajankohta kotiutumiselle on silloin, kun potilas itse tuntee olevansa siihen valmis. Kotiutumisvalmiutta kokonaisuutena arvioitaessa, on sairaalan kliinisten kriteerien lisäksi otettava huomioon myös potilaan oma subjektiivinen näkökulma. (Ubbink ym. 2014, Wong ym. 2011.) Suuri osa tähän tutkimukseen vastanneista potilaista kuvasi tärkeimmiksi kotiutumisvalmiuteen liitettäviksi tekijöiksi kotona olevat fyysiset ja psyykkiset tekijät. Tämä on tullut ilmi myös aiemmissa tutkimuksissa. Potilaan fyysiseen valmiuteen kiinnitetään usein enemmän huomiota, vaikka esimerkiksi kotona käytössä olevat resurssit ovat yhtä tärkeitä tunnistaa. (Foust 2007.)

Tutkimukseen vastanneet potilaat olivat pääosin saaneet riittävästi tietoa kotona selviytymisensä tueksi, mutta muutama vastaajista olisi kaivannut lisätietoa esimerkiksi liikunnan osuudesta sairauden hoidossa, lääkityksen seurannasta sekä lääkkeen vaikutuksen etenemisestä. Saman suuntaisia tiedontarpeita on ilmennyt myös aiemmista tutkimuksista. Iästä, sukupuolesta tai muista sosioekonomisista tekijöistä riippumatta suurin tarve tiedonsaantiin liittyy lääkitykseen, hoitoon, komplikaatioihin ja elämän laatuun (Yilmaz ym. 2019).

Lähes kaikki potilaat, jotka eivät olleet kaivanneet lisätietoa kotona selviytymisensä tueksi, olivat tunteneet itsensä luottavaisiksi kotona pärjäämisen suhteen ja he eivät myöskään olleet kohdanneet kotona odottamattomia ongelmia. Melkein kaikki potilaat, jotka eivät olleet kaivanneet lisätietoa, olivat tunteneet itsensä kaiken kaikkiaan valmistautuneiksi kotiutumaan. Aiemmin tehdyn tutkimuksen mukaan potilaiden tiedontarpeet voivat vaihdella hyvinkin paljon ja ne voivat muuttua kotiinlähdön jälkeen. Tämän vuoksi sairaalassa oloaikana on potilaiden tiedontarpeet huomioitava yksilöllisesti, sillä se auttaa heitä kotona selviytymisessä. (Eibergen ym. 2018.)

## 6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tämän tutkimuksen luotettavuutta on koko tutkimusprosessin ajan tarkasteltu tilastollisen tutkimuksen luotettavuuskriteerien pohjalta. Tutkimussuunnitelma oli laadittu yksityiskohtaisesti sisältäen tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteen, validiteetin ja reliabiliteetin pohdinnan, perusjoukon ja otoksen määrittelyn, tutkimuksen avoimuuden ja hyödynnettävyyden pohdinnan sekä käytettävän mittarin pohjalta laaditun kyselylomakkeen kuvauksen. Myös tutkimuksen aikataulu ja kustannusarvio on esitelty. (Heikkilä 2014.)

Tutkimuksen *validiteetti* eli pätevyys varmistettiin etukäteen tehtävällä huolellisella suunnittelulla ja tarkoin harkitulla tiedonkeruulla (Heikkilä 2014). Tutkimuksessa käytettävän PREPARED -mittarin validiteettia on tarkasteltu aiemmin vastaavassa kontekstissa (Grimmer & Moss 2001), ja näin ollen sen pohjalta laadittujen kyselylomakkeiden voitiin tässä tutkimuksessa katsoa olevan valideja halutun ilmiön kuvaamista varten. Kyselylomakkeen kysymykset mittaavat oikeita asioita ja ne vastaavat tutkimusongelmaan. Tutkimuksen luotettavuutta saattaa heikentää alhainen vastausprosentti ja pieni otoskoko. Tutkimukseen osallistujat saivat riittävän informaation tutkimukseen liittyen (Heikkilä 2014). Tutkimuksen tekijällä ei ollut henkilökohtaista yhteyttä tutkittaviin, eikä näin ollen pystynyt yhdistämään vastaajia ja vastauslomakkeita. (Finlex 1999.)

