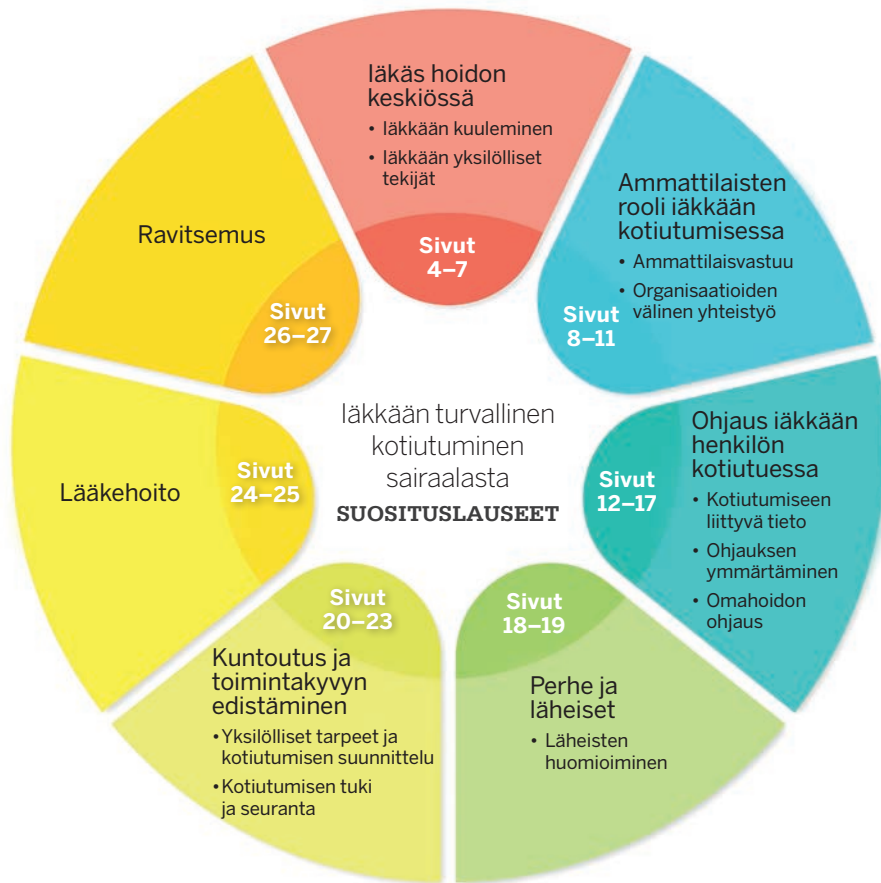




lääkkään turvallinen kotiutuminen sairaalasta

**Mira Palonen, Kirsi Kariniemi, Päivi Peltola, Hanna-Mari Pesonen,
Anja Rantanen, Heidi Siira**

HOTUS-HOITOSUOSITUKSEN LYHENNELMÄ



Tekijät



Mira Palonen
sh (AMK), TtT, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, hoitotiede, Tampereen yliopisto



Kirsi Kariniemi
th, TtM, kotihoidon palveluesihenkilö, Caritas Palvelut Oy, Helsingin Diakonissalaitos



Päivi Peltola
sh (AMK), Sydänsairaala, Tays



Hanna-Mari Pesonen
sh, TtT, Centria-ammattikorkeakoulu



Anja Rantanen,
sh, TtT, dosentti, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, hoitotiede, Tampereen yliopisto



Heidi Siira
ft (AMK), TtM, TtT-opiskelija, Hoitotieteen ja terveyshallintotieteen tutkimusyksikkö, Oulun yliopisto

Hoitosuositusryhmä kiittää hoitosuosituksen laadinnan eri vaiheissa konsultoituja asiantuntijoita.

Hotus-hoitosuositukset ovat asiantuntijoiden laatimia tutkimusnäyttöön perustuvia suosituksia hoitotyön menetelmien vaikuttavuudesta, käyttökelpoisuudesta, tarkoituksenmukaisuudesta ja/tai merkityksellisyydestä potilaan/asiakkaan hoidossa.

Suosituksia käytettäessä tulee huomioida potilaan/asiakkaan näkemys, toimintaympäristön edellytykset ja terveydenhuollon ammattilaisen kliininen arvio tilanteesta.

Hoitosuosituksen pitkä versio, joka sisältää hoitosuosituksen laadinnan menetelmävauksen, näytönastekatsaukset, asiantuntijaryhmän tiedot sekä kaikki lähteet, löytyy: www.hotus.fi

ISSN 2489-5024 (21.12.2020)

Ulkoasu ja taitto: Tanja Pitkänen
Kuvat: Shutterstock

Johdanto

Suomessa oli 65 vuotta täyttäneitä henkilöitä vuonna 2017 noin 1,2 miljoonaa. Heistä 75 vuotta täyttäneitä oli hieman yli 500 000, joista lähes 200 000 henkilöä asui yksin. Puolisonsa kanssa asuvista iäkkäistä reilu kolmannes auttoi toimintakyvyltään heikentynyttä puolisoaan. Monet kotona asuvat iäkkäät henkilöt tarvitsevat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita säilyttääkseen itsenäisyytensä sekä huolehtiakseen omasta ja mahdollisesti puolisonsa terveydestä.^{1,2,3}

län myötä lisääntyvät erilaiset sairaudet, joiden vuoksi iäkkäät henkilöt voivat tarvita sairaalahoitoa. Lyhentyneiden hoitoaikojen vuoksi he kotiutuvat entistä varhaisemmassa vaiheessa.⁴ Tavoitteena on, että sairaalahoidon jälkeen iäkkäät henkilöt voisivat selviytyä kotonaan mahdollisimman itsenäisesti, tarvittaessa kotiin tarjottavien palveluiden avulla².

Kun turvallisen kotiutumisen suunnitteluun on aikaisempaa vähemmän aikaa, lisääntyvät myös ei-toivottujen tapahtumien riskit kotiutumisen jälkeen. Riskiä lisäävät esimerkiksi iäkkäälle henkilölle aloitettu soveltumaton lääkitys tai puutteelliset jatkohoito-ohjeet.^{5,6} Jo sairaalahoito itsessään on merkittävä riski iäkkään henkilön toimintakyvyn alenemiselle⁷ ja liikkumattomuus sairaalahoidon aikana heikentää toimintakykyä entisestään⁸. Toimintakyvyn ylläpitäminen kotiutuessa on merkittävin tekijä turvattaessa arkipäivän toiminnoista selviämistä ja ehkäistäessä mm. kotona tapahtuvia kaatumisia.

Hoitoketjujen saumattomuuteen tulee kiinnittää huomiota, sillä toistuvat hoitoon liittyvät siirtymiset kodin ja sairaalan välillä lisäävät iäkkäiden sosiaalisia ja terveyteen liittyviä riskejä, kuten kuolleisuutta⁹⁻¹¹. Lisäksi esimerkiksi kotihoidon palveluiden kehittäminen vähentäisi kustannuksiltaan kalliiden erikoissairaanhoidon palveluiden tarvetta¹².

Iäkkäiden henkilöiden kotiutumisen suunnittelu näyttäisi tällä hetkellä perustuvan lähinnä olemassa oleviin toimintatapoihin ja kliiniseen kokemukseen, ei niinkään tutkimusnäyttöön^{13,14}. Tähän hoitusuositukseen on koottu olemassa oleva laadukas tutkimusnäyttö iäkkään henkilön turvallisen kotiutumisen turvaamiseksi sairaalahoidon jälkeen.

