



**lääkkään turvallinen kotiutuminen
sairaalasta
Hotus-hoitosuositus**

TYÖRYHMÄN KOKOONPANO JA SIDONNAISUUDET

Puheenjohtaja

MIRA, PALONEN, sh (AMK), TtT, yliopisto-opettaja, yhteiskuntatieteiden tiedekunta, terveystieteet, hoitotiede, Tampereen yliopisto

Jäsenet

KIRSI KARINIEMI, th, TtK, kotihoidon tiimien vastaava, Oulun kaupunki

PÄIVI PELTOLA, sh (AMK), Sydänsairaala, Tays

HANNA-MARI PESONEN, sh, TtT, yliopettaja, Centria-ammattikorkeakoulu

ANJA RANTANEN, sh, TtT, dosentti, yliopisto-opettaja, yhteiskuntatieteiden tiedekunta, terveystieteet, Tampereen yliopisto

HEIDI SIIRA, ft (AMK), TtM, TtT-opiskelija, yliopisto-opettaja, Hoitotieteen ja terveystieteiden tutkimusyksikkö, Oulun yliopisto

Asiantuntijat

OUTI JOLANKI, FT, dosentti, Ikääntymisen ja hoivan tutkimuksen huippuyksikkö (CoE AgeCa-re), Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, terveystieteet, Tampereen yliopisto & Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos, Jyväskylän yliopisto

ANNA SAARINEN, fysioterapeutti (AMK), Turun kaupunki, (lääkinnällinen kuntoutus, Kaskenlinnan kuntoutuskeskus)

MINNA STOLT, jalkaterapeutti (AMK), TtT, dosentti, yliopistonlehtori, Hoitotieteen laitos, Turun yliopisto

SIDONNAISUUDET:

Suositusryhmän jäsenillä ei ole suositusaiheeseen liittyviä sidonnaisuuksia, joista he hyötyisivät taloudellisesti tai jotka vaikuttaisivat suosituksen luotettavuuteen.

ISSN 2489-5024

Sisällys

TYÖRYHMÄN KOKOONPANO JA SIDONNAISUUDET	2
Johdanto	5
Suosituksen tavoite ja keskeiset käsitteet	6
Suosituksen tavoite.....	6
Kohderyhmät	6
Keskeiset käsitteet.....	7
Menetelmät	8
Tiedonhaku.....	8
Tiedonlähteiden valinta	8
Näytönasteen arviointi	9
Suosituslauseet	11
1. Iäkäs hoidon keskiössä	11
1.1. Iäkkään kuuleminen.....	11
1.2. Iäkkään yksilölliset tekijät.....	12
2. Ammattilaisten rooli iäkkään kotiutumisessa.....	13
2.1. Ammattilaisvastuu	13
2.2. Organisaatioiden välinen yhteistyö.....	14
3. Ohjaus iäkkään henkilön kotiutuessa	15
3.1 Kotiutumiseen liittyvä tieto.....	15
3.2 Ohjauksen ymmärtäminen	15
3.3 Omahoidon ohjaus	16
4 Perhe ja läheiset	16
4.1 Läheisten huomioiminen.....	16
5 Kuntoutus ja toimintakyvyn edistäminen.....	17
5.1 Yksilölliset tarpeet ja kotiutumisen suunnittelu.....	17
5.2 Kotiutumisen tuki ja seuranta.....	18
6 Lääkehoito	19
7 Ravitseminen	20
Suosituksen käyttöönotto	20

Suosituksen päivittäminen	21
Jatkotutkimusaiheet	21
Lähteet	22

Johdanto

Suomessa oli 65 vuotta täyttäneitä vuonna 2017 noin 1,2 miljoonaa. Heistä 75 vuotta täyttäneitä oli hie- man yli 500 000, joista lähes 200 000 henkilöä asui yksin. Puolisonsa kanssa asuvista iäkkäistä reilu kolmannes auttoi toimintakyvyltään heikentynyttä puolisoaan. Tilastojen valossa yksi yleisimmistä toi- mintakykyä heikentävistä tekijöistä kotona asuvilla iäkkäillä henkilöillä on muistisairaus, jota sairastaa arviolta 190 000 henkilöä Suomessa, ja valtaosa heistä on yli 80-vuotiaita¹. Monet kotona asuvat iäkkäät henkilöt tarvitsevat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita säilyttääkseen itsenäisyytensä sekä huoleh- tiakseen omasta ja mahdollisesti puolisonsa terveydestä²⁻⁴.

län myötä lisääntyvät erilaiset sairaudet, joiden vuoksi iäkkäät henkilöt voivat tarvita välillä sairaalahoitoa. Hoitoajat sairaalassa ovat lyhentyneet ja potilaat siirtyvät kotihoitoon entistä varhaisemmassa vai- heessa⁵. Suomessa akuuttisairaanhoidon sairaalapaikkojen määrä on vähentynyt lähes 40 % tällä vuo- situhannella ja luku on nykyisellään yksi EU:n alhaisimmista⁶. Tavoitteena on, että sairaalahoidon jälkeen iäkkäät henkilöt voisivat selviytyä kotonaan mahdollisimman itsenäisesti kotiin tarjottavien palveluiden avulla³.

Silloin, kun turvallisen kotiutumisen suunnitteluun on aikaisempaa vähemmän aikaa, lisääntyvät myös ei-toivottujen tapahtumien riskit kotiutumisen jälkeen. Riskiä lisäävät esimerkiksi potilaalle aloitettu, hä- nelle soveltumaton lääkitys tai puutteelliset jatkohoito-ohjeet^{7,8}. Jo sairaalahoito itsessään on merkittävä riski iäkkään henkilön toimintakyvyn alenemiselle⁹ ja liikkumattomuus sairaalahoidon aikana heikentää toimintakykyä entisestään¹⁰. Toimintakyvyn ylläpitäminen kotihoitoon siirryttäessä on merkittävin tekijä turvattaessa arkipäivän toiminnoista selviämistä ja ehkäistäessä kotona tapahtuvia kaatumisia.

Aina kotiutuminen ei kuitenkaan tapahdu onnistuneesti, vaan osa iäkkäistä palaa uudelleen sairaalahoit- toon jo pian kotiutumisensa jälkeen (ns. pyöröovi-ilmiö). Iäkkäiden henkilöiden pyöröovi-ilmiön takana voi olla useita syitä, kuten iäkkään henkilön epävarmuus tai pelko kotona selviytymisestä, geriatrisen osaamisen puute kotihoidossa ja sairaalassa, puutteet palvelujärjestelmässä ja iäkkäille tarkoitetuissa palveluissa.¹¹⁻¹³ Riittämätön kotiutumisen suunnittelu on myös yhteydessä iäkkään uusintakäynteihin sairaalassa¹⁴. Siksi kotiutumisen suunnittelu ja valmistelu tulee tehdä huolellisesti hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi sairaalahoidon jälkeen^{15,16}.

Myös hoitoketjujen saumattomuuteen tulee kiinnittää huomiota, sillä esimerkiksi kotihoidon palveluiden kehittäminen vähentäisi kustannuksiltaan kalliiden erikoissairaanhoidon palveluiden tarvetta¹⁷. Toistuvat hoitoon liittyvät siirtymiset kodin ja sairaalan välillä eivät ole toivottavia myöskään siitä syystä, että ne lisäävät iäkkäiden sosiaalisia ja terveyteen liittyviä riskejä (mm. kuolleisuutta)¹⁸⁻²⁰.