Potilastyytyväisyyttä mitattaessa on tärkeää huomioida ajankohta, jolloin kysely toteutetaan. Esimerkiksi postoperatiiviseen tiedonsaantiin liittyvää tyytyväisyyttä voidaan luotettavimmin arvioida vasta, kun potilas on sairaalahoidon jälkeen ollut jonkin aikaa kotona. (Stevens ym. 2006.) Tämän tutkimuksen lomakkeista suurin osa oli täytetty jo kotiutumispäivänä, vaikka niihin olisi tullut vastata joitakin päiviä kotiutumisen jälkeen. Kotona selviytymistä kotiutumisen jälkeen olisi ollut mahdollista arvioida vain, jos lomakkeiden täytössä olisi noudatettu annettua ohjetta.

Myönteisiin kokemuksiin tutkimustuloksissa on saattanut olla yhteydessä se, että potilaat ovat olleet tyytyväisiä ja luottavaisia kotiutustilanteessa. He eivät olleet vielä ehtineet olla kotona, eivätkä näin ollen myöskään kohdata esimerkiksi odottamattomia ongelmia. Joitakin lomakkeen kysymyksiä oli ilmeisesti ollut vaikea ymmärtää, eikä niihin ollut vastattu ohjeiden mukaan. On mahdollista, että joidenkin vastaajien korkea ikä on ollut yhteydessä lomakkeen täytön ohjeiden ymmärtämiseen. Kiire ja kesäsijaiset saattoivat aiheuttaa puutteellisen lomakkeentäyttöohjauksen.

Tutkimusaineiston keruuajankohta saattoi olla yhteydessä tutkimustuloksiin ja tutkimuksen vastausprosenttiin. Elektiivistä toimintaa kirurgian ja sisätautien yksiköissä oli kesäaikana vähemmän kuin muutoin ja sopivia tutkimukseen osallistujia oli haasteellista rekrytoida. Suurin osa potilaista oli

joutunut sairaalaan akuutin vaivan vuoksi, jolloin sairaalaan joutuminen on tullut heille yllätyksenä ja tämän vuoksi kotiutumistilanne on saatettu kokea hyvinkin positiivisena.

Tutkimuksen *reliabiliteettia* tarkasteltaessa on huomioitu, että tulokset eivät ole sattumanvaraisia ja ne ovat tarkkoja. Tutkija on minimoinut virheiden mahdollisuuden olemalla tarkka ja huolellinen tuloksia syötettäessä ja käsiteltäessä. Tulosten analysoinnissa on käytetty vain sellaisia analysointimenetelmiä, jotka tutkija hallitsee ja luotettavuuden lisäämiseksi hyödynnettiin tilastotieteilijän ohjausta. Tämän tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää niiden pätevyysalueen ulkopuolelle, joka tässä tutkimuksessa katsotaan olevan sairaalan sisätauti- ja kirurgian akuuttivuodeosastoilta kotiutuneet yli 65-vuotaat potilaat. Tulosten ei myöskään voida olettaa olevan samanlaisia kaikissa Suomen sairaaloissa. (Heikkilä 2014.)

Tässä tutkimuksessa strukturoitujen kysymysten lisäksi analysoitiin avoimet vastaukset tukemaan tilastollista analyysiä. Tämän voidaan katsoa lisäävän tutkimuksen luotettavuutta. Tutkija on vetänyt johtopäätökset tutkimustulosten perusteella ja tiedostanut tutkimuksen yleistettävyyttä heikentävät seikat. (Heikkilä 2014.) Tutkimusprosessia on arvioitu koko tutkimuksen ajan ja tuloksia verrattu aikaisempaan tutkimustietoon. Kaikki tutkimuksen tulokset on raportoitu ja lukijan ymmärryksen helpottamiseksi ne on kuvattu myös taulukoissa. (Polit & Beck 2012.)