Kohderyhmät

Tämä hoitusuositus koskee sairaalasta kotiutuvia iäkkäitä henkilöitä. Suosituksen ulkopuolelle jäävät ne henkilöt, jotka siirtyvät kodin sijaan muuhun jatkohoito- tai kuntoutuspaikkaan sekä muista terveydenhuollon organisaatioista kuin sairaalasta kotiutuvat iäkkäät. Hoitusuositus on kohdennettu terveydenhuoltoon, eikä suosituksessa ole tarkasteltu sosiaalihuollon palveluita.

Tavoite

Hoitusuosituksen tarkoituksena on koota olemassa oleva laadukas näyttö iäkkään henkilön turvalliseen sairaalasta kotiutumiseen liittyen. Tavoitteena on suosituslauseiden avulla kehittää yhtenäisiä toimintatapoja iäkkäiden kotiutumisen tukemiseksi sekä ennakoimattomien uusintakäyntien vähentämiseksi.

Näytön aste

- A** Vahva tutkimusnäyttö
- B** Kohtalainen tutkimusnäyttö
- C** Niukka tutkimusnäyttö
- D** Ei tutkimusnäyttöä

IÄKÄS HOIDON KESKIÖSSÄ

lääkään kuuleminen

- Selvitä ja ota huomioon iäkkään **näkemykset** ja **yksilölliset tarpeet** kotiutumiseen liittyvissä asioissa, sillä
- > kuulluksi ja huomioiduksi tuleminen kotiutumiseen liittyvissä itseä koskevissa asioissa on ilmeisesti iäkkäälle merkityksellistä¹⁵⁻¹⁷. **B**
 - > iäkkään kuuleminen sairaalasta kotiutumisen yhteydessä saattaa tukea hänen itsenäisyyttään¹⁵. **C**
 - > iäkkään jättäminen sairaalasta kotiutumista koskevien keskustelujen ulkopuolelle saattaa johtaa kokemukseen siitä, että hoidon kannalta tärkeitä tietoja jää huomioimatta¹⁵. **C**
 - > iäkkään yksilölliset ominaisuudet ovat ilmeisesti merkityksellisiä suhteessa kotiutumiseen sekä kotona selviytymiseen¹⁸⁻²⁰. **B**

Mahdollista iäkkään kuuleminen ja hänen yksilöllisten tarpeidensa huomioiminen **työjärjestelyin**, sillä

- > terveydenhuollon ammattilaiset saattavat kokea tunnistavansa iäkkään yksilölliset tarpeet ja pyrkivänsä heidän tarpeidensa huomioimiseen, mutta työolosuhteet voivat toimia pyrkimysten esteenä²¹. **C**

Kiinnitä huomiota iäkkään **kuulemiseen hoitovastuun siirtyessä** yksiköstä toiseen, sillä

- > sekä iäkkäät että ammattilaiset kokevat, että iäkäs saattaa jäädä ulkopuoliseksi hoidon suunnittelussa siirryttäessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon²². **C**

lääkäiden henkilöiden ja heidän läheistensä kokemusten perusteella positiivista tuetaksi tulemisen tunnetta lisää mm. se, että

- kotiin paluuta valmistellaan siten, että se on näkyvää potilaille ja läheisille
- fysioterapiassa keskitytään siihen, mitä potilaat itse haluavat ja kykenevät tekemään kotona
- sairaalassa tai kotona tehdään toimintaterapiakartoitus
- potilaille tarjotaan apuvälineitä ja -laitteita.¹⁷

lääkästä henkilöä voi pyytää kuvaamaan omia huoliaan ja käsityksiään nykyisestä toimintakyvystään ja kotiutumiseensa liittyvistä odotuksista. Niiden kuuleminen on tärkeää, vaikka niiden toteuttaminen käytännössä ei olisi mahdollista.²³

Ammattilaisen on hyvä kiinnittää huomiota omaan asenteeseensa, välttyäkseen tekemästä oletuksia esimerkiksi iäkkäiden päivittäisestä toimintakyvystä tai liikkumisesta ilman asianmukaista toimintakyvyn arviointia²³.

Ammattilaisten kokemuksen perusteella moniammatillinen tiimi on hyödyksi selvitettäessä iäkkäiden henkilöiden erilaisia hoidollisia tarpeita²¹.



IÄKÄS HOIDON KESKIÖSSÄ

lakkään yksilölliset tekijät

Huomioi kokonaisvaltaisesti iäkkään **yksilöllinen tilanne** ja **kyky selviytyä** sairaalahoidon jälkeen kotona, sillä

- > normaalista poikkeavat vitaaliarvot päivystyskäynnillä ovat todennäköisesti yhteydessä iäkkään suunnittelemttomiin uusintakäynteihin päivystyspoliklinikalla²⁴. **B**
- > iäkkään alentunut kognitiivinen toimintakyky, sydämen vajaatoiminta tai kaatumisen kotiuutuksen jälkeen saattavat olla yhteydessä suunnittelemttomiin uusintakäynteihin²⁵. **C**
- > iäkäs saattaa kokea pelkoa kotona selviytymisestäään sekä sairaalahoitoon johtaneiden oireiden uusiutumisesta¹⁹. **C**
- > iäkäs saattaa kokea uusintakäynnin johtuneen siitä, että hän oli kotiutunut huonokuntoisena ja valmistautumattomana ensimmäiseltä sairaalakäynniltään¹⁶. **C**
- > kotiutumisajankohta (vuorokauden aika) on ilmeisesti yhteydessä iäkkään kotiutumisvalmiuteen²⁶. **C**
- > kokemusasiantuntijoiden ja terveydenhuollon ammattilaisten mukaan iäkäs saatetaan kotiuttaa liian aikaisessa vaiheessa²⁰. **C**
- > päivystyspoliklinikalta kotiutuvilla iäkkäillä, erityisesti haurailta, on riski haittatapahtumille (uusintakäynnit, hoitokotiin siirtäminen, kuolema)^{27,28}. **B**
- > iäkkään itseraportoima ahdistuneisuus ja alentunut toimintakyky saattavat olla yhteydessä kaatumiseen²⁹. **C**

Iäkkäiden henkilöiden kokemusten perusteella kotiutuksen jälkeen olo saattaa tuntua turvattomalta sairaalassa saadun hyvän ja huolehtivan hoidon jälkeen. Uusintakäynnille tullaan kuitenkin vasta silloin, kun vointi koetaan niin huonoksi, ettei muita vaihtoehtoja nähdä mahdollisiksi.¹⁶

Päivystyspoliklinikalta kotiutuneille iäkkäille henkilöille kohdistetun tutkimuksen perusteella aamulla tai päivällä kotiutuminen vaikuttaisi olevan kotiutumisvalmiuden näkökulmasta parempi ajankohta kuin kotiutuminen illalla tai yöllä.²⁶

AMMATTILAISTEN ROOLI IÄKKÄÄN KOTIUTUMISESSA

Ammattilaisvastuu





AMMATTILAISTEN ROOLI IÄKKÄÄN KOTIUTUMISESSA

Organisaatioiden välinen yhteistyö

Ota vastuuta **moniammatillisen yhteistyön edistämisestä** iäkkään kotiutuessa ja toteuta sitä omassa työssäsi, sillä

- > ammattiryhmien välisen yhteistyön saatetaan kokea edistävän iäkkään sujuvaa siirtymistä sairaalan ja kodin välillä¹⁵. **C**
- > iäkäs saattaa arvostaa moniammatillista lääkehoidon ohjausta¹⁵. **C**

Huomioi ja pyri poistamaan iäkkään kotiutumiseen liittyvän **yhteistyön esteitä** terveydenhuollon ammattilaisten ja organisaatioiden väliltä, sillä

- > iäkkään kotiutuessa organisaatioiden välisessä tiedonkulussa ja kommunikaatiossa on puutteita eri toimijoiden näkökulmista^{5,22,32}. **A**
- > aika, tietotaito ja resurssit ovat ilmeisesti merkityksellisiä tekijöitä organisaatioiden välisessä yhteistyössä iäkkään kotiutuessa^{4,20–22}. **B**
- > iäkkään kotiutuessa organisaatioiden välisen yhteistyön esteenä koetaan olevan vastuun hajautuminen eri toimijoiden välille^{20,33}. **A**

Ammattilaisten kokemusten perusteella kotihoidon ammattilaiset ovat keskeisessä roolissa iäkkään henkilön voinnin ja hoidon kokonaisvaltaisessa seurannassa²⁰.