Tehokkaita kotiutumisen suunnitteluun ja valmisteluun liittyviä menetelmiä on tutkittu, mutta iäkkäiden osalta niistä on edelleen vähän tutkimustietoa⁵. Aiempien tutkimusten perusteella tiedetään, että parhaaseen tulokseen iäkkäiden kotiutumisen suunnittelussa päästään silloin, kun heidän kotiolonsa on huomi- oitu, terveydenhuollon tukipalveluita on tarjolla myös kotiin^{21,22} ja iäkkäiden läheiset otetaan mukaan kotiutumisen suunnitteluun sekä kotiutumiseen liittyvään ohjaukseen²¹. Tutkimuksissa on kuitenkin todettu puutteita edellä mainittuihin osa-alueisiin liittyen^{21,23} ja kotiutumisen suunnittelussa muutokset ovat olleet melko vähäisiä²¹. Kotiutumisen suunnittelu näyttäisi perustuvan lähinnä olemassa oleviin toimintatapoi- hin ja kliiniseen kokemukseen, ei niinkään tutkimusnäyttöön^{24,25}. Siksi tämän hoitosuosituksen avulla on

tarkoitus koota olemassa oleva tutkimusnäyttö iäkkään henkilön turvallisen kotiutumisen turvaamiseksi sairaalahoidon jälkeen.

Iäkkäiden henkilöiden kotiutumiseen liittyviä hoitosuosituksia hoitotyön näkökulmasta ei tiettävästi ole laadittu kansallisella tai kansainvälisellä tasolla. Iso-Britanniassa lääkärit ovat laatineet ohjeet sairaalasta kotiutumisen suunnittelulle. Ohjeet perustuvat järjestelmälliseen katsaukseen, jossa tarkasteltiin varhaisen kotiutumisen ja kotiutumisen suunnittelun välistä yhteyttä. Suosituksessa kohderyhmänä on koko aikuisväestö, joten ohjeet eivät kohdistu suoranaisesti iäkkäiden henkilöiden turvallisessa kotiutumisessa huomioitaviin kysymyksiin.²⁶ Kansallisella tasolla on julkaistu hoitosuositus kaatumisen riskitekijöiden tunnistamisesta²⁷, jota voidaan hyödyntää myös iäkkään henkilön turvallisen kotiutumisen suunnittelussa.

Vuonna 2020 on julkaistu kaksi iäkkäisiin kohdistuvaa suositusta, joissa kohderyhmät ja tavoitteet ovat kuitenkin erilaiset kuin tällä hoitosuosituksella. Ensimmäinen suositus on päivitys laatusuositukseen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–23. Suositus on kohdennettu ensisijaisesti väestön ikääntymiseen varautumiseen, ja iäkkäiden palvelujen kehittämisen, arvioinnin ja toimeenpanon tueksi kuntien ja yhteistoiminta-alueiden päättäjille ja johdolle, sekä valvonnan tueksi.²⁸ Toinen suositus on kohdennettu iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaamiseen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. Suosituksen tarkoituksena on yhdenmukaistaa iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeiden selvittämisen käytäntöjä suosittamalla kansallisesti yhtenäisiä luotettavia mittareita toimintakyvyn arviointiin.²⁹

Lisäksi paikallisesti on kehitetty kokemusnäyttöön perustuvia toimintamalleja, kuten työkalupakki ikääntyneiden kotiutumiseen. Toimintamalli on tarkoitettu arjen apuvälineeksi iäkkäiden henkilöiden hoidon, kuntoutuksen ja kotiutuksen parissa työskenteleville sosiaali- ja terveysalan työntekijöille.³⁰

Suosituksen tavoite ja keskeiset käsitteet

Suosituksen tavoite

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

Kohderyhmät

Tämä hoitosuositus 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. Hoitosuositus on kohdennettu terveydenhuoltoon, eikä suosituksessa ole tarkasteltu sosiaalihuollon palveluita.

Keskeiset käsitteet

Iäkäs henkilö

Iäkkään henkilön määrittely ei ole yksiselitteistä ja määritelmään vaikuttavat kronologisen iän lisäksi henkilön fyysinen ja psyykinen toimintakyky. Esimerkiksi Maailman terveysjärjestö (World Health Organization, WHO) käyttää tilastoissaan iäkkään henkilön iän määritelmässä alaikärajana 60 vuoden ikää, mikä johtuu muun muassa joidenkin maiden alhaisesta elinajanodotteesta.^{31,32} Kansainvälisessä ikääntyneitä koskevassa tutkimuskirjallisuudessa kronologista ikää koskevat sisäänottokriteerit ovat vieläkin alhaisempia, jopa 55 vuotta. Suomessa kronologiseen ikään perustuva määritelmä on usein kansainvälistä kriteeristöä korkeampi, sillä se perustuu esimerkiksi eläkeikään tai toimintakyvyn arvioon. Suomessa eläkeikä alkaa, kun henkilö täyttää 63–68 vuotta, ja eläköitymisikä nousee elinajanodotteen mukaan³³.

Tässä hoitosuosituksessa iäkkäällä henkilöllä tarkoitetaan 65 vuotta täyttänyttä henkilöä, mikä perustuu kansainvälisen tutkimuskirjallisuuden kriteereiden lisäksi Suomen lainsäädäntöön ja virallisiin tilastoihin, joissa ikääntyneillä tarkoitetaan 65 vuotta täyttänyttä, vanhuuseläkkeeseen oikeutettua väestönosaa. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista³⁴ (980/2012) ei anna iäkkäälle henkilölle kronologista ikämäärettä, mutta luonnehtii tämän henkilöksi, jonka ”fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi tai korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta”. Hoitosuosituksen suosituslauseissa käytämme luettavuuden parantamiseksi lyhyempää käsitettä *iäkäs*.

Turvallinen kotiutuminen

Iäkkäät henkilöt otetaan osastohoitoon useammin kuin nuoremmat ja heidän hoitonsa saattaa pitkittyä sairaalassa esimerkiksi monisairastavuuden tai muiden kompleksisten ongelmien vuoksi³⁵. Tämä voi olla iäkkäille henkilöille eduksi, sillä voidakseen kotiutua turvallisesti, he tarvitsevat aikaa ja mahdollisuuksia valmistautua kotiutumiseen³⁶. Pääsääntöisesti sairaalasta kotiutuminen on turvallista. Niissä kotiutumistilanteissa, joissa iäkkään turvallisuus vaarantuu, taustalla on usein päätöksiä, jotka olisivat vältettävissä yhtenäisiä toimintatapoja ja ohjeistuksia noudattamalla.²⁵ Suunnitelmallisuus ei tarkoita toimintaa, jossa jokaisen henkilön kotiutuminen toteutuu samalla tavalla. Pääpaino tulee aina olla yksilöllisissä tavoitteissa^{37,38} sillä rutiinomaiset toimintamallit eivät toimi halutulla tavalla esimerkiksi ennakoimattomien uusintakäyntien vähentämiseksi³⁹.

Iäkkään henkilön kotiutuessa yksi merkittävä tekijä muiden kriteereiden ohella on hänen kotiutumisvalmiutensa. Iäkkäällä tulee fyysisen toimintakyvyn lisäksi olla kyky ja luottamus huolehtia itsestään kotona. Jokapäiväisistä asioista selviytyminen kotiutumisen jälkeen edellyttää riittävää ohjausta ja tietoa.⁴⁰ Turvallisen kotiutumisen varmistamiseksi on keskeistä tunnistaa ikääntymisen mukanaan tuomat rajoitteet, kuten heikentyneet aisti- ja muistitoiminnot⁴¹, joiden vuoksi iäkkäät henkilöt eivät välttämättä aina ymmärrä saamiaan jatkohoito-ohjeita oikein⁴². Turvallisella kotiutumisella tarkoitetaan tässä suosituksessa iäkkään henkilön kotiutumista sairaalasta siten, että se on sekä iäkkään, hänen läheistensä, että organisaation näkökulmasta onnistunut prosessi, joka ei vaaranna iäkkään terveyttä ja turvaa hoidon jatkuvuuden myös kotona. Suosituslauseita voidaan soveltaa sekä lyhyisiin, päivystystyyppisiin käynteihin että pidempiin hoitojaksoihin sairaalassa.