### 6.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen aiheen arvioitiin olevan merkityksellinen ja tuottavan uutta tietoa (Burns & Grove 2009). Tutkimus tehtiin hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tutkija otti huomioon asianmukaisella tavalla, esimerkiksi lähdeviiteillä, toisten tutkijoiden tekemän työn. Tutkimus suunniteltiin, toteutettiin ja raportoitiin aiemmin kuvatuilla tieteellisten vaatimusten edellyttämällä tavalla ja tutkimukselle haettiin asianmukaiset luvat. (TENK 2012.) Tutkimukseen pyydettiin eettisen toimikunnan lausunto sekä lupa kohdeorganisaatiosta. Tutkimukseen osallistuminen oli tutkittaville vapaaehtoista ja henkilöt päättivät itse saamansa tutkimukseen liittyvän tiedon perusteella kyselylomakkeeseen vastaamisesta. Tutkittaville ei koitunut tutkimuksesta vahinkoa tai taloudellisia kustannuksia. (Kuula 2011, TENK 2012.)

Tutkittavien tiedot pidettiin salassa (Finlex 1999), sillä tutkimusaineisto voitiin analysoida ilman suoria tunnistetietoja. Vastaajien anonymiteetti varmistettiin koodaamalla kyselylomakkeet niin, että kyselylomaketta ja havaintomatriisin havaintoyksikköä ei ollut mahdollista yhdistää (Kuula 2011).

Suostumus- ja kyselylomakkeet erotettiin toisistaan heti niiden vastaanottamisen jälkeen, eikä niiden tietoja voitu tämän jälkeen yhdistää toisiinsa.

Tähän tutkimukseen ei haettu rahoitusta, eikä tutkimuksen tekijällä ollut sidonnaisuuksia millekään tutkimuksen taholle (Kuula 2011). Kerätty aineisto siirrettiin sähköiseen muotoon SPSS -ohjelmaan ja alkuperäiset kyselylomakkeet säilytetään Tampereen Yliopiston arkistointisäännön mukaisesti. Avointen kysymysten analysoinnissa kiinnitettiin huomiota vastaajien anonymiteettiin, eikä näin ollen yksittäistä vastaajaa pystytä niistä tunnistamaan (Kuula 2011).

## 7. JOHTOPÄÄTÖKSET, KEHITTÄMISEHDOTUKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella on mahdollista tehdä seuraavia johtopäätöksiä:

- Potilaiden luottavaisuutta kotona pärjäämisen suhteen saattaa lisätä hyvät potilasohjeet, erilaiset auttavat tahot sekä tunne, että kotiutumisen jälkeen on mahdollista ottaa tarvittaessa yhteyttä terveydenhuollon ammattilaiseen ja saada apua.
- Kotona selviytymisessä potilaita huolestuttaa fyysisen toimintakyvyn vaikeudet sekä sairauden uusiutumiseen ja seurantaan liittyvät asiat. Myös pelko, että puoliso ei jaksakaan hoitaa, lisää huolestuneisuutta kotona selviytymisen suhteen.
- Kaiken kaikkiaan kotiutumisvalmiutta saattaa lisätä kotona oleva apu ja tuki, ystävällinen henkilökunta, suunnitelmien mukaan sujunut sairaalajakso, sairaalassa saatu riittävä informaatio sekä potilaan oma kotiutumisen valmistelu.

Tutkimuksessa tuotetun tiedon avulla on mahdollista kehittää kotiutusta aiempaa potilaslähtöisemmäksi huomioiden potilaiden yksilölliset tarpeet. Kotiutusta suunniteltaessa on huomioitava riittävä tiedonanto ja potilaan mahdolliset huolenaiheet oman selviytymisensä suhteen. Kotona saattaa ilmetä odottamattomia ongelmia, jos potilas ei ole ollut täysin valmistautunut kotiutumaan. Nämä tilanteet tulisi pystyä ennakoimaan mahdollisimman hyvin ennen kotiutumista ja potilas tulee ottaa mukaan oman kotiutumisensa suunnitteluun.

Hoitotyön johdon tulee kiinnittää huomiota kotiutusprosesseihin sekä kehittää niitä, jotta laadukas, turvallinen ja oikea-aikainen kotiutuminen potilaille mahdollistuu. Tiedon avulla voidaan kehittää hoitotyön interventioita potilaiden kotiutumisvalmiuden parantamiseksi. Terveystenhoitohenkilöstön opetuksessa ja koulutuksessa on myös syytä kiinnittää huomiota laadukkaan kotiutumisen merkityksen ymmärtämiseen ja sen toteuttamiseen.