Ammattilaisten välinen yhteistyö voi toteutua esimerkiksi sairaalan, kotihoidon sekä farmaseuttien välillä¹⁵.

Tiedonkulussa ja kommunikaatiossa koetut puutteet voivat liittyä mm.:

- yhteisen toimintatavan puuttumiseen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tietojen vaihdossa
- kommunikointiin esim. dokumenttien välityksellä ilman suoria henkilöiden välisiä kontakteja
- raporttien (esim. lähetteet, epikriisit) puutteellisuuteen tai tiedonkulun hitauteen
- yhteisten tietojärjestelmien puuttumiseen
- tiedonkulkuun iäkkään henkilön ja ammattilaisten välillä.³²

Ajan ja resurssien puutteet voivat aiheuttaa ongelmia mm. tiedonkulussa, potilaiden hoidon suunnittelussa ja tilanteen arvioinnissa ja potilaan hoidon kokonaisvastuun ottamisessa. Ne voivat aiheuttaa iäkkäille myös turhia käyntejä terveydenhuollon palveluissa.²⁰

Aikaa ja resursseja allokoitaessa erityishuomiota tulisi kiinnittää niihin iäkkäisiin, joilla on erityisiä tuen tarpeita esimerkiksi sosiaaliseen tilanteeseen tai toimintakykyyn liittyen²⁰.

OHJAUS IÄKKÄÄN HENKILÖN KOTIUTUESSA

Kotiutumiseen liittyvä tieto

Varmista, että iäkkäälle annettava kotiutumiseen liittyvä tieto on **johdonmukaista** ja **oikea-aikaista**, sillä

- > iäkkäiden saamassa tiedossa ja ohjauksessa kotiutumiseen liittyen on ilmeisesti puutteita^{26,31,34,35}. **B**
- > iäkkäät saattavat kokea, että heidän kotiutumisen yhteydessä saamansa tiedon puutteellisuus olisi syy uusintakäyneihin¹⁶. **C**
- > iäkkäät kokevat, että tiedon puute aiheuttaa heille epävarmuutta kotiutumiseen liittyvissä asioissa^{15,17,18,26,31,32}. **A**

lääkäiden henkilöiden kokemusten perusteella

- lisää tietoa kaivataan mm. lääkityksestä, kunnallisista palveluista (mm. kotipalvelu, kuljetuspalvelut, kodin muutostyöt) ja niiden saavutettavuudesta, apuvälineiden käytöstä, liikkumisesta, sallituista aktiviteeteista kotona, nosterajoituksista ja toipumisesta
- huolta aiheuttavat esim. kipu, kaatumisen pelko, nukkuminen ja yksinolo sekä tietämättömyys soveltuvista aktiviteeteista tai siitä, miten pystyy huolehtimaan kodistaan.¹⁸

Yksiköissä on hyvä varmistaa, että iäkkäille henkilöille on tarjolla joku yhteydenpitokanava, jonka kautta voi esittää kotiutumisen jälkeen heräviä jatkohoitoon liittyviä kysymyksiä³⁶.

Ammattilaisen tulee huomioida, että tietoa annetaan yksilöllisesti. Yksilöllisyyden huomiointi tarkoittaa esimerkiksi kulttuurisensitiivisyyden ja yksilöllisten erityistarpeiden huomiointia – kuten tarvittaessa tulkin tai selkkokieliisyyden käyttöä.



OHJAUS IÄKKÄÄN HENKILÖN KOTIUTUESSA

Ohjauksen ymmärtäminen

- Varmista, että iäkäs on **ymmärtänyt ohjauksen**, sillä
- > iäkkään yksilölliset ominaisuudet ovat ilmeisesti yhteydessä ohjauksen ymmärtämiseen^{22,37}. **B**
 - > ohjauksen ymmärtämisessä on todennäköisesti iäkkäillä yksilöiden välistä vaihtelua^{28,38,39}. **B**
 - > terveydenhuollon ammattilaiset saattavat kokea, että iäkäs ei ole ymmärtänyt saamaansa tietoa, eikä ymmärrystä ole varmistettu²⁰. **C**

lääkäiden ja läheisten kokemusten perusteella he haluaisivat kysyä enemmän hoitoon liittyviä kysymyksiä, mutta oikeiden kysymysten muotoilu saattaa olla vaikeaa¹⁵.

Suosittelavaa on, että organisaatioissa ylläpidetään iäkkäiden henkilöiden ohjausta kehittävää keskustelukulttuuria ja tarjotaan siihen liittyvää koulutusta, joihin henkilöstö aktiivisesti osallistuu. Ohjauksen tietosisältöjen lisäksi painopisteenä on hyvä olla iäkkäiden henkilöiden ohjauksen ymmärtämistä ja muistamista edistävät ohjausmenetelmät.^{40,41}



Teach back -menetelmä⁴² on yksi tapa pyrkiä varmistamaan, että iäkäs henkilö on ymmärtänyt ohjauksen. Läkstä henkilöä voi pyytää kertomaan omin sanoin jatkohoitoon liittyvät keskeiset asiat ja siten varmistua, että molemmilla osapuolilla on yhteinen ymmärrys asiasta sekä kohdentaa ohjausta niihin yksityiskohtiin, jotka vielä ovat jääneet epäselviksi.



OHJAUS IÄKKÄÄN HENKILÖN KOTIUTUESSA

Omahoidon ohjaus

Ohjaa iäkästä sairautensa omahoidossa ja **tue omahoitoon** sitoutumisessa, sillä

- > ohjaus sekä kotiutumisen suunnittelu ja seuranta saattavat parantaa iäkkään itse arvioimaa elämänlaatua sekä sairauttaan koskevan tiedon tasoa⁴³. **C**
- > iäkästä monisairasta motivoiva, voimaannuttava, osallisuutta tukeva ja yksilöllisesti räätälöity omahoidon ohjaus ilmeisesti vähentää uusintakäyntejä sekä parantaa elämänlaatua, omahoitotaitoja ja itse arvioitua terveyttä⁴⁴. **B**
- > yksilöllinen ja voimavaroja vahvistava ohjaus saattaa parantaa iäkkään omahoitotaitoja, psyykkistä hyvinvointia ja kokemusta hoidon jatkuvuudesta⁴⁵. **C**

Varmista, että iäkäs voi osallistua häntä koskevien **toimenpiteiden toteutukseen**, sillä

- > iäkkäät kokevat, että hoitoon osallistuminen saattaa parantaa heidän omahoidon oppimistaan¹⁵. **C**