Kotiutumisen suunnittelu

Kotiutumisen suunnittelun tarkoituksena on parantaa potilastyytyväisyyttä, varmistaa kotiutumisen jälkeisten palveluiden sujuvuus, hallita terveydenhuollon kustannuksia sekä vähentää ennakoimattomia

uusintakäyntejä³⁸. Tässä suosituksessa tarkastellaan iäkkään henkilön kotiutumista sairaalasta, jolloin edellä mainittujen lisäksi kotiutumisen suunnittelulla tarkoitetaan prosessia, joka ottaa huomioon potilaan omahoidon, potilaslähtöisyyden⁴³ ja jatkoseurannan^{43,44}. Kotiutumisessa tulee huomioida myös mahdolliset riskitekijät, jotka voivat heikentää iäkkään terveydentilaa sairaalasta kotiutumisen jälkeen^{43,44}. Kotiutumisprosessissa sairaanhoitaja vastaa suunnitelman tekemisestä moniammatillisessa työryhmässä ja suunnitelma laaditaan yhdessä iäkkään ja hänen läheistensä kanssa. Suunnitelman laadinnan perustana on kotiutumista edeltävä arviointi sairaalassa ja tavoitteena suunnitelma jatkohoidon seurannasta sekä toimenpiteistä. Kotiutumissuunnitelman käytännön toteutuksen tulee sisältää toimivan viestinnän kaikkien iäkkään hoitoon osallistuvien kesken sekä sairaalassa että kotona.

Menetelmät

Tiedonhaku

Tiedonhauissa käytetyt tietokannat ja hakusanat on kuvattu liitteessä 1. Hakustrategia suunniteltiin yhdessä kirjaston informaatikon kanssa ja se toteutettiin seuraavista tietokannoista: CINAHL, ProQuest, Medline, Medic, PsycInfo, Cochrane Library sekä Joanna Briggs Institute (JBI) EPB database. Tiedonhaut tehtiin asiasanahakuina vuosirajauksella 2008–2018, vapaasanahauilla täydennettynä vuosilta 2014–2018. Hoitosuosituksessa käytetyt tutkimukset, joiden julkaisuvuosi on 2019, on otettu mukaan ahead of print -versioina vuosilta 2017 ja 2018.

Tiedonhaut tallennettiin eri tietokantoihin luoduille tileille ja siirrettiin Refworks-viitteidenhallintaohjelmaan. Hakutulokset käytiin ensin läpi otsikkotasolla. Seuraavaksi artikkelit luettiin tiivistelmätasolla, jonka jälkeen valitut artikkelit luettiin kokonaisuudessaan. Valinnoissa käytettiin etukäteen päätettyjä mukaanotto- ja poissulkukriteerejä.

Tiedonlähteiden valinta

Mukaanottokriteerit olivat:

- vertaisarvioidut tieteelliset julkaisut tai väitöskirjat
- suomen, englannin tai ruotsin kieli
- tutkittavien henkilöiden ikä 65 vuotta tai yli
- sairaalasta kotiutuminen
- iäkkääseen henkilöön ja perheeseen liittyvät tekijät
- kotiutumiseen liittyvät tekijät.

Poissulkukriteerit olivat:

- ravitsemustieteelliset julkaisut
- hoitolaitoksesta toiseen siirtyminen
- kotiutuminen muista terveydenhuollon organisaatioista kuin sairaalasta
- kotiutuminen kotisairaalaan.

Tiedonlähteiden valinta toteutettiin kahden tutkijan toimesta tutkimuskysymysten mukaisesti siten, että kaikissa tutkimuskysymyksissä valinnat tekivät ensin molemmat tutkijat itsenäisesti otsikko-, abstrakti ja kokotekstitasolla. Mukaanottokriteereiden perusteella mukaan valituille artikkeleille tehtiin laadunarviointi

JBI:n kriittisen arvioinnin kriteeristöjen mukaisesti⁴⁵. Ennen laadunarviointia suositustyöryhmä päätti yhdessä minimipistemäärät mukaan hyväksyttävälle tutkimuksille ja arviointikriteeristöissä painotettavat kriteerit. Hyväksymisrajana käytettiin 50 prosentin toteutumaa. Laadunarvioinnin tuloksen sanallisessa kuvauksessa hyödynnettiin seuraavia raja-arvoja: Kelvollinen 50–64 %, hyvä 65–85 %, tasokas 86–100 %. Järjestelmällisissä katsauksissa hyväksymiskriteerinä käytettiin lisäksi sitä, että kaksi tutkijaa oli itsenäisesti arvioinut katsaukseen valittujen alkuperäistutkimusten laadun. Laadunarvioinnin arviointilomakkeet tallennettiin kunkin artikkelin ja arvioijan osalta erilliseen tiedostoon.

Laadunarvioinnin perusteella tehtyä kokotekstien valintaa verrattiin tutkijaparin kanssa. Mahdolliset erimielisyydet ratkaistiin perustuen JBI-kriteeristöistä etukäteen painotettuihin kohtiin. Suositustyöryhmä kokoontui tekemään lopulliset valinnat tutkijaparien alustavien valintojen perusteella. Aineisto analysoitiin uuttaen artikkeleista tutkimuskysymysten mukaisia tuloksia tutkimustaulukoihin (Liite 2).

Näytönasteen arviointi

Hoitosuosituksen suosituslauseet perustuvat näytönastekatsauksiin (Liitteet 3–15), jotka laadittiin Hoito-työn tutkimussäätiön (Hotus) hoitosuosituksen laadinnan käsikirjan mukaisesti⁴⁶. Näytönastekatsaukset laadittiin niistä tutkimuksista, joihin suosituslauseiden näytönasteen määrittäminen perustui. Näytönastekatsauksissa kuvattiin kyseisen suosituslauseen kannalta keskeiset tulokset, tutkimuksen toteutus, laadunarvioinnin tulos, tutkimusasetelmaan perustuva näytön vahvuus sekä tutkimustulosten sovelletta- vuus suomalaiseen väestöön. Suosituslauseiden näytönasteen (Taulukko 1) määrytymiseen vaikutti se, kuinka vahvaa ja yhdenmukaista näyttöä näytönastekatsauksen tutkimukset tuottivat ottaen huomi- oon tutkimusten laadun, näytön vahvuuden (Taulukko 2) ja tutkimusten otoskoon.