Jatkossa olisi hyvä tutkia eri erikoisalojen vuodeosastoilta kotiutuvia potilaita sekä laajentaa tutkimusta myös perusterveydenhuollon vuodeosastojen puolelle. Näillä vuodeosastoilla hoidettavat potilaat ovat usein monisairaita ja iäkkäitä, jonka vuoksi heidän kotiutumisensa saattaa olla hyvinkin kompleksinen prosessi. Tutkimusta olisi hyvä tehdä myös nuorempien kuin 65-vuotiaiden parissa ja mielenkiintoista olisi saada tietoa myös esimerkiksi suoraan heräämöstä kotiutuvien leikkauspotilaiden tai jostakin muusta kevyemmästä toimenpiteestä kotiutuvan potilaan kotiutumisvalmiudesta sekä siihen yhteydessä olevista tekijöistä.



## 8. LÄHTEET

- Anthony M. K, & Hudson-Barr D. 2004. A Patient-Centered Model of Care for Hospital Discharge. *Clinical Nursing Research*, 13(2), 117–136.
- 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 Reseach: Conduct, Critique and Utilization*. W.B.Saunders.
- Coffey A, Leahy-Warren P, Savage E, Hegarty J, Cornally N, Day MR, Sahm L, O'Connor K, O'Doherty J, Liew A, Sezgin D and O'Caomh R. 2019. Interventions to Promote Early Discharge and Avoid Inappropriate Hospital (Re)Admission: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 16(2457). doi:10.3390/ijerph16142457
- Dyrstadt D. N, Testad I, Aase K & Storm M. 2015. A review of the literature on patient participation in transitions of the elderly. *Cognition, Technology & Work* 17, 15–34.
- Eibergen L, Janssen M. J, Blom L, & Karapinar-Çarkit F. 2018. Informational needs and recall of in-hospital medication changes of recently discharged patients. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 14(2), 146–152.
- Finlex 1999. Henkilötietolaki. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523#L2P7>. Viitattu 24.3.2020.
- Finlex 1999. Perustuslaki. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731#L2P10>. Viitattu 24.3.2020.
- Foster A. J, Clark H. D, Menard A, Dupuis N, Chernish R, Chandok N, Khan A & Van Walraven C. 2004. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *Canadian Medical Assosiation Journal* 170(3), 345–349.
- Foss C & Askautrud M. 2010. Measuring the participation of elderly patients in the discharge process from hospital: A critical view of existing instruments. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24(suppl.1), 46–55.
- Foust J. B. 2007. Discharge planning as part of daily nursing practice. *Applied Nursing Research*, 20(2), 72–77.

- Fox MT, Persaud M, Maimets I, Brooks D, O'Brien K & Tregunno D. 2013. Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 13:70.
- Frank-Bader M, Beltran K & Dojlidko D. 2011. Improving transplant discharge education using a structured teaching approach. *Progress in Transplantation*. 21(4), 332–339.
- Galvin EC, Wills T, Coffey A. 2017. Readiness for hospital discharge: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 73(11), 2547–2557.
- Grimmer K & Moss J. 2003. Evaluation of discharge planning quality. Examination of responses to the PREPARED –instrument. Tutkimusraportti. Centre for Allied Health Research, University of South Australia.
- Grimmer K, Moss J & Falco J. 2004. Experiences of elderly patients regarding independent community living after discharge from hospital: a longitudinal study, *International Journal for Quality in Health Care*, 16 (6), 465–472.
- 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.
- Grimmer K & Moss J. 2001. The development, validity and application of new instrument to assess the quality of discharge planning activities from the community perspective. *International Journal of Quality in Health Care*, 13(2), 190–116.
- Haaranen S. 2016. Ikääntyneen päivystyspotilaan ja tämän läheisen kokema kotiutusvalmius ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Pro Gradu -tutkielma. Tampereen Yliopisto.
- Hafemeister, T. L, & Hinckley Porter, J. 2013. Don't let go of the rope: reducing readmissions by recognizing hospitals' fiduciary duties to their discharged patients. *The American University Law Review*, 62(3), 513–576.
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Edita, Helsinki.
- Hwabejire J. O, Kaafarani H. M, Imam A. M, Solis C. V, Verge J, Sullivan N. M, DeMoya M. A, Alam H. B. & Velmahos G. C. 2013. Excessively long hospital stays after trauma are not related to the severity of illness. Let's aim to the right target! *JAMA Surg*. 148(10), 956–961. doi:10.1001/jamasurg.2013.2148. Published online August 21, 2013.