Omahoito on potilaan itsensä toteuttamaa, mutta keskeistä siinä on iäkkään henkilön ja ammattilaisen yhteistyö. Omahoito on tilannekohtaista ja näyttöön perustuvaa. Siinä korostuvat iäkkään henkilön autonomia sekä ongelmanratkaisu- ja päätöksentekokyky. Omahoidon tukemisessa ja ohjauksessa ammattihenkilö toimii iäkkään henkilön apuna hänen suunnitellessaan itselleen ja omaan elämäntilanteeseensa sopivaa hoitoa. Omahoidossa potilas ottaa vastuun omista ratkaisuksistaan ja se edellyttää potilaan omien voimavarojen, rajoitusten ja avun tarpeen tunnistamista.^{46,47}



PERHE JA LÄHEISET

Läheisten huomioiminen

Pyydä **ikäkään luvalla** hänen läheisensä mukaan kotiutumisen suunnitteluun, sillä

- > läheisten tuen koetaan antavan iäkkäälle varmuutta selviytyä itsenäisesti kotona^{15,18–20,22,31,35}. **A**
- > tiedonsaanti ja sen oikea-aikaisuus ovat merkityksellisiä läheisten valmistautuessa iäkkään kotiutumiseen^{17,20,26,35,48}. **A**
- > läheisillä koetaan olevan merkittävä rooli iäkkään hoidossa sairaalasta kotiutuessa ja sen jälkeen^{15,22,48–50}. **A**
- > läheisten huomioiminen iäkkään kotiutuessa toteutuu ilmeisesti epäjohdonmukaisesti^{15,26,30,33}. **B**
- > iäkkäällä ja hänen läheisellään voi olla erilainen käsitys läheisen osallistumisesta hoitoon^{21,35}. **B**

Tue sairaalasta kotiutuvan iäkkään läheisiä **yksilöllisesti**, sillä

- > läheisiä ilmeisesti kuormittaa heidän keskeinen roolinsa iäkkään hoidossa sairaalasta kotiutuessa ja sen jälkeen^{35,48}. **B**
- > läheisten omat tiedon ja tuen tarpeet iäkkään kotiutuessa saattavat vaihdella^{19,26}. **C**
- > läheiselle suunnattu yksilöllinen iäkkään kotiutumiseen liittyvä tuki-interventio saattaa parantaa omaisen valmiuksia toimia omaishoitajana kotiutumisen jälkeen^{51–53}. **C**

Läheisten osallistuminen iäkkäiden hoitoon edellyttää positiivista vuorovaikutusta ammattilaisten kanssa, jolloin läheiset tuntevat tullessa huomioiduksi⁴⁸.

Huomioiduksi tulemisen vastakohtana läheiset ovat kuvanneet epäonnistuneen vuorovaikutuksen (jonka syynä on ollut esim. kiire tai kontaktin välttely) aiheuttaneen läheisissä esimerkiksi pettymystä, alistuneisuutta, vihaisuutta, stressiä ja turhautumista, sekä kokemuksen näkymättömäksi muuttumisesta ja hylätyksi tulemisesta. Nämä kokemukset ovat estäneet läheisiä kysymästä mielessään olevia kysymyksiä.⁴⁸

Iäkkäiden henkilöiden kokemusten perusteella avun pyytämistä läheisiltä voidaan vältellä, koska:

- läheisiä ei haluta kuormittaa liiaksi
- riippuvaisuus läheisten avusta voi aiheuttaa turhautumista
- läheisten jatkuva apu kotona voi aiheuttaa jännitteitä perheenjäsenten välille.³¹

Iäkkäältä henkilöltä voi kysyä hänen perhesuhteistaan ja kenelle hän haluaa hoitoon liittyvistä asioistaan kerrottavan. Lisäksi on hyvä huomioda, että kaikilla iäkkäillä henkilöillä ei ole perhettä tai läheisiä. Perheettömyyden ei kuitenkaan pitäisi olla este hyvälle hoidolle tai kotiutumiselle. Palvelujärjestelmässä onkin tärkeää kiinnittää huomioita myös niihin iäkkäisiin henkilöihin, joilla ei ole läheisiä.^{31,54,55}

KUNTOUTUS JA TOIMINTAKYVYN EDISTÄMINEN

Yksilölliset
tarpeet ja
kotiutumisen
suunnittelu



- Arvioi sairaalasta kotiutumisen yhteydessä iäkkään **kotiympäristöä** ja **palveluiden tarpeita** yhteistyössä iäkkään ja hänen läheistensä kanssa sekä hyödynnä tietoa yksilöllisessä kotiutumis- ja kuntoutussuunnitelmassa, sillä
- > kotiin tuotavien palveluiden toteutumisessa saattaa olla puutteita⁵⁶. **C**
 - > iäkkään yksilöllinen kotiutumisen suunnittelu todennäköisesti vähentää uusintakäyntejä sairaalaan^{57–59}. **B**
 - > yksilöllinen ja moniammatillinen kotiutumisen suunnittelu saattaa lisätä iäkkään tyytyväisyyttä kotiutumiseen sekä parantaa itsearvioitua terveyttä⁵⁸. **C**
 - > sairaalasta kotiutuneella erityisen tuen tarpeessa olevalla iäkkäällä saattaa olla erilaisia kotona selviytymistä vaikeuttavia ongelmia ja tuen tarpeita, jotka ilmenevät vasta kotiutumisen jälkeen⁶⁰. **C**
 - > jatkuva kuntoutus yhdistettynä kotiympäristön riskiarviointiin saattaa parantaa iäkkään lonkkamurtumapotilaan fyysistä suoriutumista, päivittäisistä toiminnoista selviytymistä sekä vähentää masennusoireita⁶¹. **C**

Uusintakäyntejä vähentävien interventioiden keskeisiä elementtejä näyttäisivät olevan moniammatillisuus, kokonaisvaltaisuus sekä päätöksenteon tuki^{58,59}.

Lain mukaan kunta vastaa siitä, että iäkkäälle henkilölle laaditaan **palvelusuunnitelma** viivytyksettä palvelutarpeen selvittämisen jälkeen. Palvelusuunnitelmassa määritellään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kokonaisuus iäkkään henkilön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä hyvän hoidon turvaamiseksi. Iäkkään henkilön ja tarvittaessa hänen läheisensä tai edunvalvojansa kanssa on neuvoteltava saatavilla olevista vaihtoehdoista kokonaisuuden muodostamiseksi. Suunnitelma perustuu iäkkään henkilön toimintakykyä koskevaan arvioon. Iäkkään henkilön näkemykset vaihtoehdoista on kirjattava suunnitelmaan. Palvelusuunnitelma on tarkistettava ilman aiheetonta viivytystä aina silloin, kun iäkkään henkilön toimintakyvyssä tapahtuu hänen palvelutarpeeseensa vaikuttavia olennaisia muutoksia.⁶²



RAI (Resident Assessment Instrument) -järjestelmä on standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin työkalu, jota ammattilaiset voivat hyödyntää yhdessä iäkkään henkilön kanssa palvelutarpeen arviointiin sekä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen esimerkiksi kotihoidon asiakkailla⁶³.