Taulukko 1. Näytönasteen määrittäminen (mukaillen^{46–49})

Vahva (A)	On varsin varmaa, että vaikutus on lähellä arviota vaikutuksesta	Useita menetelmällisesti tasokkaita* tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaisia
Kohtalainen (B)	On melko varmaa, että todellinen vaikutus on lähellä arvioitua vaikutusta, mutta uudet tutkimukset saattavat vaikuttaa arvioon vaikutuksen suuruudesta ja suunnasta	Ainakin yksi menetelmällisesti tasokas* tutkimus tai useita tasokkaita* tutkimuksia, joiden tuloksissa vain vähäistä ristiriitaa, tai useita kelvollisia** tutkimuksia, joiden tulokset samansuuntaiset
Heikko (C)	Luottamus vaikutuksen arvioon on rajoitettu: uudet tutkimukset todennäköisesti vaikuttavat arvioon vaikutuksen suuruudesta ja mahdollisesti sen suunnasta	Useita tasokkaita* tutkimuksia, joiden tuloksissa merkittävää ristiriitaa, tai ainakin yksi kelvollinen** tutkimus.
Hyvin heikko (D)	Luottamusta vaikutuksen arvioon on hyvin rajoitettu: arvio vaikutuksen suunnasta ja suuruudesta on epävarma	Menetelmällisesti heikkoja tutkimuksia, laadun vähimmäisvaatimus kuitenkin täyttyy.
*Menetelmällisesti tasokas = käytetty tutkittavan aiheen suhteen parasta tutkimusasetelmaa ja tutkimus toteutettu menetelmällisesti laadukkaasti		
**Kelvollinen = menetelmällinen laatu kelvollinen ja/tai tutkimusasetelmaltaan ei tutkittavan aiheen kannalta paras mahdollinen; tutkittu väestö ja käytetty menetelmä soveltuvat perustaksi hoitosuosituksen kannanottoihin		

Taulukko 2. Näytön vahvuuden määrittäminen⁴⁶

Vaikuttavuus	
Taso 1 – Kokeelliset asetelmat	Taso 2 – Kvasikokeelliset asetelmat
1a satunnaistettujen kontrolloitujen tutkimusten (RCT) järjestelmällinen katsaus	2a kvasikokeellisten tutkimusten järjestelmällinen katsaus
1b satunnaistettujen kontrolloitujen tutkimusten (RCT) järjestelmällinen katsaus, jossa mukana muilla asetelmilla tehtyjä tutkimuksia	2b kvasikokeellisten tutkimusten järjestelmällinen katsaus, jossa mukana myös muita alemman tason tutkimusasetelmia
1c yksittäinen satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	2c kvasikokeellinen prospektiivinen kontrolloitu tutkimus
1d kokeelliset tutkimukset, joissa tutkittavat jaetaan koe- ja kontrolliryhmiin)	2d ennen-jälkeen-koeasetelma tai historiallinen, retrospektiivinen kontrolliryhmän sisältävä tutkimusasetelma – tutkimus)
Taso 3 – Havainnoivat / analyttiset asetelmat	Taso 4 – Havainnoivat / kuvailevat tutkimukset
3a vertailtavissa olevien kohorttien järjestelmällinen katsaus	4a kuvailevien tutkimusten järjestelmällinen katsaus
3b vertailtavissa olevien kohorttien järjestelmällinen katsaus, jossa mukana myös muita alemman tason tutkimusasetelmia	4b poikkileikkaustutkimus
3c kohorttitutkimus, jossa on mukana vertailuryhmä	4c tapaus-sarja
3d tapaus-kontrollitutkimus	4d tapaustutkimus
3e havainnointitutkimus ilman kontrolliryhmää	
Taso 5 – Asiantuntijoiden näkemys	
5a asiantuntijalausuntojen järjestelmällinen katsaus	
5b asiantuntijoiden yhteisymmärrys, konsensuslausuma,	
5c yksittäinen asiantuntijanäkemys	
Merkityksellisyys	
Taso 1 Laadullisten tai mixed-method-tutkimusten järjestelmällinen katsaus	
Taso 2 Laadullinen tai mixed-method-synteesi	
Taso 3 Yksittäinen laadullinen tutkimus	
Taso 4 Asiantuntijalausuntojen järjestelmällinen katsaus	
Taso 5 Yksittäinen asiantuntijanäkemys/mielipide	

Hoitosuositustyöryhmän tukena toimi asiantuntijaryhmä, joka koostui yhteensä neljästä iäkkäiden hoitamisen, hoivan tai sen tutkimuksen ammattilaisesta sekä kahdesta suosituksen kohderyhmään kuuluvasta kokemusasiantuntijasta. Asiantuntijaryhmän ammattilaisjäseniä konsultoitiiin hoitosuosituksen suunnitelmavaiheessa sekä suosituslauseita laadittaessa esimerkiksi muotoiltaessa suosituslauseita. Asiantuntijaryhmän geriatri kommentoi hoitosuosituksen suunnitelmaa, mutta ei halunnut nimeään julkaistavaksi. Asiantuntijaryhmän kokemusasiantuntijoita kuultiin suosituslauseita muotoiltaessa asiakas- ja läheisnäkökulmasta. Kokemusasiantuntijat eivät halunneet nimiään julkaistavaksi hoitosuosituksen yhteydessä. Hoitosuosituksen sisältö viimeisteltiin ulkoisella lausuntokierroksella saatujen lausuntojen perusteella.

Suosituslauseet

Tässä hoitosuosituksessa iäkkäillä tarkoitetaan sairaalasta kotiutuvia iäkkäitä henkilöitä.

1. Iäkäs hoidon keskiössä

1.1. Iäkkään 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 merkityksellistä⁵⁰⁻⁵². (B)**
 - Iäkkään ja hänen läheistensä kokemusten perusteella positiivista tuetaksi tulemisen tunnetta lisää muun muassa se, että:
 - kotiin paluuta valmistellaan siten, että se on näkyvää iäkkäälle ja läheisille
 - fysioterapiassa keskitytään siihen, mitä iäkäs itse haluaa kyetä tekemään kotona
 - sairaalassa tai kotona tehdään toimintaterapiakartoitus
 - iäkkäälle tarjotaan apuvälineitä ja -laitteita
 - sairaalassa rakennettua yhteyttä ylläpidetään heti kotiutumisen jälkeen tarjottavilla seurantalpalveluilla.⁵²
- **iäkkään kuuleminen sairaalasta kotiutumisen yhteydessä saattaa tukea hänen itsenäisyyttään⁵⁰. (C)**
 - Iäkäs voi pyytää kuvamaan omia huoliaan ja käsityksiään nykyisestä toimintakyvystään ja kotiutumiseen liittyvistä odotuksistaan. Niiden kuuleminen on tärkeää, vaikka ne eivät olisi toteutettavissa käytännössä.⁵³
- **iäkkään jättäminen sairaalasta kotiutumista koskevien keskustelujen ulkopuolelle saattaa johtaa kokemukseen siitä, että hoidon kannalta tärkeitä tietoja jää huomioidamatta⁵⁰. (C)**
 - Ammattilaisena on hyvä kiinnittää huomiota omaan asenteeseensa, ettei tee olettamuksia esimerkiksi iäkkään päivittäisestä toimintakyvystä tai liikkumisesta ilman asianmukaista toimintakyvyn arviointia.⁵³
- **iäkkään yksilölliset ominaisuudet ovat ilmeisesti merkityksellisiä suhteessa kotiutumiseen sekä kotona selviytymiseen⁵⁴⁻⁵⁶. (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 esteenä⁵⁷. (C)**
 - Ammattilaisten kokemusten perusteella moniammatillinen tiimi on hyödyksi selvitetessä iäkkään erilaisia hoidollisia tarpeita⁵⁷.