- Kaya S, Sain Guven G, Aydan S, Kar A, Teleş M, Yıldız A, et al. 2018. Patients' readiness for discharge: Predictors and effects on unplanned readmissions, emergency department visits and death. *Journal of Nursing Management*, 26(6), 707–716.
- 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.
- Kuokkanen K. 2017. Ikääntyneiden potilaiden kotiutuminen sairaalan päivystyspoliklinikalta potilaiden ja läheisten kokemana. Pro Gradu -tutkielma. Tampereen Yliopisto.
- Kuula A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino. Tampere
- Lämsä R. & Mäkelä L. 2009. "En olisi vielä kotiin lähdessä": sairaalaosaston käytännöistä potilaan silmin. *Alkuperäistutkimus. Suomen lääkärilehti*. 64(33), 2551–2557.
- Maloney L. R. & Weiss M. E. 2008. Patients' perceptions of hospital discharge informational content. *Clinical Nursing Research*, 17(3), 200–219.
- Meadows KA. 2003. So you want to do research? 4: an introduction to quantitative methods. *British Journal of Community Nursing*. 8(11), 519–526.
- Mistiaen P, Francke AL & Poot E. 2007. Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. *BMC Health Services Research* 2007, 7(47). doi:10.1186/1472-6963-7-47.
- Palonen M, Kaunonen M & Åstedt-Kurki P. 2016. Exploring how to increase response rates to surveys of older people. *Nurse Reseacher*, 23(5), 15–19.
- Palonen M. 2015. Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä ohjaus. Hypoteettisen mallin kehittäminen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen Yliopisto.
- Polit D. & Beck C. 2012. *Nursing research. Appraising evidence for nursing practice*. 9th edition. Lippincott, Philadelphia, USA.
- Popejoy L. 2011. Complexity of family caregiving and discharge planning. *Journal of Family Nursing* 17(1), 61–81.
- Päijät-Hämeen Keskussairaala. 2018. Suullinen tiedonanto.
- Sahlström M, Lukkari M, Roine R, Aaltonen L-M & Kinnunen M. 2018. Hyvä suunnittelu ehkäisee riskisiirtoja. *Suomen lääkärilehti*. 73 (1-2), 62–63.

- 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).
- Stevens M, Reininga I, Boss N & van Horn J. 2006. Patient satisfaction at and after discharge. Effect of a time lag. *Patient education and counselling*, 60(2), 241–245.
- Suhonen R, Nenonen H, Laukka A, & Välimäki M. 2005. Patients' informational needs and information received do not correspond in hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 14(10), 1167–1176.
- TENK. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf). Viitattu 24.3.2020.
- Terrel S. R. 2012. Mixed-Methods Research Methodologies. *Qualitative Report*, 17 (1), 254–280.
- Ubbink D. T, Tump E, Koenders J. A, Kleiterp S, Goslings J. C & Brölmann F. E. 2014. Which reasons do doctors, nurses, and patients have for hospital discharge? A mixed-methods study. *PLoS ONE*, 9 (3).
- Wallace A, Perkhounkova Y, Bohr & Chung S. 2016. Readiness for Hospital Discharge, Health Literacy, and Social Living Status. *Clinical Nursing Research* 25, 494–511.
- 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(1), 31–42.
- Weiss M, Yakusheva O. & Bobay K. 2010. Nurse and patient perceptions of discharge readiness in relation to postdischarge utilization. *Medical Care*, 48(5), 482–486.
- 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
- Wong EL, Yam CH, Cheung AW, Leung MC, Chan FW & Yeoh E-K. 2011. Barriers to effective discharge planning: a qualitative study investigating the perspectives of frontline healthcare professionals. *BMC Health Services*, 11: 242.
- Yilmaz FT, Aldemir K & Yildiz E. 2019. The Discharge Related Education Needs of Inpatients Being Treated in the Internal Diseases Clinic and Affecting Factors. *International Journal of Caring Sciences*.12(3), 1658–1665.

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.