KUNTOUTUS JA TOIMINTAKYVYN EDISTÄMINEN

Kotiutumisen tuki ja seuranta

Tarjoa mahdollisuuksien mukaan iäkkäille **kotikuntoutusta** sairaalasta kotiutumisen yhteydessä, sillä

- > päivittäistoimintoihin kohdistuva kotikuntoutus ilmeisesti vähentää iäkkään sairaalassaolopäiviä kotiutumista seuraavien kuuden kuukauden aikana⁶⁴. **B**
- > päivittäistoimintoihin kohdistuva intensiivinen kotikuntoutus parantaa ilmeisesti iäkkään omatoinisuutta päivittäisissä toiminnoissa⁶⁴. **B**
- > moniammatillinen varhaista kotiutumista tukeva kotikuntoutus saattaa auttaa lievästi halvaantunutta iäkästä ja hänen omaisiaan olemaan turvallisin mielin kotiutukseen liittyen, sopeutumaan arkielämään kotona sairastumisen jälkeen ja suhtautumaan toiveikkaasti tulevaisuuteen⁶⁵. **C**
- > laaja-alainen, moniammatillinen geriatrisen kuntoutuksen ja kotiutumisen tuki-interventio saattaa parantaa iäkkään fyysistä toimintakykyä ja suoriutumista päivittäisistä toiminnoista sekä vähentää kaatumisia ja masennusoireita⁶¹. **C**

Kotikuntoutus voidaan kohdentaa sairaalasta kotiutuvalle iäkkäälle henkilölle. Aikaan sidottulla ja tavoitteellisella kotikuntoutuksella pyritään parantamaan ja säilyttämään iäkkään henkilön toimintakykyä sekä elämänlaatua ja tunnetta turvallisesta asumisesta omassa kodissa mahdollisimman pitkään. Kotikuntoutuksen avulla pyritään vähentämään koti- ja laitoshoidon tarvetta ja siirtämään ympärivuorokautisen hoivan tarvetta. Kansainvälisesti kotikuntoutuksella (reablement, restorative care) voidaan tarkoittaa monia erilaisia toimintatapoja. Suomessa kotikuntoutus koostuu yleisesti alkuarvioinnista, tavoitteiden asettamisesta, kotikuntoutussuunnitelmasta ja sen toteutuksesta, loppuarvioinnista sekä jatkosuunnitelman laatimisesta.

Arvioi iäkkään tarvetta kotona toteutetulle kotiutumisen **tuelle ja seurannalle**, sillä

- > sairaanhoitajan ja lääkärin toteuttama kotiutumisen tuki ja seuranta saattavat vähentää puolen vuoden seuranta-aikana iäkkään uusintakäyntejä sairaalaan^{66,67}. **C**
- > kotiutumisen jälkeen toteutettu seurainterventio saattaa parantaa iäkkään lääkehoidon seuranta⁶⁷. **C**

Varmista, että iäkkään kotiutumisen **tuki ja ohjaus** toteutuvat moniammatillisena, sillä

- > moniammatillinen sairausspesifinen kotiutumisen tuki saattaa vähentää uusintakäyntejä ja kuolleisuutta⁶⁸. **C**
- > sairaanhoitajan yksin toteuttamalla ohjausinterventiolla ei ole vaikutusta iäkkäiden uusintakäynteihin⁶⁹⁻⁷¹. **A**
- > sairaanhoitajan yksin toteuttamalla ohjausinterventiolla ei liene vaikutusta iäkkäiden kuolleisuuteen⁷⁰. **C**

Kotikuntoutuksen kokonaisuudesta vastaa moniammatillinen tiimi, johon kuuluu kuntoutuksen ammattilaisia ja kotihoidon henkilökuntaa sekä tilanteen mukaan muita asiantuntijoita ja iäkkään läheiset. Moniammatillisessa kotikuntoutuksessa kuntoutuksen ammattilaiset tukevat iäkästä henkilöä kuntoutumisprosessissa sekä ohjaavat ja tukevat kotihoidon henkilöstöä kuntoutumista edistävissä hoitotyössä ja toimintatavoissa.^{72,73,74}

Kotiutumisen tuen olisi hyvä kestää ennalta määritellyn ajan ja olla koordinoitua, säännöllistä, moniammatillista sekä kokonaisvaltaiseen hoitosuunnitelmaan pohjautuvaa seuranta, arviointia ja laaja-alaista palveluohjausta joko etätyöskentelyn välinein ja/tai kotikäynnillä.⁶⁶

Lääkehoito



Kiinnitä huomiota sairaalasta kotiutuvan iäkkään **lääkehoidon turvallisuuteen**, sillä

> iäkkäiden lääkehoidossa tapahtuu virheitä^{5,22,75-80}. **A**

Kiinnitä erityistä huomiota sairaalasta kotiutuvan iäkkään lääkehoidon turvallisuuteen silloin, kun **käytössä on useita lääkkeitä**, sillä

> monilääkitys on ilmeisesti yhteydessä iäkkäiden lääkehoidon virheisiin^{75,81} **B** ja uusintakäynteihin^{82,83}. **B**

Hyödynnä mahdollisuuksien mukaan **farmaseutin palveluita** muistilääkitystä käyttävän iäkkään kotiutuessa sairaalasta, sillä

> lääkehoidon turvallisuuden tarkistaminen ja ohjaus farmaseutin toimesta saattavat yhdessä vähentää muistilääkitystä käyttävien iäkkäiden uusintakäyntejä⁸⁴. **C**

Ohjaa iäkästä lääkehoidossa, sillä

> iäkkäällä ei aina ole riittävästi tietoa ja valmiuksia kommunikoida lääkehoitoonsa liittyvistä asioista^{22,49,85}. **B**

> iäkäs ilmeisesti kokee lääkehoidon muutosten vaikeuttavan lääkehoidon toteutusta^{35,49,50,78}. **B**



Hotus-hoitosuosituksessa tarkastellaan lääkehoitoa osana iäkkäiden henkilöiden kotiutumista sairaalasta. Suomalaisten terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön on kehitetty esimerkiksi Lääke 75+ tietokanta tukemaan iäkkäiden henkilöiden lääkehoitoa koskevaa kliinistä päätöksentekoa ja parantamaan lääkitysturvallisuutta perusterveydenhuollossa.⁸⁶

Useita lääkkeitä käyttävät iäkkäät henkilöt ovat kuvanneet, että heidän haluaan luopua oman lääkehoitonsa hallinnasta lisäävät esimerkiksi:

- luottamus lääkäriin jopa siinä määrin, ettei ole merkitystä sillä, ymmärtääkö henkilö itse hänelle tehtyjä lääkemuutoksia
- haluttomuus kyseenalaistaa hoitohenkilökunnan lääkehoitoon liittyviä päätöksiä (mm. lääkkeenoton ajankohta).⁴⁹



Ravitsemus

- Kiinnitä huomiota erityisesti **aliravitsemusriskissä** olevan iäkkään ravitsemustilaan ja hyödynnä mahdollisuuksien mukaan ravitsemusterapeutin erityisosaamista, sillä
- > yksilöllinen ja motivoiva ravitsemusterapeutin toteuttama ravitsemukseen liittyvä ohjaus ja seuranta saattavat vähentää aliravittujen tai aliravitsemusriskissä olevien yksin asuvien iäkkäiden päivystyksellisiä uusintakäyntejä sairaalaan 30 ja 90 päivän kuluttua kotiutumisesta⁸⁷. 
 - > ravitsemusterapeutin toteuttama yksilölliseen ravitsemussuunnitelmaan perustuva ohjaus yhdistettynä seurantakäynteihin lääkrillä saattaa parantaa aliravitsemusriskissä olevan iäkkään toimintakykyä ja ravitsemustilaa sekä vähentää ateriapalvelun tarvetta sairaalasta kotiutumisen jälkeen⁸⁸. 