Kiinnitä huomiota iäkkään kuulemiseen hoitovastuun siirtyessä yksiköstä toiseen, sillä

- **sekä iäkkäät että ammattilaiset kokevat, että iäkäs saattaa jäädä ulkopuoliseksi hoidon suunnittelussa siirryttäessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon⁵⁸. (C)**

1.2. Iäkkään yksilölliset tekijät

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

- **normaalista poikkeavat vitaaliarvot päivystyskäynnillä ovat todennäköisesti yhteydessä iäkkään suunnittelemaan uusintakäynteihin päivystyspoliklinikalla⁵⁹. (B)**
- **iäkkään alentunut kognitiivinen toimintakyky, sydämen vajaatoiminta tai kaatumisen kotiutumisen jälkeen saattavat olla yhteydessä suunnittelemaan uusintakäynteihin⁶⁰. (C)**
- **iäkäs saattaa kokea pelkoa kotona selviytymisestään sekä sairaalahoitoon johtaneiden oireiden uusiutumisesta⁵⁵. (C)**
- **iäkäs saattaa kokea uusintakäynnin johtuneen siitä, että hän oli kotiutunut huonokuntoisena ja valmistautumattomana ensimmäiseltä sairaalakäynniltään⁵¹ (C)**
 - Iäkkäiden kokemusten perusteella kotiutumisen jälkeen olo saattaa tuntua turvattomalta ja jopa petetyltä sairaalassa saadun hyvän ja huolehtivan hoidon jälkeen. Uusintakäynnille tullaan kuitenkin vasta silloin, kun vointi koetaan niin huonoksi, ettei muita vaihtoehtoja nähdä mahdollisiksi.⁵¹
- **kotiutumisajankohta (vuorokauden aika) on ilmeisesti yhteydessä iäkkään kotiutumisvalmiuteen⁶¹. (C)**
- **kokemusasiantuntijoiden ja terveydenhuollon ammattilaisten mukaan iäkäs saataan kotiutettua liian aikaisessa vaiheessa⁵⁶. (C)**

- päivystyspoliklinikalta kotiutuvilla iäkkäillä, erityisesti haurailta, on riski haittatapah- tumille (uusintakäynnit, hoitokotiin siirtäminen, kuolema)^{62,63}. (B)
- iäkkään itseraportoima ahdistuneisuus ja alentunut toimintakyky saattavat olla yh- teydessä kaatumiseen⁶⁴. (C)

2. Ammattilaisten rooli iäkkään kotiutumisessa

2.1. Ammattilaisvastuu

Kanna ammatillinen vastuu iäkkään kotiutumiseen liittyvissä asioissa, sillä

- iäkkäät ja läheiset ilmeisesti kokevat luottavansa kotiutuspäätöksessä terveyden- huollon ammattilaisiin^{55,65,66}. (B)
 - Itsensä ja oman ammattinimikkeensä esittely on tärkeää, sillä iäkkäiden kokemusten perusteella epäselvyys siitä, kenen kanssa asioi, saattaa johtaa tunteeseen koordinoimattomasta hoidosta ja kotiutumisesta⁵⁰.
- vastuun siirtäminen tiedonsiirrosta kokonaan iäkkäälle saattaa ammattilaisten mu- kaan vaarantaa potilasturvallisuutta⁵⁸. (C)

Organisaatiossa tulee varmistaa olosuhteet, jotka mahdollistavat iäkkään turvallisen ko- tiutumisen, sillä

- iäkäs saattaa kokea, että puutteellinen kotiutumisen suunnittelu jättää hänet haavoit- tuvaan tilanteeseen⁵¹. (C)
- niukat resurssit saattavat johtaa iäkkään uusintakäynteihin⁵⁵. (C)
 - Niukkoja resursseja voivat kuvata muun muassa seuraavat tekijät:
 - kiireinen ilmapiiri, joka ammattilaisten kokemusten perusteella hankaloittaa vuorovaiku- tusta sekä jättää iäkkäiden ja läheisten näkökulmasta ohjauksesta epämääräisen mieli- kuvan, eivätkä asiasisällöt jää mieleen
 - nopea kotiutuminen, jolloin iäkkäiden ja läheisten kokemusten perusteella jatkohoidon tarve saattaa jäädä kartoittamatta.⁵⁵
- terveydenhuollon ammattilaiset ja iäkkäät ilmeisesti kokevat, että ammattilaisilla on puutteita iäkkään kotiutumiseen liittyvässä tietotaidossa ja toiminnassa^{57,67,68}. (B)

2.2. 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 välillä⁵⁰. (C)
 - Ammattilaisten kokemusten perusteella kotihoidon ammattilaiset ovat keskeisessä roolissa iäkkään voimien ja hoidon kokonaisvaltaisessa seurannassa⁵⁶.
- iäkäs saattaa arvostaa moniammatillista lääkehoidon ohjausta⁵⁰ (C)
 - Ammattilaisten välinen yhteistyö voi toteutua esimerkiksi sairaalan, kotihoidon sekä farmaseuttien välillä⁵⁰.

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^{7,56,58,68}. (A)
 - Tiedonkulussa ja kommunikaatiossa koetut puutteet voivat liittyä muun muassa:
 - yhteisen toimintatavan puuttumiseen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tietojen vaihdossa
 - kommunikointiin esimerkiksi dokumenttien välityksellä ilman suoria henkilöiden välisiä kontakteja
 - raporttien (esim. lähetteet, epikriisit) puutteellisuuteen tai tiedonkulun hitauteen
 - yhteisten tietojärjestelmien puuttumiseen
 - tiedonkulkuun iäkkään ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä.⁶⁸
- aika, tietotaito ja resurssit ovat ilmeisesti merkityksellisiä tekijöitä organisaatioiden välisessä yhteistyössä iäkkään kotiutuessa^{56-58,69}. (B)
 - Ajan ja resurssien puutteet voivat aiheuttaa ongelmia muun muassa tiedonkulussa, potilaiden hoidon suunnittelussa ja tilanteen arvioissa, potilaan hoidon kokonaisvastuun ottamisessa sekä aiheuttaa iäkkäille turhia käyntejä terveydenhuollon palveluissa⁵⁶.
 - Aikaa ja resursseja allokoitaessa erityishuomiota tulisi kiinnittää niihin iäkkäisiin, joilla on erityisiä tuen tarpeita esimerkiksi sosiaaliseen tilanteeseen tai toimintakykyyn liittyen⁵⁶.
- iäkkään kotiutuessa organisaatioiden välisen yhteistyön esteenä koetaan olevan vastuun hajautuminen eri toimijoiden välille^{56,70}. (A)

3. Ohjaus iäkkään henkilön kotiutuessa

3.1 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^{61,66,71,72}. (B)
- iäkkäät saattavat kokea, että heidän kotiutumisen yhteydessä saamansa tiedon puutteellisuus olisi syy uusintakäynteihin⁵¹. (C)
- iäkkäät kokevat, että tiedon puute aiheuttaa heille epävarmuutta kotiutumiseen liittyvissä asioissa^{50,52,54,61,66,68}. (A)
 - Iäkkäiden henkilöiden kokemusten perusteella
 - lisää tietoa kaivataan muun muassa lääkityksestä, kunnallista palveluista (mm. kotipalvelu, kuljetuspalvelut, kodin muutostyöt) ja niiden saavutettavuudesta, apuvälineiden käytöstä, liikkumisesta, sallituista aktiviteeteista kotona, nosterajoituksista ja toipumisesta
 - huolta aiheuttavat esimerkiksi kipu, kaatumisen pelko, nukkuminen ja yksinolo sekä tietämättömyys soveltuvista aktiviteeteista tai siitä, miten pystyy huolehtimaan kodistaan.⁵⁴

3.2 Ohjauksen ymmärtäminen

Varmista, että iäkäs on ymmärtänyt ohjauksen, sillä

- iäkkään yksilölliset ominaisuudet ovat ilmeisesti yhteydessä ohjauksen ymmärtämiseen^{58,73}. (B)
- ohjauksen ymmärtämisessä on todennäköisesti iäkkäillä yksilöiden välistä vaihtelua^{63,74,75}. (B)
- terveydenhuollon ammattilaiset saattavat kokea, että iäkäs ei ole ymmärtänyt saamaansa tietoa, eikä ymmärrystä ole varmistettu⁵⁶. (C)
 - Iäkkään ja läheisten kokemusten perusteella he haluaisivat kysyä enemmän hoitoon liittyviä kysymyksiä, mutta oikeiden kysymysten muotoilu saattaa olla vaikeaa⁵⁶.