## 9. LIITTEET

### Liite 1. Tiedote tutkimuksesta

#### TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

#### POTILAAN KOTIUTUMISVALMIUS SAIRAALASTA JA SIIHEN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT

Pyydämme Teitä osallistumaan tähän tutkimukseen, jossa tutkitaan potilaan kotiutumisvalmiutta sairaalasta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Teitä pyydetään osallistumaan tutkimukseen, koska olette olleet hoidossa xxx vuodeosastolla ja olette 65-vuotias tai sitä vanhempi. Perehdyttyänne tähän tiedotteeseen teille järjestetään mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta. Jos päätätte osallistua tutkimukseen, teiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

#### Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilaan kotiutumisvalmiutta sairaalasta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimuksessa tuotetun tiedon avulla on mahdollista kehittää potilaslähtöisempää kotiutuksen suunnittelua. Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen alueellinen eettinen toimikunta on arvioinut tutkimussuunnitelman ja antanut siitä puoltavan lausunnon.

#### Tutkimuksen kulku

Teille annettiin tämän tiedotteen mukana kyselylomake sekä valmiiksi maksettu palautuskuori ja kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Pyydämme teitä ystävällisesti palauttamaan suostumuslomakkeen kyselyn mukana. Kyselyllä kerätään tietoa vuodeosastolta kotiin lähtöön liittyvistä kokemuksistanne. Kyselyn täyttämiseen kuluu aikaa noin 30 minuuttia. Pyydämme teitä täyttämään kyselyn, kun sairaalasta kotiutumisestanne on kulunut vähintään muutama päivä.

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota.

Tutkimukseen liittyvät hyödyt ja riskit

On mahdollista, ettei tähän tutkimukseen osallistumisesta ole Teille hyötyä. Tutkimuksen avulla pyritään kuitenkin kehittämään hoitotyötä yksilöllisen kotiutumisen suunnittelemiseksi.

Tutkimuksesta ei aiheudu Teille haittaa, mutta tutkimukseen osallistumiseen kuluvaa aikaa ei korvata.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Teistä kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietojen käsittelyä koskevan lainsäädännön edellyttämällä tavalla. Yksittäisille tutkimushenkilöille annetaan tunnusnumero ja tieto säilytetään koodattuna tutkimustiedostossa, jolloin yksittäinen henkilö ei ole tunnistettavissa ilman koodiaivainta. Tietoja ei anneta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille. Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan ryhmätasolla eikä yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista. Kerätty aineisto siirretään sähköiseen muotoon ja alkuperäiset kyselylomakkeet, koodiaivain sekä tutkimustiedosto säilytetään Tampereen Yliopiston arkistointisäännön mukaisesti

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voitte keskeyttää tutkimuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta. Tutkimuksesta kieltäytyminen tai sen keskeyttäminen ei vaikuta millään tavalla hoitoon.

Voitte keskeyttää tutkimukseen osallistumisenne missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ennen sen päättymistä ilman, että siitä koituu teille mitään haittaa. Voitte myös peruuttaa tämän suostumuksen. Jos päätätte peruuttaa suostumuksenne tai osallistumisenne tutkimukseen keskeytyy jostain muusta syystä, siihen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Tutkimus on tutkijan Pro gradu -tutkielma ja kuuluu Tampereen Yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan tutkimushankkeeseen. Hankkeen tuloksia julkaistaan tieteellisissä lehdissä sekä sairaanhoitopiirissä hankkeen aikana ja sen päättyessä. Tutkimukseen osallistuneille ei anneta erillistä tiedonantoa tutkimustuloksista.

Lisätiedot

Pyydämme Teitä esittämään kysymyksiä tutkimuksesta xxx.

Tutkijan yhteystiedot

xxx



## Liite 2. Suostumuslomake

### SUOSTUMUSLOMAKE

#### POTILAAN KOTIUTUMISVALMIUS SAIRAALASTA JA SIIHEN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen ja olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijoille kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä perua suostumukseni, milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Voin keskeyttää tutkimukseen osallistumiseni missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ennen sen päättymistä ilman, että siitä koituu minulle mitään haittaa. Jos päätän peruuttaa suostumukseni tai osallistumiseni tutkimukseen keskeytyy jostain muusta syystä, siihen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

---

Paikka ja aika

---

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

---

tutkittavan allekirjoitus

---

tutkijan allekirjoitus

---

nimen selvennys

---

nimen selvennys

---

tutkittavan henkilötunnus tai syntymäaika

---

osoite

---