Hotus-hoitosuosituksessa tarkastellaan ravitsemusta osana iäkkäiden henkilöiden turvallista kotiutumista sairaalasta. Tarkemmin iäkkäiden henkilöiden ravitsemusta edistäviin ja tukeviin tekijöihin voi tutustua esimerkiksi Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen⁸⁹ Vireyttä seniorivuosiin – ikääntyneiden ruokasuosituksen avulla.



Suosituksen käyttöönotto

Hoitosuosituksen sisällöt on kirjattu siten, että niitä on mahdollista toteuttaa sekä sairaalassa että kotihoidossa siitä näkökulmasta ja sellaisin resurssein, joita suosituksen kohderyhmänä olevilla ammattilaisilla on käytössään. Suositukset moniammatillisesta yhteistyöstä perustuvat oletukseen, että eri toimijoiden välillä on olemassa olevia yhteistyöverkostoja. Mikäli tässä yhteistyössä on puutteita, verkostojen luominen on ensisijainen tehtävä turvallisen kotiutumisen edellyttämiseksi sairaalan ja kodin rajapinnalla. Eri puolilla Suomea erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapinnan toimintatavat on järjestetty eri tavoin. Hoitosuosituksen käyttöönottoa voidaan soveltaa paikallisesti kyseisiin toimintatapoihin sekä kriittisesti arvioida mahdollisia kehittämistarpeita.

Organisaatioiden johtajilla eri tasoilla on keskeinen rooli tämän hoitosuosituksen sisältöjen käyttöönotossa ja tarvittavien uusien toimintatapojen jalkauttamisessa näyttöön perustuvan toiminnan periaatteiden mukaisesti^{90,91}.


1. Jaako N. 2013. Monet syrjäseutujen vanhuksat asuvat vielä puutteellisesti. Tilastokeskuksen Hyvinvointikatsaus 4/2012. http://www.stat.fi/artikkelit/2012/art_2012-12-10_006.html?s=0
2. THL. 2018. Kotona asumisen ratkaisuja. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/kotona-asumisen-ratkaisuja>
3. Tilastokeskus. 2018. Väestö iän (5v.) ja sukupuolen mukaan. Tilastokeskuksen PX-Web-tietokannat. http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__vrm__vaerak/statfin_vaerak_px_t_002.px/?rxid=afb66762-d613-4448-98fb-f2a0ee25eba4
4. Mabire C, Dwyer A, Garnier A, Pellet J. 2017. Meta-analysis of the effectiveness of nursing discharge planning interventions for older inpatients discharged home. *Journal of Advanced Nursing* 74(4), 788–799.
5. Mesteig M, Helbostad JL, Sletvold O, Rosstad T, Saltvedt I. 2010. Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: A prospective observational study. *BMC Health Services Research* 10:1. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-1>
6. Watkins L, Hall C, Kring D. 2012. Hospital to home: A transition program for frail older adults. *Professional Case Management* 17(3), 117–123.
7. Santos-Eggimann B, Karmaniola K, Seematter-Bagnoud L, Spagnoli J, Büla C, Cornuz J, Rodondi N, Vollenweider P, Waeber G, Pécouard A. 2008. The Lausanne cohort Lc65+: a population-based prospective study of the manifestations, determinants and outcomes of frailty. *BMC Geriatrics* (8)20, 1–10. doi:10.1186/1471-2318-8-20
8. Gill T, Gahbauer EA, Han L, Allore HG. 2011. The relationship between intervening hospitalizations and transitions between frailty states. *The Journals of Gerontology* 66A(11), 1238–1243.
9. Allen J, Ottmann G, Roberts G. 2012. Multi-professional communication for older people in transitional care: Review of the literature. *International Journal of Older People Nursing* 8(4), 253–269.
10. Comans T, Pee N, Gray L, Scuffham P. 2013. Quality of life of older frail persons receiving a post-discharge program. *Health and Quality of Life Outcomes* 11(1), 58–64.
11. Bayliss A, Ellis J, Shoup J, Zeng C, McQuillan D, Steiner J. 2015. Effect of continuity of care on hospital utilization for seniors with multiple medical conditions in an integrated health care system. *Annals of Family Medicine* 13(2), 123–129.
12. THL. 2017. Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2015. Tilastoraportti 1/2017. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134862/Tr26_17.pdf?sequence=6&isAllowed=y
13. Pearce S, Rogers-Clark C, Doolan JM. 2011. A comprehensive systematic review of age-friendly nursing interventions in the management of older people in emergency departments. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 9(20), 679–726.
14. Calder L, Arnason T, Vaillancourt C, Perry J, Stiell A, Forster A. 2015. How do emergency physicians make discharge decisions? *Emergency Medicine Journal* 32(1), 9–14.
15. Allen J, Hutchinson AM, Brown R, Livingston PM. 2018. User experience and care for older people transitioning from hospital to home: Patients' and carers' perspectives. *Health Expectations* 21(2), 518–527.
16. Dilworth S, Higgins I, Parker V. 2012. Feeling let down: An exploratory study of the experiences of older people who were readmitted to hospital following a recent discharge. *Contemporary Nurse* 42(2), 280–288.
17. Ellis-Hill C, Robison J, Wiles R, McPherson K, Hyndman D, Ashburn A. 2009. Going home to get on with life: patients and carers experiences of being discharged from hospital following a stroke. *Disability and Rehabilitation* 31(2), 61–72.
18. Rodrigue N, Laizner AM, Tze N, Sewitch M. 2017. Experiences of older adult trauma patients discharged home from a level I trauma center. *Journal of Trauma Nursing* 24(3), 182–192.
19. Slatyer S, Toye C, Popescu A, Young J, Matthews A, Hill A, Williamson DJ. 2013. Early re-presentation to hospital after discharge from an acute medical unit: perspectives of older patients, their family caregivers and health professionals. *Journal of Clinical Nursing* 22(3–4), 445–455.
20. Hansson A, Svensson A, Ahlström BH, Larsson LG, Forsman B, Alsén P. 2018. Flawed communications: Health professionals' experience of collaboration in the care of frail elderly patients. *Scandinavian Journal of Public Health* 46(7), 680–689.
21. Lennox A, Braaf S, Smit DV, Cameron P, Lowthian JA. 2018. Caring for older patients in the emergency department: Health professionals' perspectives from Australia – The Safe Elderly Emergency Discharge project. *Emergency Medicine Australasia* 31(3), 83–89.
22. Groene RO, Orrego C, Suñol R, Barach P, Groene O. 2012. "It's like two worlds apart": an analysis of vulnerable patient handover practices at discharge from hospital. *BMJ Quality and Safety* 21(1), i67–i75.
23. Holm SE. 2012. Discharge planning for the elderly in acute care: The perceptions of experienced occupational therapists. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics* 30(3), 214–228.
24. Gabayan GZ, Gould MK, Weiss RE, Derosé SF, Chiu VY, Sarkisian CA. 2017. Emergency department vital signs and outcomes after discharge. *Academic Emergency Medicine* 24(7), 846–854.