3.3 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 tasoa⁷⁶. (C)
- iäkästä monisairasta motivoiva, voimaannuttava, osallisuutta tukeva ja yksilöllisesti räätälöity omahoidon ohjaus ilmeisesti vähentää uusintakäyntejä sekä parantaa elämänlaatua, omahoitovalmiuksia ja itse arvioitua terveyttä⁷⁷. (B)
- yksilöllinen ja voimavaroja vahvistava ohjaus saattaa parantaa iäkkään omahoitovalmiuksia, psyykkistä hyvinvointia ja kokemusta hoidon jatkuvuudesta⁷⁸. (C)

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

- iäkkäät kokevat, että hoitoon osallistuminen saattaa parantaa heidän omahoidon oppimistaan⁵⁰. (C)

4 Perhe ja läheiset

4.1 Läheisten huomioiminen

Pyydä iäkkään luvalla hänen läheisensä mukaan kotiutumisen suunnitteluun, sillä

- läheisten tuen koetaan antavan iäkkäälle varmuutta selviytyä itsenäisesti kotona^{50,54–56,58,66,72}. (A)
- tiedonsaanti ja sen oikea-aikaisuus ovat merkityksellisiä läheisten valmistautuessa iäkkään kotiutumiseen^{52,56,61,72,79}. (A)
- läheisillä koetaan olevan merkittävä rooli iäkkään hoidossa sairaalasta kotiutuessa ja sen jälkeen^{50,58,79–81}. (A)
- läheisten huomioiminen iäkkään kotiutuessa toteutuu ilmeisesti epä johdonmukaisesti^{50,61,65,70}. (B)
 - Läheisten osallistuminen iäkkään hoitoon edellyttää positiivista vuorovaikutusta ammattilaisten kanssa, jolloin läheiset tuntevat tulleen huomioiduksi.
 - Läheiset ovat kuvanneet epäonnistuneen vuorovaikutuksen (jonka syynä on ollut esim. kiire tai kontaktin välttely) muun muassa:
 - aiheuttaneen läheisissä pettymystä, alistuneisuutta, vihaisuutta, stressiä, turhautumista sekä kokemuksen näkymättömäksi muuttumisesta ja hylätyiksi tulemisesta
 - estäneen läheisiä kysymästä mielessä olevia kysymyksiä.⁷⁹

➤ **iäkkäällä ja hänen läheisellään voi olla erilainen käsitys läheisen osallistumisesta hoitoon^{57,72}. (B)**

- läkkäiden 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.⁶⁶

Tue sairaalasta kotiutuvan iäkkään läheisiä yksilöllisesti, sillä

- **läheisiä ilmeisesti kuormittaa heidän keskeinen roolinsa iäkkään hoidossa sairaalasta kotiutuessa ja sen jälkeen^{72,79}. (B)**
- **läheisten omat tiedon ja tuen tarpeet iäkkään kotiutuessa saattavat vaihdella^{55,61}. (C)**
- **läheiselle suunnattu yksilöllinen iäkkään kotiutumiseen liittyvä tuki-interventio saattaa parantaa omaisen valmiuksia toimia omaishoitajana kotiutumisen jälkeen⁸²⁻⁸⁴. (C)**

5 Kuntoutus ja toimintakyvyn edistäminen

5.1 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 puutteita⁸⁵. (C)**
- **iäkkään yksilöllinen kotiutumisen suunnittelu todennäköisesti vähentää uusintakäyntejä sairaalaan⁸⁶⁻⁸⁸. (B)**
 - Uusintakäyntejä vähentävien interventioiden keskeisiä elementtejä näyttäisivät olevan:
 - moniammatillisuus
 - kokonaisvaltaisuus sekä
 - päätöksenteon tuki.^{87,88}
- **yksilöllinen ja moniammatillinen kotiutumisen suunnittelu saattaa lisätä iäkkään tyytyväisyyttä kotiutumiseen sekä parantaa itsearvioitua terveyttä⁸⁷. (C)**

- sairaalasta kotiutuneella, erityisen tuen tarpeessa olevalla iäkkäällä saattaa olla erilaisia kotona selviytymistä vaikeuttavia ongelmia ja tuen tarpeita, jotka ilmenevät vasta kotiutumisen jälkeen⁸⁹. (C)
- jatkuva kuntoutus yhdistettynä kotiympäristön riskiarviointiin saattaa parantaa iäkkään lonkkamurtumapotilaan fyysistä suoriutumista, päivittäisistä toiminnoista selviytymistä sekä vähentää masennusoireita⁹⁰. (C)

5.2 Kotiutumisen tuki ja seuranta

Tarjota mahdollisuuksien mukaan iäkkäälle kotikuntoutusta sairaalasta kotiutumisen yhteydessä, sillä

- päivittäistoimintoihin kohdistuva kotikuntoutus ilmeisesti vähentää iäkkään sairaalassaolopäiviä kotiutumista seuraavien kuuden kuukauden aikana⁹¹. (B)
 - Päivittäistoimintoihin kohdistuva intensiivinen kotikuntoutus vähentänee sairaalassaolopäivien lisäksi terveydenhuollon kustannuksia. Tuetun kotiutumisen ja intensiivisen kotikuntoutuksen (Supported Transfer & Accelerated Rehabilitation Team, START) -interventio vähensi terveydenhuollon kustannuksia kuuden kuukauden seuranta-aikana enemmän ($p = 0,004$) verrattuna tavanomaista hoitoa saaneisiin. Kustannuksissa huomioitiin sekä sairaalahoitojaksojen että kotikuntoutusinterventien kustannukset.⁹⁰
- päivittäistoimintoihin kohdistuva intensiivinen kotikuntoutus parantaa ilmeisesti iäkkään omatoimisuutta päivittäisissä toiminnoissa⁹¹. (B)
- moniammatillinen varhaista kotiutumista tukeva kotikuntoutus saattaa auttaa lievästi halvaantunutta iäkästä ja hänen omaisiaan olemaan turvallisemmin kotiin kotiutukseen liittyen, sopeutumaan arkielämään kotona sairastumisen jälkeen ja suhtautumaan toiveikkaasti tulevaisuuteen⁹². (C)
- laaja-alainen, moniammatillinen geriatrisen kuntoutuksen ja kotiutumisen tuki-interventio saattaa parantaa iäkkään fyysistä toimintakykyä ja suoriutumista päivittäisistä toiminnoista sekä vähentää kaatumisia ja masennusoireita⁹⁰. (C)

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^{93,94}. (C)
- kotiutumisen jälkeen toteutettu seurainterventio saattaa parantaa iäkkään lääkehoidon seuranta⁹⁴. (C)

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

- **moniammatillinen sairausspesifinen kotiutumisen tuki saattaa vähentää uusintakäyntejä ja kuolleisuutta⁹⁵. (C)**
- **sairaanhoitajan yksin toteuttamalla ohjausinterventiolla ei ole vaikutusta iäkkäiden uusintakäynteihin^{96–98}. (A)**
- **sairaanhoitajan yksin toteuttamalla ohjausinterventiolla ei liene vaikutusta iäkkäiden kuolleisuuteen⁹⁸. (C)**

6 Lääkehoito

Kiinnitä huomiota sairaalasta kotiutuvan iäkkään lääkehoidon turvallisuuteen, sillä

- **iäkkäiden lääkehoidossa tapahtuu virheitä^{58,67,99–104}. (A)**

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

- **monilääkitys on ilmeisesti yhteydessä iäkkäiden lääkehoidon virheisiin^{99,105} (B) ja uusintakäynteihin^{106,107}. (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 uusintakäyntejä¹⁰⁸. (C).**

Ohjaa iäkästä lääkehoidossa, sillä

- **iäkkäällä ei aina ole riittävästi tietoa ja valmiuksia kommunikoida lääkehoitoonsa liittyvistä asioista^{58,109,110}. (B)**
 - Useita lääkkeitä käyttävien iäkkäiden henkilöiden kokemusten perusteella oman lääkehoidon hallinnasta luopumista lisää muun muassa:
 - luottamus lääkäriin jopa siinä määrin, ettei ole merkitystä ymmärtääkö tehtyjä lääke-muutoksia itse
 - haluttomuus kyseenalaistaa hoitohenkilökunnan päätöksiä lääkitykseen liittyen (mm. lääkkeenoton ajankohta).¹⁰⁹

- **iäkäs ilmeisesti kokee lääkehoidon muutosten vaikeuttavan lääkehoidon toteutusta^{72,81,102,109}, (B)**
 - Useita lääkkeitä käyttävien iäkkäiden henkilöiden kokemusten perusteella hoitoyhteenvedoissa ei korosteta selkeästi tehtyjä lääkemuutoksia¹⁰⁹.

7 Ravitseminen

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 kotiutumisesta¹¹¹. (C)**
- **ravitsemusterapeutin toteuttama yksilölliseen ravitsemussuunnitelmaan perustuva ohjaus yhdistettynä seurantakäynteihin lääkärillä saattaa parantaa aliravitsemusriskissä olevan iäkkään toimintakykyä ja ravitsemustilaa sekä vähentää ateriapalvelun tarvetta sairaalasta kotiutumisen jälkeen¹¹². (C)**

Suosituksen käyttöönotto

Tämä kansallinen hoitosuositus on tarkoitettu iäkkäiden hoitotyötä tekeville sekä sairaalan että kotihoidon ammattilaisille. Suositusta voi hyödyntää myös iäkkäiden hoidon kehittämisessä organisaatiotasolla sekä terveysalan opetuksessa.

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 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 tavoilla. 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^{113,114}.

Suosituksen päivittäminen

Hoitosuositus päivitetään 2–4 vuoden välein Hoitotyön tutkimussäätiön ohjeen mukaisesti.

Jatkotutkimusaiheet

Jatkossa on tarpeen tutkia erityisen haavoittuvassa asemassa olevien iäkkäiden henkilöiden kotiutumisprosessia, kuten sellaisten yksin asuvien, joilla ei ole läheisiä huolehtimassa heidän asioistaan, muistisairautta tai masennusta sairastavien sekä maahanmuuttajataustaisten henkilöiden, joilla on heikko kielitaito. Lisäksi tutkimuksissa tulisi tarkastella fyysistä asuinympäristöä ja sen esteettömyyttä tai esteellisyttä kotiutumisprosessin näkökulmasta.

Hoitotyön interventioiden vaikutukset jäivät monelta osin vaatimattomiksi. Syinä tähän saattavat olla esimerkiksi interventioiden ja ilmiön kompleksisuus sekä valitut tulosmuuttajat, jotka eivät aina olleet hoitotyönsensitiivisiä. Jatkossa interventiotutkimuksissa olisi hyvä keskittyä interventioiden eri osa-alueiden mittaamiseen siitä näkökulmasta, mitkä intervention osat voivat tuottaa erityisesti hoitotyön näkökulmasta merkityksellisiä tuloksia. On syytä myös kiinnittää huomiota tutkimuksissa käytettäviin hoitotyönsensitiivisiin tulosmuuttajiin, joilla on mahdollista mitata haluttua muutosta. Kompleksisten interventioiden toteuttaminen on usein aikaa vievää ja kallista, eikä niiden panos - hyötysuhdetta ole nykyisillä tutkimusasetelmilla ollut mahdollista riittävästi arvioida.

Hoitosuositus perustuu olemassa olevaan tutkimusnäyttöön. Tämän johdosta joitain keskeisiä, iäkkään henkilön käytännön elämän näkökulmasta tärkeitä osa-alueita on voinut jäädä vaille huomiota. Jatkossa iäkkäiden kotiutumista ja siihen liittyviä tekijöitä olisikin hyvä tutkia erityisesti iäkkään ja läheisen näkökulmista organisaationäkökulman lisäksi.

Iäkkäiden lääkehoidon ja ravitsemuksen sisältöjä sivuttiin tässä suosituksessa vain lyhyesti ja ne ansait-sivat omat hoitosuosituksensa.

Lähteet

1. THL. 2020. Muistisairauksien yleisyys. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys#:~:text=Suomessa%20arvioidaan%20olevan%20yli%20190,henkil%C3%B6ll%C3%A4%20on%20todettu%20etenev%C3%A4%20muistisairaus>
2. 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
3. THL. 2018. Kotona asumisen ratkaisuja. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/kotona-asumisen-ratkaisuja>
4. Tilastokeskus. 2018. Väestö iän (5v.) ja sukupuolen mukaan. Tilastokeskuksen PX-Web-tietokannat. http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__vrm__vaerak/stat-fin_vaerak_pxt_002.px/?rxid=afb66762-d613-4448-98fb-f2a0ee25eba4
5. 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.
6. OECD. 2017. European Observatory on Health Systems and Policies (2017). Suomi: Maan terveysprofiili 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285170-f>
7. 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>
8. Watkins L, Hall C, Kring D. 2012. Hospital to home: A transition program for frail older adults. *Professional Case Management* 17(3), 117–123.
9. Santos-Eggimann B, Karmaniola K, Seematter-Bagnoud L, Spagnoli J, Büla C, Cornuz J, Rodondi N, Vollenweider P, Waeber G, Pécout 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
10. 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.
11. Grief C. 2003. Patterns of ED use and perceptions of the elderly regarding their emergency care: A synthesis of recent research. *Journal of Emergency Nursing* 29(2), 122–126.
12. Gruneir A, Silver M, Rochon P. 2011. Emergency department use by older adults: A literature review on trends, appropriateness, and consequences of unmet health care needs. *Medical Care Research and Review* 68(2), 131–155.
13. Rising K, Padrez K, O'Brien M, Hollander J, Carr B, Shea J. 2015. Return visits to the emergency department: The patient perspective. *Annals of Emergency Medicine* 65(4), 377–386.
14. Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. 2009. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *New England Journal of Medicine* 360(14), 1418–1428.
15. Courtney MD, Edwards HE, Chang AM, Parker AW, Finlayson K, Hamilton K. 2011. A randomised controlled trial to prevent hospital readmissions and loss of functional ability in high risk older adults: A study protocol. *BMC Health Service Research* 11(202), 1–7.
16. Gruneir A, Dhalla IA, van Walraven C, Fischer HD, Camacho X, Rochon PA, Anderson GM. 2011. Unplanned readmissions after hospital discharge among patients identified as being at high risk for readmission using a validated predictive algorithm. *Open Medicine* 5(2), e104–e111.
17. THL. 2017. Terveystuonien menot ja rahoitus 2015. Tilastoraportti 26/2017. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134862/Tr26_17.pdf?sequence=6&isAllowed=y
18. 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.
19. 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.
20. 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.