25. Sganga F, Landi F, Volpato S, Cherubini A, Ruggiero C, Corsonello A, Fabbietti P, Lattanzio F, Manes Gravina E, Bernabei R, Onder G. 2017. Predictors of rehospitalization among older adults: Results of the CRIME Study. *Geriatrics & Gerontology International* 17(10), 1588–1592.
26. 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(4), 306–311.
27. Hastings SN, Purser JL, Johnson KS, Sloane RJ, Whitson HE. 2008. Frailty predicts some but not all adverse outcomes in older adults discharged from the emergency department. *Journal of American Geriatric Society* 56(9), 1651–1657.
28. Hastings SN, Barrett A, Weinberger M, Oddone EZ, Ragsdale L, Hocker M, Schmader KE. 2011. Older patients' understanding of emergency department discharge information and its relationship with adverse outcomes. *Journal of Patient Safety* 7(1), 19–25.
29. Agmon M, Zisberg A, Tonkikh O, Sinoff G, Shadmi E. 2016. Anxiety symptoms during hospitalization of elderly are associated with increased risk of post-discharge falls. *International Psychogeriatrics* 28(6), 951–958.
30. Palonen M, Kaunonen M, Åstedt-Kurki P. 2016. Family involvement in emergency department discharge education for older people. *Journal of Clinical Nursing* 25(21–22), 3333–3344.
31. Perry MAC, Hudson S, Ardis K. 2011. "If I didn't have anybody, what would I have done?": Experiences of older adults and their discharge home after lower limb orthopaedic surgery. *Journal of Rehabilitation Medicine* 43(10), 916–922.
32. Andraesen J, Lund H, Aadahl M, Sørensen EE. 2015. The experience of daily life of acutely admitted frail elderly patients one week after discharge from the hospital. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* 10, n/a.
33. Stockwell-Smith G, Moyle W, Marshall AP, Argo A, Brown L, Howe S, Layton K, Naidoo O, Santos Y, Soleil-Moudiky-Joh E, Grealish L. 2018. Hospital discharge processes involving older adults living with dementia: An integrated literature review. *Journal of Clinical Nursing* 27(5–6), e712–e725.
34. Mudge AM, Shakhovskoy R, Karrasch A. 2013. Quality of transitions in older medical patients with frequent readmissions: opportunities for improvement. *European Journal of Internal Medicine* 24(8), 779–783.
35. Neiterman E, Wodchis WP, Bourgeault IL. 2015. Experiences of older adults in transition from hospital to community. *Canadian Journal of Aging* 34(1), 90–99.
36. Palonen M. 2016. Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja läheisten ohjaus – hypoteettisen mallin kehittäminen. Acta Universitatis Tampensis; 2231, Tampere University Press, Tampere 2016.
37. Coleman EA, Chugh A, Williams MV, Grigsby J, Glasheen JJ, McKenzie M, Min S-J. 2013. Understanding and execution of discharge instructions. *American Journal of Medical Quality* 28(5), 383–391.
38. Hastings S, Stechuchak K, Oddone E, Weinberger M, Tucker D, Knaack W, Schmader KE. 2012. Older veterans and emergency department discharge information. *BMJ Quality and Safety* 21(10), 835–842.
39. Horwitz LI, Moriarty JP, Chen C, Fogerty RL, Brewster UC, Kanade S, Ziaei B, Jeng GY, Krumholz HM. 2013. Quality of discharge practices and patient understanding at an academic
40. Friedman AJ, Cosby R, Boyko S, Hatton-Bauer J, Turnbull G. 2011. Effective Teaching Strategies and Methods of Delivery for Patient Education: A Systematic Review and Practice Guideline Recommendations. *Journal of Cancer Education* 26, 12–21.
41. Sherman JR. 2016. An initiative to improve patient education by clinical nurses. *MedSURG Nursing*, 25(5), 297–300. <https://libproxy.tuni.fi/login?url=https://www.proquest.com/docview/1827241581?accountid=14242>
42. Dinh H, Bonner A, Clark R, Ramsbotham J, Hines S. 2016. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 14(1), 210–47. doi: 10.11124/jbisrir-2016-2296
43. Abad-Corpa E, Royo-Morales T, Iniesta-Sánchez J, Carrillo-Alcaraz A, Rodríguez-Mondejar JJ, Saez-Soto ÁR, Vivo-Molina MC. 2013. Evaluation of the effectiveness of hospital discharge planning and follow-up in the primary care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing* 22(5), 669–680.
44. Chow SKY, Wong FKY. 2014. A randomized controlled trial of a nurse-led case management programme for hospital-discharged older adults with co-morbidities. *Journal of Advanced Nursing* 70(10), 2257–2271.
45. 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* 52(3), 666–676.
46. Embrey N. 2006. A concept analysis of self-management in long-term conditions. *British Journal of Neuroscience Nursing* 2, 507–513.
47. Routasalo P, Airaksinen M, Mäntyranta T, Pitkälä K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 125(21), 2351–2359

48. Hvalvik S, Reiersen IA. 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* 10(1), 1–10.
49. Bagge M, Norris P, Heydon S, Tordoff J. 2014. Older people's experiences of medicine changes on leaving hospital. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 10(5), 791–800.
50. Xiong T, Li J, Mao J, Xu J. 2014. Medication-related problems among community-dwelling older adults after recent hospital discharge in mainland China. *Nursing Research* 63(6), 439–445.
51. Shyu Y-L, Chen M-C, Chen S-T, Wang H-P, Shao J-H. 2008. A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. *Journal of Clinical Nursing* 17(18), 2497–2508.
52. Shyu YL, Kuo L, Chen M, Chen S. 2010. A clinical trial of an individualised intervention programme for family caregivers of older stroke victims in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing* 19(11), 1675–1685.
53. Toye C, Parsons R, Slatyer S, Aoun SM, Moorin R, Osseiran-Moisson R, Hill KD. 2016. Outcomes for family carers of a nurse-delivered hospital discharge intervention for older people (the Further Enabling Care at Home Program): Single blind randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 64, 32–41.
54. Tiilikainen E. 2019. Jakamattomat hetket. Yksinäisyyden kokemus ja elämänkulku. Helsinki: Gaudeamus.
55. Bhalla A, Suri V, Kaur P, Kaur S. 2014. Involvement of the family members in caring of patients in an acute care setting. *Journal of Postgraduate Medicine* 60, 382–385.
56. Auslander GK, Soskolne V, Stanger V, Ben-Shahar I, Kaplan G. 2008. Discharge planning in acute care hospitals in Israel: services planned and levels of implementation and adequacy. *Health & Social Work* 33(3), 178–188.
57. Lainscak M, Kadivec S, Kosnik M, Benedik B, Bratkovic M, Jakhel T, Marcun R, Miklosa P, Stalc B, Farkas J. 2013. Discharge coordinator intervention prevents hospitalizations in patients with COPD: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association* 14(6), 450.e1–6.
58. Dedhia P, Kravet S, Bulger J, Hinson T, Sridharan A, Kolodner K, Wright S, 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* 57(9), 1540–1546.
59. Bowles KH, Chittams J, Heil E, Topaz M, Rickard K, Bhasker M, Tanzer M, Behta M, Hanlon AL. 2015. Successful electronic implementation of discharge referral decision support has a positive impact on 30- and 60-day readmissions. *Research in Nursing & Health* 38(2), 102–114.
60. Altfeld SJ, Shier GE, Rooney M, Johnson TJ, Golden RL, Karavolos K, Avery E, Nandi V, Perry AJ. 2013. Effects of an enhanced discharge planning intervention for hospitalized older adults: A Randomized Trial. *Gerontologist* 53(3), 430–440.
61. Shyu Y-L, Liang J, Wu C-C, Su J-Y, Cheng H-S, Chou S-W, Chen M-C, Young C-T, Tseng M-Y. 2010. Two-year effects of interdisciplinary intervention for hip fracture in older Taiwanese. *Journal of the American Geriatrics Society* 58(6), 1081–1089.
62. Finlex. 2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2012/20120980>
63. THL. 2020. Tietoa RAI-järjestelmästä. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta>
64. Parsons M, Parsons J, Rouse P, Pillai A, Mathieson S, Parsons R, Smith C, Kenealy T. 2018. Supported Discharge Teams for older people in hospital acute care: a randomised controlled trial. *Age & Ageing* 47(2), 288–294.
65. Lou S, Carstensen K, Møldrup M, Shahla S, Zakharia E, Nielsen CP. 2017. Early supported discharge following mild stroke: a qualitative study of patients' and their partners' experiences of rehabilitation at home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 31(2), 302–311.
66. Ong CEC, Asinas-Tan M, Quek L-S, de Dios M, Cai X-T, Lim B-L. 2019. Effectiveness of a post-emergency department discharge multidisciplinary bundle in reducing acute hospital admissions for the elderly. *European Journal of Emergency Medicine* 26(2), 94–99.
67. Rytter L, Jakobsen HN, Ronholt F, Hammer AV, Andreasen AH, Nissen A, Kjellberg J. 2010. Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients: A randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 28(3), 146–153.
68. Shu C-C, Hsu N-C, Lin Y-F, Wang J-Y, Lin J-W, Ko W-J. 2011. Integrated postdischarge transitional care in a hospitalist system to improve discharge outcome: an experimental study. *BMC Medicine* 9(96), 1–8.
69. Goldman LE, Sarkar U, Kessel E, Guzman D, Schneidermann M, Pierluissi E, Walter B, Vittinghoff E, Critchfield J, Kushel M. 2014. Support from hospital to home for elders: a randomized trial. *Annals Internal Medicine* 161(7), 472–481.