21. Bauer M, Fitzgerald L, Haesler E, Manfrin M. 2009. Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering the best practice? A review of evidence. *Journal of Clinical Nursing* 18(18), 2539–2546.
22. Rydeman I, Törnkvist L. 2010. Getting prepared for life at home in the discharge process – From the perspective of the older persons and their relatives. *International Journal of Older People Nursing* 5(4), 254–264.
23. Palonen M. 2016. Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja läheisten ohjaus – hypoteettisen mallin kehittäminen. *Acta Universitatis Tamperensis*; 2231, Tampere University Press, Tampere 2016.
24. 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.
25. 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.
26. Nice guideline. 2017. Chapter 35: Discharge planning. Acute and emergency medical care in over 16s: service delivery and organisation. National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng94/documents/draft-guideline-35>
27. Suomen fysioterapeutit. 2017. Kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisyn fysioterapiasuositus. http://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p_artikkeli=sfs00003
28. STM, Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023: Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5457-1>
29. Finne-Soveri H, Äijö M, Tolonen E, Rehula P, Vähäkangas P, Patronen M, Autio T, Haimi-Liikkanen S, Havulinna S. 2020. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. TOIMIA-suositukset. <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/tms00015>
30. Furuholm S, Joensuu A, Lindgren T, Pakkanen T, Suominen S. 2016. Työkalupakki ikääntyneiden kotiutukseen. <https://www.innokyla.fi/web/malli3882070>
31. WHO. 2020. Ageing. https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1
32. WHO. 2020. Global Health Observatory (GHO) data: Life expectancy. https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/en/
33. ETK, Eläketurvakeskus. 2020. Eläkeiät. <https://www.etk.fi/tyo-ja-elakkeet-ulkomailla/kansainvalista-vertailutietoa/elakeiat/>
34. Finlex. 2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2012/20120980>
35. Adams L. 2010. Assessment of older adults in the emergency department. *Nursing Standard* 24(46), 42–45.
36. Tanaka M, Yamamoto H, Kita T, Yokode M. 2008. Early prediction of the need for non-routine discharge planning for the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 47(1), 1–7.
37. Almborg A-H, Ulander K, Thulin A, Berg S. 2008. Patients' perceptions of their participation in discharge planning after acute stroke. *Journal of Clinical Nursing* 18(2), 199–209.
38. 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, art. No.:CD000313.
39. Purdy S, Huntley A. 2013. Predicting and preventing avoidable hospital admissions: A review. *The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh* 43(4), 340–344.
40. Galvin EC, Wills T, Coffey A. 2017. Readiness for hospital discharge: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 73(11), 2547–2557.
41. Isola A, Backman K, Saarnio R, Kääriäinen M, Kyngäs H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 19(3), 63–75.
42. Steinmiller J, Routasalo P, Suominen T. 2015. Older people in the emergency department: a literature review. *International Journal of Older People Nursing* 10(4), 284–305.
43. Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min SJ. 2006. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine* 166(17), 1822–1828.
44. Naylor MD, Kurtzman ET, Pauly MV. 2009. Transitions of elders between long-term care and hospitals. *Policy, Politics, & Nursing Practice* 10(3), 87–94. doi: 10.1177/1527154409355710

45. Hotus. 2019. Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI). <https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnintarkistuslistat/>
46. Siltanen H, Heikkilä K, Parisod H, Tuomikoski T, Tuomisto S, Holopainen A. 2019. Hoitosuositusten laadinta – käsikirja suositustyöryhmille. Versio 1.0. Hoitotyön tutkimussäätiö. <https://www.hotus.fi/hoitosuositusten-laadinta/>
47. Schünemann H, Brožek J, Guyatt G, Oxman A (Toim.). 2013. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach. <https://gdt.grade.org/app/handbook/handbook.html>
48. Käypä hoito. 2016. Hoitosuositusten näytönasteen arviointi GRADE-työryhmän tapaan. Hoitosuositustyöryhmien käsikirja. http://www.terveysportti.fi/dtk/khk/avaa?p_artikkeli=khk00036
49. Käypä hoito. 2016. Näytön asteen määrittely. Hoitosuositustyöryhmien käsikirja. http://www.terveysportti.fi/dtk/khk/avaa?p_artikkeli=khk00031
50. 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.
51. 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.
52. 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.
53. 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.
54. 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.
55. 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.
56. Hansson A, Svensson A, Ahlström BH, Larsson LG, Forsman B, Alsen 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.
57. 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.
58. 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.
59. 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.
60. 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.
61. 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.
62. 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.
63. 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.

64. 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.
65. 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.
66. 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.
67. Mesteig M, Helbostad JL, Sletvold O, Røstad 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), 1–8.
68. Andreasen 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.
69. Mabire C, Büla C, Morin D, Goulet C. 2015. Nursing discharge planning for older medical inpatients in Switzerland: A cross-sectional study. *Geriatric Nursing* 36(6), 451–457.
70. Stockwell-Smith G, Moyle W, Marshall AP, Argo A, Brown L, Howe S, Layton K, Naidoo O, Santoso 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.
71. 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.
72. 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.
73. 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.
74. 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.
75. Horwitz LI, Moriarty JP, Chen C, Fogerty RL, Brewster UC, Kanade S, Ziaieian B, Jeng GY, Krumholz HM. 2013. Quality of discharge practices and patient understanding at an academic medical center. *JAMA Internal Medicine* 173(18), 1715–1722.
76. Abad-Corpa E, Royo-Morales T, Iñiesta-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.
77. 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.
78. 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.
79. Hvalvik S, Reiersen IÅ. 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.
80. 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.
81. 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.

82. Shyu Y-IL, 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.
83. Shyu Y-IL, Kuo L-M, Chen M-C, Chen S-T. 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.
84. 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.
85. 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.
86. 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.
87. 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.
88. 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.
89. 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.
90. Shyu Y-IL, 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.
91. 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.
92. 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.
93. 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.
94. 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.
95. 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.
96. 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.
97. Goldman LE, Sarkar U, Kessell 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.
98. 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.
99. 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.
 100. Kanaan AO, Donovan JL, Duchin NP, Field TS, Tjia J, Cutrona SL, Gagne SJ, Garber L, Preusse P, Harrold 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.
 101. 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.
 102. 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.
 103. Parekh N, Ali K, Stevenson JM, Davies JG, Schiff R, Van der Cammen T, Harchowal J, Reftery 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.
 104. 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.
 105. 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.
 106. 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.
 107. 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.
 108. 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.
 109. Bagge M, Norris P, Heydon S, Tordoff J. 2014. Older people's experiences of medicine changes on leaving hospital. *Research in Social & Administrative Pharmacy: RSAP* 10(5), 791–800.
 110. Mitchell B, Chong C, Lim WK. 2016. Medication adherence 1 month after hospital discharge in medical inpatients. *Internal Medicine Journal* 46(2), 185–192.
 111. 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.
 112. Beck AM, Kjaer S, Hansen BS, Storm RL, ThalJantzen 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.
 113. Finlex. 1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
 114. Gallagher-Ford L, Connor L. 2020. Transforming healthcare to evidence-based healthcare, JONA: *The Journal of Nursing Administration* 50(5), 248–25.