- 70.** Biese KJ, Busby-Whitehead J, Cai J, Stearns SC, Roberts E, Mihas P, Emmett D, Zhou Q, Farmer F, Kizer JS. 2018. Telephone follow-up for older adults discharged to home from the emergency department: A pragmatic Randomized Controlled Trial. *Journal of American Geriatrics Society* 66(3), 452–458.
- 71.** Cossette S, Vadeboncoeur A, Frasure-Smith N, McCusker J, Guertin M-C. 2013. Randomized controlled trial of a nursing intervention to reduce emergency department revisits. *Canadian Journal Emergency Medicine* 15(9), 1-8.
- 72.** Cochrane A, Furlong M, McGilloway S, Molloy D, Stevenson M & Donnelly M. 2016. Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults. *Cochrane library. Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6457975/pdf/CD010825.pdf>
- 73.** Suomen fysioterapeutit. 2017. Ikääntyneiden kotikuntoutus. <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/fysioterapia/ammatin-kehittaminen/ikaantyvien-kotikuntoutus/>
- 74.** Penttinen L, Kehusmaa S, Havulinna S, Alastalo H. 2018. Kotihoitoon tarvitaan lisää kuntoutusosaamista. *Tutkimuksesta tiiviisti* 34. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki*.
- 75.** Belda-Rustarazo S, Cantero-Hinojosa J, Salmeron-García A, González-García L, Cabeza-Barrera J, Galvez J. 2015. Medication reconciliation at admission and discharge: an analysis of prevalence and associated risk factors. *International Journal of Clinical Practice* 69(11), 1268–1274.
- 76.** Kanaan AO, Donovan JL, Duchin NP, Field TS, Tjia J, Cutrona SL, Gagne SJ, Garber L, Preusse P, Harold LR, Gurwitz JH. 2013. Adverse drug events after hospital discharge in older adults: Types, severity, and involvement of beers criteria medications. *Journal of the American Geriatrics and Society* 61(11), 1894–1899.
- 77.** Mori AL, Carvalho RC, Aguiar PM, de Lima MG, Rossi MD, Carrillo JF, Dórea EL, Storpirtis S. 2017. Potentially inappropriate prescribing and associated factors in elderly patients at hospital discharge in Brazil: a cross-sectional study. *International Journal of Clinical Pharmacy* 39(2), 386–393.
- 78.** Parekh N, Stevenson JM, Schiff R, Graham Davies J, Bremner S, Van der Cammen T, Harchowal J, Rajkumar C, Ali K, the PRIME study group. 2018. Can doctors identify older patients at risk of medication harm following hospital discharge? A multicentre prospective study in the UK. *British Journal of Clinical Pharmacology* 84(10), 2344–2351.
- 79.** Parekh N, Ali K, Stevenson JM, Davies JG, Schiff R, Van der Cammen T, Harchowal J, Reffery J, Rajkumar C, the PRIME study group. 2018. Incidence and cost of medication harm in older adults following hospital discharge: a multicentre prospective study in the UK. *British Journal of Clinical Pharmacology* 84(8), 1789–1797.
- 80.** Lancaster R, Marek KD, Bub LD, Stetzer F. 2014. Medication regimens of frail older adults after discharge from home healthcare. *Home Healthcare Nurse* 32(9), 536–542.
- 81.** Bo M, Quaranta V, Fonte G, Falcone Y, Carignano G, Cappa G. 2018. Prevalence, predictors and clinical impact of potentially inappropriate prescriptions in hospital-discharged older patients: A prospective study. *Geriatrics & Gerontology International* 18(4), 561–568.
- 82.** Fabbietti P, Di Stefano G, Moresi R, Cassetta L, Di Rosa M, Fimognari F, Bambara V, Ruotolo G, Castagna A, Ruberto C, Lattanzio F, Corsonello A. 2018. Impact of potentially inappropriate medications and polypharmacy on 3-month readmission among older patients discharged from acute care hospital: a prospective study. *Aging Clinical and Experimental Research* 30(8), 977–984.
- 83.** Sganga F, Landi F, Ruggiero C, Corsonello A, Vetrano DL, Lattanzio F, Cherubini A, Bernabei R, Onder G. 2015. Polypharmacy and health outcomes among older adults discharged from hospital: Results from the CRIME study. *Geriatrics & Gerontology International* 15(2), 141–146.
- 84.** Paquin AM, Salow M, Rudolph JL. 2015. Pharmacist calls to older adults with cognitive difficulties after discharge in a tertiary veterans administration medical center: A quality improvement program. *Journal of the American Geriatrics Society* 63(3), 571–577
- 85.** Mitchell B, Chong C, Lim WK. 2016. Medication adherence 1 month after hospital discharge in medical inpatients. *Internal Medicine Journal* 46(2), 185–192
- 86.** Fimea. Lääke 75+. https://www.fimea.fi/laakehaut_ja_luettelot/laake75-
- 87.** Lindegaard Pedersen J, Pedersen PU, Damsgaard EM. 2017. Nutritional follow-up after discharge prevents readmission to hospital - A Randomized Clinical Trial. *The Journal of Nutrition, Health & Aging* 21(1), 75–82
- 88.** Beck AM, Kjaer S, Hansen BS, Storm RL, Thal-Jantzen K, Bitz C. 2013. Follow-up home visits with registered dietitians have a positive effect on the functional and nutritional status of geriatric medical patients after discharge: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 27(6), 483–493.
- 89.** THL. 2020. Vireyttä seniorivuosiin: ikääntyneiden ruokasuositus. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139415/THL_OHJ_4_2020_Vireytt%c3%a4%20seniorivuosiin_verkko.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- 90.** Finlex. 1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- 91.** Gallagher-Ford L, Connor L. 2020. Transforming healthcare to evidence-based healthcare. *JONA: The Journal of Nursing Administration* 50(5), 248–250.



 Hotus

Kaikilla potilailla on oikeus saada **vaikuttavaa, turvallista** ja **laadukasta** hoitoa – siitä vastaa jokainen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen!