

Hotus



**läkkään turvallinen
kotiutuminen sairaalasta**

Hotus-hoitosuosituksen® lyhennelmä 2025

läikkään turvallinen kotiutuminen sairaalasta

Sivut Suosituslauseet

6-7	läikkään kuulluksi tuleminen
8-9	läikkään yksilöllisen tilanteen arviointi
10-11	Ammatillinen vastuu
12-13	Ohjaus
14-15	Ohjauksen ymmärtäminen
16-17	Läheisten osallistuminen
18-19	Kotiutumisen suunnittelu
20-21	Kotiutumisen tuki ja seuranta
22-24	Lääkehoito
25	Ravitsemus
26-28	Organisaatiot, resurssit ja koulutusjärjestelmä

Työryhmä

Mira Palonen | sh (AMK), TtT, erikoistutkija, Hoitotyön tutkimussäätiö; dosentti, Tampereen yliopisto

Hanna-Mari Pesonen | sh, TtT, yliopettaja, Centria-ammattikorkeakoulu

Anja Rantanen | sh, TtT, yliopistonlehtori, dosentti, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto

Heidi Siira | ft (AMK), TtT, yliopistonlehtori, Lääketieteen tekniikan ja terveystieteiden tutkimusyksikkö, Oulun yliopisto

Anniina Tohmola | sh (AMK), TtT, yliopettaja, Lapin ammattikorkeakoulu

Henna Tiitinen | sh/th (AMK), TtM-opiskelija (terveystaloustiede), nuorempi tutkija, Hoitotyön tutkimussäätiö; projektitutkija, Itä-Suomen yliopisto, sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos

Hoitosuositusryhmä kiittää hoitosuosituksen laadinnan eri vaiheissa konsultoituja asiantuntijoita (kts. sivu 30).

Hotus-hoitosuositukset® ovat asiantuntijoiden laatimia näyttöön perustuvia suosituksia sosiaali- ja terveydenhuollossa käytettävien menetelmien ja toimintatapojen vaikuttavuudesta, käyttökelpoisuudesta ja tarkoituksenmukaisuudesta sekä niiden merkityksellisyydestä hoitoa tarvitsevalle ja hänen läheisilleen.

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

Hoitosuosituksen pitkä versio, joka sisältää hoitosuosituksen laadinnan menetelmävauksen, näytönastekatsaukset sekä kaikki lähteet, on saatavilla Hotuksen verkkosivuilta: **www.hotus.fi**

Johdanto

Suomessa on 75 vuotta täyttäneitä henkilöitä yli 650 000, joista lähes 500 000 asuu omassa kodissa ja noin 278 000 asuu yksin^{1,2}. Tässä ikäryhmässä joka kuudes auttaa toimintakyvyltään heikentynyttä puolisoaan³. Iäkkäiden henkilöiden määrä kasvaa ja vaikka iäkkäät ovat toimintakykyisiä aiempaa pidempään, kokonaisuutena sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarve tällä ikäryhmällä tulee lisääntymään. Tämä puolestaan vaikuttaa palvelujärjestelmän kykyyn tarjota riittäviä palveluita kaikille niistä tarvitseville.⁴ Hoitoajat sairaalassa ovat lyhyitä ja potilaat siirtyvät kotihoitoon nopeasti⁵. Lyhytkin sairaalahoito ja erityisesti liikkumattomuus hoitajakson aikana ovat merkittäviä riskitekijöitä iäkkään henkilön toimintakyvylle⁶⁻⁸. Toistuvat hoitoon liittyvät siirtymiset kodin ja sairaalan välillä lisäävät iäkkäiden sosiaalisia ja terveyteen liittyviä haittatapahtumia^{9,10}, kuten kaatumisia¹¹, joiden riski on suurin heti sairaalasta kotiutumisen jälkeen¹².

Kansallisena tavoitteena on, että iäkkäät henkilöt selviytyvät kotonaan mahdollisimman itsenäisesti kotiin tarjottavien palveluiden ja omaishoidon avulla¹³. Onnistunut iäkkäiden potilaiden kotiutumisen suunnittelu on monivaiheinen prosessi, johon käytännössä liittyy paljon haasteita ja sille on harvoin riittävästi aikaa ja resursseja^{14,15}. Tämä lisää kotiutumiseen liittyviä ei-toivottujen tapahtumien riskejä, kuten potilaalle soveltumattomia lääkemääräyksiä tai puutteellisia jatkohoito-ohjeita^{16,17}. Riskien välttämiseksi ja turvallisen kotiutumisen varmistamiseksi yhtenäiset näyttöön perustuvat käytännöt ovat tärkeitä iäkkäiden siirtyessä sairaalasta kotiin. Kotiutumisen suunnittelussa keskeistä on vahvistaa iäkkään ja hänen läheistensä aktiivista osallisuutta sekä kuulluksi ja huomioduksi tulemisen tunnetta.

Nyt laadittu hoitusuositus korvaa vuonna 2020 julkaistun samannimisen suosituksen.

Tarkoitus ja tavoite

Tämän hoitusuosituksen tarkoituksena on koota kriittisesti arvioituihin tutkimuksiin ja asiantuntijalausuntoihin perustuva näyttö sekä antaa siihen perustuvat suositukset iäkkään turallisesta kotiutumisesta sairaalasta ja siihen liittyvistä taloudellisista näkökulmista. Hoitusuosituksen tavoitteena on yhtenäistää käytäntöjä iäkkäiden potilaiden turvallisen kotiutumisen tukemiseksi.

Kohderyhmät

Hoitusuositus on tarkoitettu kaikkien niiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden käyttöön, jotka työssään hoitavat ja kohtaavat sairaalasta kotiutuvia iäkkäitä henkilöitä. Hoitusuositus kohdentuu sairaalasta kotiutuviin iäkkäisiin henkilöihin, jotka kotiutuvat yksin tai läheisten ja/tai kotiin tarjottavien palveluiden tuella. Suosituksen ulkopuolelle jäävät kodin sijaan muuhun ympärivuorokautiseen jatkohoito- tai kuntoutuspaikkaan siirtyvät potilaat, sillä näissä tilanteissa hoitovastuu ja tieto siirtyvät pääosin ammattilaisten välillä. Suosituksen ulkopuolelle jäävät lisäksi muista terveydenhuollon organisaatioista kuin sairaalasta kotiutuvat iäkkäät, sillä hoitoajat ja kotiutumisen valmistelu ovat näissä organisaatioissa erilaisia sairaalaan verrattuna.

Käsitteet

lääkäs henkilö

lääkkään henkilön määrittely ei ole yksiselitteistä, sillä määritelmään vaikuttaa kronologisen iän lisäksi henkilön toimintakyky. Maailman terveysjärjestö (World Health Organization, WHO) käyttää tilastoissaan iäkkään henkilön iän määritelmässä alaikärajana 60 vuoden ikää, mikä johtuu muun muassa joidenkin maiden alhaisesta elinajanodotteesta^{18,19}. 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.

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 terveyspalveluista (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”²⁰. Hoitosuosituksen suosituslauseissa käytetään luottavuuden parantamiseksi käsitettä iäkkäät.

Turvallinen kotiutuminen

Tässä suosituksessa turvallisella kotiutumisella tarkoitetaan iäkkään henkilön kotiutumista sairaalasta siten, että se on sekä iäkkään, hänen läheistensä, että organisaation näkökulmasta onnistunut prosessi, joka ei vaaranna iäkkään terveyttä, toimintakykyä ja hyvinvointia, ja turvaa hoidon jatkuvuuden myös kotona. Suosituslauseita voidaan soveltaa sekä lyhyisiin,

päivystystyyppisiin käynteihin että pidempiin hoitajaksoihin sairaalassa.

Turvallisen kotiutuminen koostuu monesta eri tekijästä, kuten suunnitelmallisuudesta, yksilöllisyydestä sekä terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden osalta riittävästä ajasta ja resursseista valmistautua kotiutumiseen. Iäkkäät henkilöt otetaan osastohoitoon useammin kuin nuoremmat ja heidän hoitonsa saattaa pitkittyä sairaalassa monista syistä²¹. Lyhentyneistä hoitoajoista huolimatta sairaalahoido lisää riskiä iäkkäiden toimintakyvyn heikkenemiselle²². Kuitenkin toisinaan hieman pidempi hoitajakso sairaalassa tai muussa hoitopaikassa voi olla iäkkäille henkilöille eduksi, sillä voidakseen kotiutua turvallisesti, he tarvitsevat aikaa ja mahdollisuuksia valmistautua kotiutumiseen²³. Lisäksi hoitajakson aikana ammattilaisilla on aikaa arvioida kotiutumiseen liittyviä kotiympäristön riskejä¹².

Pääsääntöisesti sairaalasta kotiutuminen on turvallista. Niissä kotiutumistilanteissa, joissa iäkkään turvallisuus vaarantuu, taustalla on usein päätöksiä, jotka olisivat vältettävissä yhtenäisiä toimintatapoja kehittämällä.^{24,25} Kotiutumisen suunnittelun tarkoituksena on parantaa potilastytytyväisyyttä, varmistaa kotiutumisen jälkeisten palveluiden sujuvuus, hallita terveydenhuollon kustannuksia sekä vähentää ennakoimattomia uusintakäyntejä²⁶, joskin näyttö erilaisten interventoiden vaikuttavuudesta on vähäistä²⁷. Lisäksi kotiutumisen suunnittelulla tarkoitetaan prosessia, joka ottaa huomioon potilaan omahoidon, potilaslähtöisyyden ja jatkoseurannan^{28,29}. Kotiutumisessa tulee huomioida myös mahdolliset riskitekijät, jotka voivat heikentää iäkkään terveydentilaa ja toimintakykyä sairaalasta kotiutumisen jälkeen^{30,31}. Suunnitelmallisuus ei tarkoita toimintaa, jossa jokaisen henkilön kotiutuminen toteutuu samalla tavalla, vaan pääpaino tulee aina olla yksilöllisissä tavoitteissa^{26,32}.

Turvallisen kotiutumisen varmistamiseksi iäkkäällä tulee riittävän toimintakyvyn lisäksi olla luottamus huolehtia itsestään kotona. Hyvä arki kotiutumisen jälkeen edellyttää riittävää ohjausta sekä tukea potilaalle ja läheisille.³³⁻³⁵

Tässä hoitosuosituksen päivityksessä tarkastelun kohteeksi on otettu sellaiset hoitotyön toimet, joilla on välitön merkitys iäkkään turvalliseen kotiutumiselle sairaalasta. Tämän vuoksi kotiutumisen ja siihen liittyvien interventioiden tarkasteluajaksi on rajattu 30 vuorokautta muissa kuin kustannusvaikuttavuutta tarkastelevissa tutkimuksissa. Vaikka sopivasta tarkasteluajan pituudesta on erilaisia näkemyksiä, tätä aikamäärettä pidetään yleisesti kliinisesti merkityksellisenä aikaikkunana, sillä esimerkiksi suurin riski haittatapahtumille on havaittu olevan kahden ensimmäisen viikon aikana kotiutumisesta.³⁶ Lisäksi iäkkäiden henkilöiden kotiutuessa esimerkiksi kotiutumisen interventioiden vaikutusten osoittaminen kiistatomaan yli kuukauden päähän sairaalakäynnistä on vaikeaa, sillä iäkkäillä voi olla useita sairauksia, monia lääkityksiä ja muita sairaalakäynteihin johtavia syitä, jolloin väliin tulevien muuttujien määrä kasvaa merkittävästi.

Taloudellinen arviointitieto

Taloudellinen arviointitieto on keskeinen osa näyttöön perustuvaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Taloudellisen arvioinnin avulla voidaan järjestelmällisesti tarkastella eri interventioiden kustannuksia suhteessa saavutettuihin terveyshyötyihin, mikä tukee resurssien tarkoituksenmukaista kohdentamista. *Iäkkään turvallinen kotiutuminen sairaalasta* on ensimmäinen Hotus-hoitosuositus®, johon tavoitteellisesti ja järjestelmällisesti integroidaan taloudellista arviointitietoa. Taloudellista arviointitietoa on tarkasteltu osana Kustannusvaikuttavuus osaksi suosituksia (RRP2) -hanketta, joka kuuluu EU:n kestävän kasvun ohjelmaan. Suosituksen taloudellisen arvioinnin osuus on valmisteltu yhteistyössä Hoitotyön tutkimussäätiön (Hotus) ja Finnish Coordinating Center for Health Technology Assessment (FinCCHTA) -koordinaatioyksikön kanssa.

Taloudellinen arviointi tarkoittaa menetelmällistä lähestymistapaa, jossa tarkastellaan terveydenhuollon toimenpiteiden kustannuksia suhteessa

niiden tuottamiin vaikutuksiin. Keskeisiä menetelmiä ovat kustannusten minimointianalyysi, kustannushyötyanalyysi, kustannusseurausanalyysi, kustannusvaikuttavuusanalyysi ja kustannusutiliteettianalyysi. Nämä menetelmät eroavat toisistaan erityisesti vaikutusten mittaamisen ja arvottamisen näkökulmasta. Taloudellista arviointia koskevia muita keskeisiä menetelmällisiä valintoja ovat maksajan näkökulmaan (potilas, sosiaali- ja terveydenhuollon maksaja, yhteiskunta) sekä tarkastelujaksoon liittyvät valinnat.³⁷

Vaikka hoitotyön interventioihin liittyvää taloudellista arviointitietoa on toistaiseksi saatavilla rajallisesti^{38,39}, arviointitiedon merkitys kasvaa sosiaali- ja terveydenhuollon resurssien niukentuessa. Väestön ikääntyessä on tärkeää kiinnittää erityistä huomiota päätöksentekoon iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluita sekä niiden järjestämiseen liittyviä resursseja koskien. Iäkkäiden kotiutumisen interventioita koskevan päätöksenteon tueksi tässä suosituksessa kuvataan tutkimuskirjallisuuteen pohjautuen, millaiset iäkkäiden kotiutumista tukevat interventiot ovat kustannusvaikuttavia.



lakkään
kuulluksi
tuleminen

Kuuntele iäkästä ja ota huomioon hänen näkemyksensä kotiutumista suunniteltaessa, sillä

- > kuulluksi ja huomioiduksi tuleminen kotiutumiseen liittyvissä itseä koskeissa asioissa on iäkkäille merkityksellistä⁴⁰⁻⁴². **A**
- Terveydenhuollon ammattilaisen on hyvä kiinnittää huomiota omaan asenteeseensa, välttyäkseen tekemästä olettamuksia esimerkiksi iäkkäiden päivittäisestä toimintakyvystä tai liikkumisesta ilman asianmukaista toimintakyvyn arviointia tai kuulematta iäkästä⁴³. Esimerkiksi australialaisessa haastattelututkimuksessa päivystyksessä työskentelevät terveydenhuollon ammattilaiset kuvasivat pyrkivänsä omaksumaan iäkkäille sopivan kommunikointitavan. Kuitenkin henkilökunnan tietoisuus siitä, että joillain iäkkäillä on alentunut kognitio tai kuulo, johti käyttämään yksinkertaisia lauseita ja korottamaan puheäänensä voimakkuutta, vaikka tämä ei olisi ollut tarpeen⁴⁴, eikä nykytiedon valossa ole oikea toimintatapa.
- > kuulluksi tuleminen sairaalasta kotiutumisen yhteydessä saattaa tukea iäkkäiden itsenäisyyttä⁴¹. **C**
- Iäkkäiden henkilöiden ja heidän läheistensä kokemusten perusteella tuetuksi tulemisen tunnetta lisää muun muassa se, että
 - kotiin paluuta valmistellaan siten, että se on näkyvää potilaille ja läheisille
 - fysioterapiaharjoitteissa keskitytään sellaisiin liikkeisiin, joita potilaat kykenevät ja ovat motivoituneita tekemään kotona
 - sairaalassa tai kotona tehdään toimintaterapiakartoitus
 - potilaalle tarjotaan apuvälineitä ja -laitteita.⁴⁵

> ammattilaisten välisessä tiedonvaihdoissa iäkäs saattaa jäädä kotiutumisen suunnittelun ulkopuolelle^{41,46}. **C**

- Iäkästä henkilöä voi pyytää kuvaamaan omia huoliaan ja käsityksiään nykyisestä toimintakyvystään ja kotiutumisensa liittyvistä odotuksista. Niiden kuuleminen on tärkeää, vaikka niiden toteuttaminen käytännössä ei olisi mahdollista.⁴³
- Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus on laatinut tarkistuslistan tiedonkulun varmistamiseen kotihoidon asiakkaan siirtyessä palvelusta toiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Siinä on huomioitu, että tieto kulkee organisaatioiden, ammattilaisten sekä potilaan ja läheisen välillä.⁴⁷

Pyri aloittamaan iäkkään sairaalasta kotiutumisen suunnittelu mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, sillä

> iäkkäät saattavat kokea merkitykselliseksi tulla kuulluksi kotiutumista koskeissa asioissa hyvissä ajoin ennen kotiutumista⁴⁸. **C**



lakkään
yksilöllisen
tilanteen
arviointi

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

- > toisinaan muut kuin terveydelliset syyt liittyvät iäkkäiden halukkuuteen ja valmiuteen kotiutua sairaalasta^{40,49-52}. **A**
- Kotiutumista saattaa vaikeuttaa se, että potilas asuu kaukana sairaalasta, mikä voi vaikuttaa palvelujen saamiseen kotiutumisen jälkeen⁴⁰. Tämä korostuu erityisesti pitkien etäisyyksien alueilla, kuten Pohjois-Suomessa.
- Päivystyspoliklinikalta kotiutuneille iäkkäille henkilöille kohdistetun tutkimuksen perusteella aamulla tai päivällä kotiutuminen vaikuttaisi olevan kotiutumisvalmiuden näkökulmasta parempi ajankohta kuin kotiutuminen illalla tai yöllä⁶².
- > aiemmat kokemukset sairaalahoidosta ja toipumisesta ilmeisesti liittyvät iäkkäiden halukkuuteen kotiutua sairaalasta tai hakeutua uudelleen hoitoon^{42,49,50}. **B**
- iäkkäiden henkilöiden kokemusten perusteella kotiutumisen jälkeen olo saattaa tuntua turvatomalta sairaalassa saadun hyvän ja huolehtivan hoidon jälkeen. Uusintakäynnille tullaan kuitenkin vasta silloin, kun vointi koetaan niin huonoksi, ettei muita vaihtoehtoja nähdä mahdollisiksi.⁴²

> iäkkäiden heikot sähköisten viestintävälineiden käyttötaidot voidaan kokea* kotiutumiseen liittyvää vuorovaikutusta vaikeuttaviksi⁴⁰. **C**

- Terve Suomi 2024 -kyselyn mukaan 75 vuotta täyttäneistä noin puolet (49,4 %) arvioi osaamisensa internetissä asioimiseen vähintään kohtalaiseksi. Vastanneista valtaosa (98,2 %) oli kokenut esteitä ja huolia sähköisten palveluiden käytössä. Alle viidennes (14,5 %) sosiaali- ja terveyspalveluita käyttäneistä kertoi asioineensa ammattilaisen kanssa digitaalisesti.⁵³

> sairaalasta kotiutuminen saattaa herättää iäkkäissä ristiriitaisia tunteita⁵¹. **C**

- Kotiutumisen herättämiä positiivisia tunteita ovat esimerkiksi iloisuus, innostus, valmius kotiutua ja rauhallisuus. Negatiivisia tunteita ovat esimerkiksi huolestuneisuus, sekavuus, epävarmuus, turvattomuus, väsymys ja kiukkuisuus.⁵¹



Perusedellytyksenä on, että iäkkään fyysinen terveydentila mahdollistaa turvallisen kotiutumisen. Esimerkiksi yhdysvaltalaisessa kohorttitutkimuksessa päivystyskäynnillä lähellä

kotiutumishetkeä mitattu matala systolinen verenpaine (sRR < 97 mmHg), korkea syke (P > 101 krt/min), kohonnut ruumiinlämpö (oto > 37,3°) sekä matala happisaturaatio (SpO2 < 92 %) olivat yhteydessä iäkkäiden uusintakäynteihin päivystyspoliklinikalla. Vastaavasti iäkkäillä potilailla, joiden vitaalearvot olivat normaalit, oli 96 % todennäköisyys välttyä uusintakäynniltä.⁵⁴

* iäkkäiden, heidän läheistensä ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemus

Näytönaste **A** Vahva näyttö **B** Kohtalainen näyttö **C** Heikko näyttö **D** Hyvin heikko näyttö tai asiantuntijoiden konsensus

A photograph of three healthcare professionals walking down a bright, modern hospital hallway. On the left, a male doctor in a white lab coat over a light blue shirt and dark trousers is looking at a clipboard held by a female nurse in dark blue scrubs. The nurse is also looking at the clipboard. To her right, a male nurse in bright blue scrubs is looking at a tablet computer. They are all walking towards the right side of the frame. The hallway has white walls, a light-colored floor, and a door with a window on the right. A purple circle is overlaid on the bottom left of the image, containing the text 'Ammatillinen vastuu'.

Ammatillinen vastuu

Kanna ammatillinen vastuusi iäkkään kotiutumiseen liittyvissä asioissa, sillä

- > iäkkäät ja heidän läheisensä ilmeisesti kokevat luottavansa kotiutuspäätöksessä terveydenhuollon ammattilaisiin^{50,55,56}. **B**
- > ammattilaiset kokevat, että vastuun siirtäminen organisaatioiden välisestä tiedonsiirrosta iäkkäille heidän kotiutuessaan saattaa vaarantaa potilasturvallisuutta⁴⁶. **C**
- Haastattelututkimuksessa terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksen mukaan oleellista tietoa voi jäädä puuttumaan, mikäli potilas ei pidä tietoa tärkeänä, tieto katoaa matkalla eikä tavoita vastaanottavaa ammattilaista tai jatkokäyntiä ei varata⁴⁶.
- > ammattilaisten välinpitämättömyyden iäkkään asioista voidaan kokea* vaikeuttavan kotiutumista⁴⁰. **C**
- Välinpitämättömyys voi ilmetä asenteessa ja puheen sävyssä vuorovaikutustilanteissa potilaan tai läheisen kanssa, ymmärrystä vaikeuttavan terminologian käyttönä sekä potilaan persoonan ja puheen sivuuttamisena⁴⁰.
- > kotiutushoitajat kokevat, että iäkkäiden kotiutumista saattaa vaikeuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten keskinäisen arvostuksen puute⁵⁷. **C**

Edistä omalla toiminnallasi moniammatillista yhteistyötä iäkkään kotiutuessa, sillä

- > ammattilaisten välisen yhteistyön koetaan* edistävän sujuvaa siirtymistä sairaalan ja kodin välillä^{40,41,57}. **A**
- Laadullisten tutkimusten järjestelmällisessä katsauksessa ja metasyntheseissä iäkkään potilaan sairaalasta kotiutumista edistäviksi tekijöiksi mainittiin terveydenhuollon ammattilaisten väliset säännölliset kokoukset, keskinäinen luottamus, tuen ja avun antaminen sekä viestintä ja tiedonvaihto⁴⁰.
- Ammattilaisten välinen yhteistyö voi toteutua esimerkiksi sairaalan, kotihoidon sekä apteekin välillä⁴¹.

* iäkkäiden, heidän läheistensä ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemus

Näytönaste **A** Vahva näyttö **B** Kohtalainen näyttö **C** Heikko näyttö **D** Hyvin heikko näyttö tai asiantuntijoiden konsensus



Ohjaus

Varmista, että iäkkään kotiutumiseen liittyvä ohjaus on yksilöllistä, saavutettavaa, johdonmukaista ja oikea-aikaista, sillä

> iäkkäiden saamassa tiedossa ja ohjauksessa kotiutumiseen liittyen on ilmeisesti puutteita^{52,56,58,59}. **B**

- iäkkäiden henkilöiden kokemusten perusteella
 - lisää tietoa kaivataan muun muassa lääkityksestä, julkisista palveluista (mm. kotipalvelu, kuljetuspalvelut, kodin muutostyöt) ja niiden saatavuudesta, apuvälineiden käytöstä, liikkumisesta, sallituista aktiviteeteista kotona, nostorajoituksista ja toipumisesta
 - huolta aiheuttavat esimerkiksi kipu, kaatumisen pelko, nukkuminen ja yksinolo sekä tietämättömyys soveltuvista aktiviteeteista tai siitä, miten pystyy huolehtimaan kodistaan⁴⁹.

> iäkkäät kokevat, että tiedon puute aiheuttaa heille epävarmuutta kotiutumiseen liittyvissä asioissa^{41,42,45,49,52,56,60}. **A**

- Työyksiköissä on hyvä varmistaa, että iäkkäille henkilöille on tarjolla joku yhteydenpitokanava, jonka kautta voi esittää kotiutumisen jälkeen herääviä jatkohoitoon liittyviä kysymyksiä⁵⁵.

> iäkkäät ja ammattilaiset kokevat, että puutteellinen tieto kotiutumisen yhteydessä saattaa johtaa suunnittelemattomiin uusintakäynteihin^{42,44}. **C**

> yksilöllinen ja voimavaroja vahvistava ohjaus saattaa parantaa iäkkäiden omahoitovalmiuksia, psyykkistä hyvinvointia ja heidän kokemustaan hoidon jatkuvuudesta⁶¹. **C**

Tarjota iäkkäälle ennakoivasti tietoa kotiutumiseen ja kotona selviytymiseen liittyen, sillä

> iäkkäät ilmeisesti kokevat selkeän ja ennakoivan tiedon merkitykselliseksi hoidon jatkuvuuden näkökulmasta^{48,51}. **B**



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.^{62,63}

A healthcare professional, a young woman with brown hair tied back, wearing a white lab coat, is smiling warmly at an elderly man. The man has white hair and is wearing a light-colored, short-sleeved button-down shirt. He is looking down at a pen held in his hand. The background is softly blurred, suggesting an indoor setting with natural light.

Ohjauksen
ymmärtäminen

Varmista erilaisin menetelmin, että iäkäs on ymmärtänyt ohjauksen, sillä

> iäkkäillä on ohjauksen ymmärtämisessä yksilöiden välistä vaihtelua^{46,64-67}. **A**

- iäkkäillä sairaalasta kotiutuvilla potilailla havaittiin puutteita kotiutusohjeiden ymmärtämisessä. Useimmilla ymmärtämisen ongelmat liittyivät oireiden oletettuun kestoon (50–63 %) ^{65,66}, lääkkeiden sivuvaikutuksiin (30 %) ⁶⁶, diagnoosiin (21–40 %) ⁶⁵⁻⁶⁷, omahoito-ohjeisiin (17 %) ⁶⁶ tai millaisilla oireilla on tarpeen hakeutua uudelleen sairaalahoitoon (29–56 %) ^{65,66}. Parempi terveydenlukutaito näyttäisi olevan yhteydessä parempaan ohjeiden ymmärtämiseen^{46,64}.
- Yksilöllisyyttä voi huomioida ohjaustilanteissa esimerkiksi ottamalla huomioon kulttuurisensitiivisyyden ja yksilölliset erityistarpeet – kuten tulkin tai selkokielisyyden käyttö tarvittaessa⁶⁸.
- Australialaisessa laadullisessa tutkimuksessa iäkkäät potilaat, jotka seurasivat hoitotyöntekijöiden toimintaa heidän antaessaan insuliinipistoksia, mitatessaan verensokeria tai käsitellessään virtsakatetria (kuten pussin vaihto), kokivat oppivansa omahoitoon liittyviä teknisiä asioita. Samalla heillä oli mahdollisuus esittää asiaan liittyviä kysymyksiä.⁴¹

> ammattilaisten kokemuksen mukaan iäkkäät saattavat olla epävarmoja jatkohoidosta, koska kukaan ei ole varmistanut ovatko he ymmärtäneet ohjauksen⁶⁹. **C**



Teach back -menetelmä^{70,71} on yksi tapa pyrkiä varmistamaan, että iäkäs henkilö on ymmärtänyt ohjauksen. Läkästä 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.

Läheisten
osallistuminen

Pyydä iäkkään luvalla hänen läheisensä mukaan kotiutumisen suunnitteluun, sillä

- > läheisten tuen koetaan* antavan iäkkäille varmuutta selviytyä itsenäisesti kotona^{40,41,46,49,50,56,59,69}. **A**
- > tiedonsaanti ja sen oikea-aikaisuus ovat merkityksellisiä läheisille heidän valmistautuessaan iäkkään kotiutumiseen^{45,52,59,69,72}. **A**
- > läheisillä koetaan* olevan merkittävä rooli iäkkään hoidossa sairaalasta kotiutuessa ja sen jälkeen^{41,46,72-74}. **A**
- > läheisten huomioimisen koetaan* toteutuvan epäjohdonmukaisesti iäkkään kotiutuessa^{41,52,55,75}. **A**
- Läheisten osallistuminen iäkkäiden hoitoon edellyttää positiivista vuorovaikutusta ammattilaisten kanssa, jolloin läheiset tuntevat tulleen huomioduksi. Huomioduksi tuleminen vastakohtana läheiset ovat kuvanneet epäonnistuneen vuorovaikutuksen (jonka syynä on ollut esim. kiire tai kontaktin välttely) aiheuttaneen heissä esimerkiksi pettymystä, alistuneisuutta, vihasuutta, stressiä ja turhautumista, sekä kokemuksen näkymättömäksi muuttumisesta ja hylätyksi tulemisesta. Nämä kokemukset ovat estäneet läheisiä kysymästä mielessä olevia kysymyksiä.⁷²
- > iäkkäillä ja heidän läheisillään voi olla erilainen käsitys läheisen osallistumisesta hoitoon^{44,59}. **C**

Tue sairaalasta kotiutuvan iäkkään läheisiä yksilöllisesti, sillä

- > läheisiä ilmeisesti kuormittaa heidän keskeinen roolinsa iäkkäiden hoidossa sairaalasta kotiutuessa ja sen jälkeen^{59,72}. **B**
- Suomalaiseen asiantuntijakokemukseen perustuen suositustyöryhmä toteaa, että avoin keskustelu jatkohoidosta voi lieventää läheisten huolta arjen sujumisesta iäkkään kotiutumisen jälkeen. Keskeistä on antaa konkreettista tietoa esimerkiksi siitä, mitkä asiat kuuluvat kotihoitoon tehtäviin, mistä saa tarvittavat apuvälineet ja mihin voi ottaa yhteyttä, jos iäkkään kotona selviytymistä täytyy arvioida uudelleen.
- > läheisten omat tiedot ja tuen tarpeet iäkkäiden kotiutuessa saattavat vaihdella^{50,52}. **C**
- > läheisille suunnattu yksilöllinen iäkkäiden kotiutumiseen liittyvä tuki saattaa parantaa läheisen valmiuksia toimia omaishoitajana kotiutumisen jälkeen^{76,77}. **C**



! Iäkkäältä henkilöltä voi kysyä hänen perhesuhteistaan ja kenelle hän haluaa hoitoon liittyvistä asioistaan kerrottavan. Lisäksi on hyvä huomioida, että kaikilla iäkkäillä henkilöillä ei ole perhettä tai läheisiä. Perheettömyyden ei kuitenkaan pitäisi olla este hyvälle hoidolle tai kotiutumiselle. Palvelujärjestelmässä onkin tärkeää kiinnittää huomiota erityisesti niihin iäkkäisiin henkilöihin, joilla ei ole läheisiä.^{56,78,79}

* iäkkäiden, heidän läheistensä ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemus

Näytönaste **A** Vahva näyttö **B** Kohtalainen näyttö **C** Heikko näyttö **D** Hyvin heikko näyttö tai asiantuntijoiden konsensus

Kotiutumisen suunnittelu



Arvioi kotiutumisen yhteydessä iäkkään palveluiden tarpeita ja kotiympäristön turvallisuutta yhteistyössä iäkkään ja hänen läheistensä kanssa, sillä

- > iäkkäille kotiin suunniteltujen palveluiden toteutumisessa saattaa olla puutteita⁸⁰. **C**
- > iäkkäiden yksilöllinen kotiutumisen suunnittelu todennäköisesti vähentää uusintakäyntejä sairaalaan^{81,82}. **B**
- Uusintakäyntejä vähentävien interventioiden keskeisiä elementtejä näyttäisivät olevan moniammatillisuus, kokonaisvaltaisuus sekä päätöksenteon tuki^{81,82}.
- > yksilöllinen ja moniammatillinen kotiutumisen suunnittelu saattaa lisätä iäkkäiden tyytyväisyyttä kotiutumiseen sekä parantaa itsearvioitua terveyttä⁸¹. **C**
- > sairaalasta kotiutuneilla iäkkäillä saattaa olla kotona selviytymistä vaikeuttavia ongelmia ja tuen tarpeita, jotka ilmenevät vasta kotiutumisen jälkeen⁸³. **C**



Kotikuntoutus voidaan kohdentaa sairaalasta kotiutuvalle iäkkäälle henkilölle. Aikaan sidotulla 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



Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista velvoittaa kunnat vastaamaan 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 näkemys vaihtoehdoista on kirjattava suunnitelmaan. Palvelusuunnitelma on tarkistettava ilman aiheetonta viivytystä aina silloin, kun iäkkään henkilön toimintakyvyssä tapahtuu hänen palvelutarpeeseensa vaikuttavia olennaisia muutoksia.²⁰

sekä jatkosuunnitelman laatimisesta. 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 edistävässä hoitotyössä ja toimintatavoissa.⁸⁴⁻⁸⁶ Kotiutumisen tuen olisi hyvä kestää ennalta määritellyn ajan ja olla koordinoitua, säännöllistä, moniammatillista sekä kokonaisvaltaiseen hoitosuunnitelmaan pohjautuvaa seurantaa, arviointia ja laaja-alaista palveluohjausta etäpalveluiden välinein ja/tai kotikäynnillä.⁸⁷

Kotiutumisen
tuki ja
seuranta

Arvioi ja tue sairaalasta kotiutuvan iäkkään toimintakykyä kokonaisvaltaisesti, sillä

> hoitajan tekemä kattava toimintakyvyn ja palveluiden tarpeen arviointi saattaa vähentää iäkkäiden uusintakäyntejä sairaalaan⁸⁸.



- Yhdysvaltaisessa havainnointitutkimuksessa osalla potilaista, joille arviointi tehtiin, riski uusintakäyntiin päivystyspoliklinikalle 72 tunnin kuluessa kotiutumisesta kuitenkin lisääntyi. Kotiutushoitaja toteutti arvion iäkkäiden kognitiivisesta toimintakyvystä (Short Portable Mental Status Questionnaire tai Mini-Cog), sekavuustilasta (Confusion Assessment Method, Richmond Agitation Sedation Scale tai CAM-ICU), päivittäisestä toimintakyvystä (Katzin päivittäisten toimintojen indeksi), kaatumisriskistä (Timed Up and Go -testi), hoitoprosessissa siirtymistä (Care Transitions Measure-3) sekä omaishoitajan kuormittuneisuudesta (Modified Caregiver Strain Index).⁸⁸

> pitkäaikaissairautta sairastavat iäkkäät saattavat kokea tarvitsevansa tukea arkielämään palaamisessa⁵¹. 



Kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi on moniammatillinen prosessi, jossa otetaan huomioon kaikki iäkkään henkilön elämän osa-alueet: toiminnalliset ja kognitiiviset kyvyt, sosiaalinen tuki, taloudellinen tilanne, ympäristötekijät sekä fyysinen ja psyykinen terveys. Arvioinnin pohjalta laaditaan yksilöity hoitosuunnitelma. Onnistuneen arvioinnin avulla voidaan parantaa iäkkään elämänlaatua, hidastaa gerastanien etenemistä ja vähentää sekä sairaalakäyntien määrää että sairaalajaksojen pituutta.^{89,90}



Näyttö kotiutumista tukevien interventoiden kustannusvaikuttavuudesta on ristiriitaista. Kuitenkin sydämen vajaatoimintaa sairastavia potilaita tarkastelevissa tutkimuksissa todettiin viitteitä siitä, että moniammatillinen seuranta kyseisen sairauden hoitoon erikoistuneessa yksikössä⁹¹ sekä moniammatillisen ja hoitotyöntekijän sairausspesifisen osaamisen yhdistäminen etämenetelmien hyödyntämiseen⁹² voivat olla kustannusvaikuttavia kotiutumista tukevia interventioita verrattuna tavanomaiseen hoitoon.

Lääkehoito



Kiinnitä huomiota sairaalasta kotiutuvan iäkkään lääkehoidon turvallisuuteen, sillä

- > iäkkäiden lääkehoidossa tapahtuu virheitä^{16,46,93-98}. **A**
- Lääkehoidossa tapahtuvia virheitä ovat muun muassa:
 - virheelliset lääkemääräykset (väärä lääke tai annostus)^{46,93-95,97}
 - tieto tehdyistä lääkemuutoksista ei välity potilaalle tai terveydenhuollon ammattilaisille⁴⁶
 - käytössä on vanhentunut tai muuten virheellinen lääkelista^{16,97}
 - määrätään lääkkeitä, joiden käyttöä suositellaan välttämään iäkkäillä^{94,95}.
- Lääkityspoikkeamina iäkäs esimerkiksi saattaa jättää lääkkeet kokonaan ottamatta tai ottaa väärän annoksen⁹³, jatkaa säännöllisesti kuuriluntoniseksi tarkoitettujen lääkkeiden käyttöä⁴⁶, käyttää jo lopetettuja lääkkeitä tai ei aloita uutena määrättyjä lääkkeitä⁹⁷. Taustalla voi olla esimerkiksi puutteet lääkehoidon ohjauksessa tai virheet lääkelistassa⁹⁴.

> sairaalasta kotiutuvien iäkkäiden lääkehoidossa saatetaan kokea* olevan epäohjonmukaisuutta^{99,100}. **C**

- Lääkemääräyksissä ilmeneviä epäohjonmukaisuuksia olivat esimerkiksi lääkemääräykset eri toimijoiden taholta, lääkkeitä annetut ristiriitaiset tai vaikeasti ymmärrettävät ohjeet sekä lääkkeiden vaihtaminen usein toiseen valmisteeseen. Lisäksi ongelmalliseksi koettiin, että käytössä olevia lääkkeitä ei tarkisteta potilaan omasta lääkelistasta, vaan tietoja kopioidaan sellaisenaan aiemmista listoista.¹⁰⁰
- Lääkehoidon kokonaisuuden koordinoinnin kehittämiseksi terveydenhuollon ammattilaiset ehdottavat esimerkiksi 1) perusterveydenhuollon lääkärin seuraavan lääkehoidon kokonaisuutta, 2) sähköisen potilastietojärjestelmän hyödyntämistä, 3) seurantakäyntien järjestämistä, 4) potilaan oman lääkelistan hyödyntämistä ja sen vertaamista potilastietojärjestelmän tietoihin sekä 5) farmaseutin apua mahdollisuuksien mukaan¹⁰⁰.

* iäkkäiden, heidän läheistensä ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemus

Näytönaste **A** Vahva näyttö **B** Kohtalainen näyttö **C** Heikko näyttö **D** Hyvin heikko näyttö tai asiantuntijoiden konsensus

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

> useiden lääkkeiden käyttö on ilmeisesti yhteydessä iäkkäiden lääkityspoikkeamiin^{93,101}. **B**

> useita lääkkeitä käyttävillä iäkkäillä ja heidän läheisillään saattaa olla erityisiä tarpeita lääkehoidon suunnittelussa ja toteutuksessa¹⁰². **C**

- Useita lääkkeitä käyttävien iäkkäiden lääkehoidosta huolehtivat läheiset ilmaisivat tarvitsevansa itse enemmän tukea voidakseen auttaa iäkästä lääkehoidossa hänen kotiutumisensa jälkeen¹⁰².

> geriatrinen kokonaisvaltainen arviointi saattaa vähentää lääkkeiden määrää niillä sairaalasta kotiutuvilla aivoinfarktin sairastaneilla iäkkäillä, joilla on käytössään useita lääkkeitä¹⁰³. **C**

Hyödynnä mahdollisuuksien mukaan farmaseutin palveluita iäkkään kotiutuessa sairaalasta, sillä

> iäkkäät ja heidän läheisensä saattavat kokea farmaseutin toteuttaman lääkehoidon ohjauksen merkitykselliseksi sairaalasta kotiutuessa⁴¹. **C**

Ohjaa iäkästä lääkehoidossa yksilöllisesti, sillä

> kaikilla iäkkäillä ei koeta* olevan riittävästi tietoa ja valmiuksia lääkehoitoonsa liittyen^{46,73,100}. **A**

- Lisäksi on hyvä huomioida, että iäkkään taloudellinen tilanne voi vaikuttaa hänen halukkuuteensa käyttää lääkkeitä ohjeistuksen mukaan¹⁰⁰.

> iäkkäät kokevat lääkehoidon muutosten vaikeuttavan lääkehoidon toteutusta^{59,60,73,74,104}. **A**

- Iäkkäät eivät välttämättä sitoudu säännöllisen lääkityksensä muutoksiin, jos he kokevat lääkkeen tarpeettomaksi, lääkkeestä tulee haittavaikutuksia, annos koetaan liian alhaiseksi vaikuttaakseen tai iäkäs kokee ottavansa liian monia lääkkeitä¹⁰⁵.
- Suomalaiseen asiantuntijakokemukseen perustuen suositustyöryhmä toteaa, että lääkehoitoon tehtävien muutosten jälkeen tulee hävittää vanhat lääkelistat ja koostaa uusi, selkeä lääkelista. Lisäksi on tärkeää selvittää, kuka huolehtii lääkityksestä kotona, otetaanko lääkkeet suoraan pakkauksista vai muulla tavoin annosteltuna ja onko valvottu lääkehoidon toteutus tarpeen. Jos iäkkäällä on lääkkeiden annosjakelu apteekista, on sovitava kuka noutaa lääkkeet ja huolehtii mahdollisista lääkehoidon muutoksista.

Kiinnitä huomiota lääkehoidon kokonaisuuteen ja keskustele lääkehoidosta muiden ammattilaisten kanssa iäkkään kotiutuessa sairaalasta, sillä

> iäkkäiden lääkehoitoon liittyvässä ammattilaisten välisessä viestinnässä ja koordinoinnissa ilmeisesti koetaan* olevan puutteita^{60,69,102,106}. **B**

- Suomalaiseen asiantuntijakokemukseen perustuen suositustyöryhmä toteaa, että ennen iäkkään kotiutumista hoitajan on hyvä omassa roolissaan ottaa erityisesti useita lääkkeitä käyttävien iäkkäiden lääkehoidon kokonaisuus puheeksi lääkärin kanssa sekä tarvittaessa keskustella lääkehoidon muutoksista kotihoidon työntekijöiden kanssa.

> ammattilaiset voivat kokea erityisesti monisairaiden iäkkäiden lääkehoidon kokonaisuuden huomioinnin tärkeäksi¹⁰⁰. **C**

- Terveystenhuollon ammattilaiset kuvaavat, että monisairaiden iäkkäiden lääkehoidon ja niihin mahdollisesti liittyvien seurantaverikokeiden kokonaisuuden koordinointi yhteistyössä apteekin kanssa on tärkeää. Lisäksi potilaiden valmiuksia ja sitoutumista lääkityksen omatoimiseen toteuttamiseen kotona tulee vahvistaa.¹⁰⁰



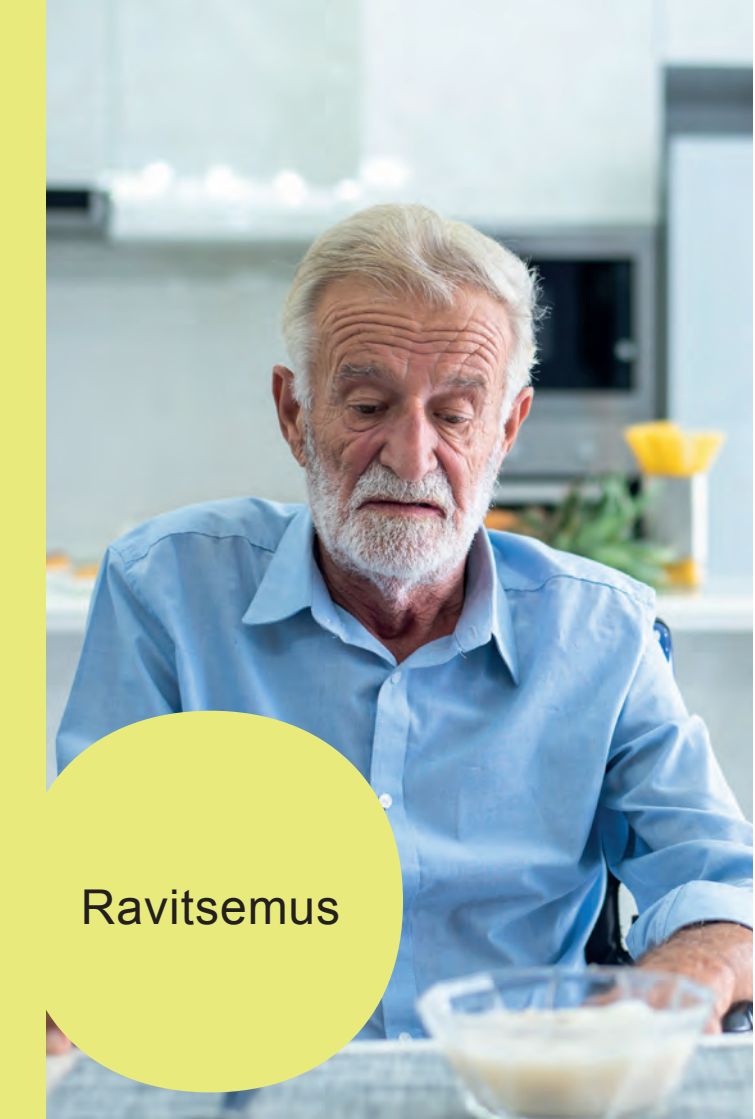
Suomalaisten terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön on kehitetty esimerkiksi Lääke 75+ tietokanta tukemaan iäkkäiden henkilöiden lääkehoitoa koskevaa kliinistä päätöksentekoa ja parantamaan lääkitysturvallisuutta perusterveydenhuollossa¹⁰⁷.



Farmaseuttien toteuttamia lääkehoidon jatkuvuutta turvaavia interventioita tarkasteltiin kahdessa taloudellisessa arviointitutkimuksessa. Tutkimuksessa¹⁰⁸, jossa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä lääkehoidon jatkuvuutta turvaava interventio oli laaja-alainen ja moniammatillinen, ei havaittu merkittäviä eroja kustannuksissa tai uusintakäynneissä interventio- ja verrokkiryhmien välillä. Sen sijaan kevyempi interventio¹⁰⁹, jossa farmaseutti osallistui potilaan lääkehoidon arviointiin ja seurantaan puhelimitse kymmenen päivän sisällä kotiutumisesta, vähensi uusintakäyntien määrää tavanomaiseen hoitoon verrattuna 30 ja 90 päivän seuranta-aikana.

* iäkkäiden, heidän läheistensä ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemus

Näytönaste **A** Vahva näyttö **B** Kohtalainen näyttö **C** Heikko näyttö **D** Hyvin heikko näyttö tai asiantuntijoiden konsensus



Ravitsemus

Kiinnitä huomiota erityisesti ali- tai vajaaravitsemusriskissä olevan iäkkään ravitsemustilaan ja hyödynnä mahdollisuuksien mukaan ravitsemusterapeutin erityisosaamista, sillä

> yksilöllinen ja motivoiva ravitsemusterapeutin toteuttama ravitsemukseen liittyvä ohjaus ja seuranta saattavat vähentää ali- tai vajaaravitettujen tai niiden riskissä olevien yksin asuvien iäkkäiden päivystyksellisiä uusintakäyntejä sairaalaan¹¹⁰. 



Tarkemmin iäkkäiden henkilöiden ravitsemusta edistäviin ja tukeviin tekijöihin voi tutustua esimerkiksi Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen Vireyttä seniorivuosiin – ikääntyneiden ruokasuosituksen avulla¹¹¹ sekä Gerontologinen ravitsemus Gery ry:n verkkosivuilla¹¹².

Organisaatiot,
resurssit ja
koulutus-
järjestelmä

Organisaatiotasolla on tärkeää huomioida iäkkäiden kotiutumiseen kohdentuvat riittävät resurssit, sillä

- > työolosuhteet saattavat estää ammattilaisia vastaamasta sairaalasta kotiutuvien iäkkäiden yksilöllisiin tarpeisiin^{40,44}. **B**
- Ajallisten ja taloudellisten resurssien puutteet voivat aiheuttaa ongelmia muun muassa tiedonkulussa, potilaiden hoidon suunnittelussa ja tilanteen arvioinnissa sekä kokonaisvastuun ottamisessa potilaan hoidosta. Puutteelliset resurssit voivat aiheuttaa iäkkäille myös turhia käyntejä terveydenhuollon palveluissa. Aikaa ja resursseja kohdistettaessa erityishuomiota tulisi kiinnittää niihin iäkkäisiin, joilla on erityisiä tuen tarpeita esimerkiksi sosiaaliseen tilanteeseen tai toimintakykyyn liittyen.⁶⁹
- > niukat sosiaali- ja terveydenhuollon resurssit saattavat johtaa iäkkäiden uusintakäynteihin sairaalaan⁵⁰. **C**
- > epäonnistunut kotiutumisprosessi todennäköisesti aiheuttaa iäkkäille pelkoa ja epävarmuutta^{42,60}. **B**



lääkään turvallista kotiutumista tukevia interventioita suunniteltaessa tulee kiinnittää huomiota resurssien viisaaseen käyttöön. On olemassa jonkin verran näyttöä siitä, että laaja-alaiset ja paljon resursseja edellyttävät kotiutumisen tuen interventiot eivät ole kustannusvaikuttavia kolmen ja kuuden kuukauden seuranta-aikana¹¹³⁻¹¹⁵. On mahdollista, että laaja-alaisempien kotiutumista tukevien interventioiden käyttöönotto edellyttää resursseja, joiden kustannukset nousevat korkeiksi suhteessa saavutettuihin hyötyihin. Sen sijaan on jonkin verran näyttöä siitä, että harkiten tavanomaiseen hoitoon integroidut ja palveluja yhteensovittavat interventiot¹¹⁶ voivat olla kustannusvaikuttavia kuuden kuukauden seuranta-aikana. Kustannusvaikuttavuusnäyttöä löytyi myös pelkistetyistä interventioista, jotka sisälsivät puhelin- tai etäseurantaa ja/tai yksittäisiä kotikäyntejä^{91,92,117}.

Organisaatiotasolla on tärkeää varmistaa, että toimijoiden väliselle yhteistyölle ei ole rakenteellisia tai toiminnallisia esteitä iäkkäiden kotiutuessa, sillä

> katkeamaton hoitoketju organisaatioiden välillä edistää iäkkäiden turvallista kotiutumista^{40,57}. **A**

- Katkeamatonta hoitoketjua edistävät hoidon koordinoitukäytännöt, kuten kotiutushoitaja, yhteisiä tapaamisia järjestävä toimiva moniammatillinen tiimi, potilaan ja perheen osallistuminen päätöksentekoon ja tarvittavien tietojen täydentämiseen sekä kehittyneet sähköiset järjestelmät ja kirjallinen tieto potilaan kokonaistilanteesta⁴⁰.
- Hoitoketjun jatkumista vaikeuttavat standardoitujen prosessien puute ja pirstaleinen viestintä, terveydenhuollon ammattilaisten erilaiset roolit ja tavoitteet potilaan hoidossa, puutteet kotiutumisen suunnittelussa ja hoitovastuun siirrossa sekä henkilöstöhallinnolliset ongelmat, kuten riittämätön henkilöstömäärä, henkilöstön puutteellinen osaaminen ja taitotas⁴⁰.

> iäkkäiden kotiutuessa organisaatioiden välisessä tiedonkulussa ja kommunikaatiossa on puutteita eri toimijoiden näkökulmista^{16,46,57,99}. **A**

> iäkkäiden kotiutuessa organisaatioiden välisen yhteistyön esteenä koetaan* olevan vastuun hajautuminen eri toimijoiden välille^{40,75}. **A**

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden ja oppilaitosten yhteistyönä tulee varmistaa, että sairaalasta kotiutuvia henkilöitä kohtaavalla henkilöstöllä on riittävää gerontologisen hoitotyön osaamista, sillä

> sairaalasta kotiutuvia iäkkäitä kohtaavien ammattilaisten gerontologisen hoitotyön osaamisessa ja koulutuksessa saattaa olla puutteita^{16,44,118}. **C**

- Sosiaali- ja terveysministeriö on todennut vuoden 2024 selvityksessään, että yksi erityisen kriittinen osaamisvaje Suomessa kaikilla yhteistyöalueilla on gerontologisessa hoitotyössä. Gerontologisen hoitotyön erikoiskoulutusten tarve tulevina vuosina nähtiin kasvavana ja tarpeellisenä. Selvityksessä useammalta hyvinvointialueelta ehdotettiin gerontologista hoitotyötä ylemmän korkeakoulutuksen tutkinnoiksi.¹¹⁹



Interventoiden käyttöönottokustannusten huomioimisen lisäksi iäkkäiden kotiutumista tukevia interventioita resurssiviisaasti suunniteltaessa tulisi kiinnittää huomiota henkilöstön osaamisen hyödyntämiseen ja edistämiseen sekä moniammatillisen yhteistyön mahdollisuuksiin. Tutkimusnäytön pohjalta on viitteitä siitä, että henkilöstön sairausryhmäkohtaisen erityisosaamisen edistäminen lisä- tai erikoistumiskoulutusten avulla^{91,92} voi edistää kotiutumisen tuen interventoiden kustannusvaikuttavuutta.

* iäkkäiden, heidän läheistensä ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemus

Näytönaste **A** Vahva näyttö **B** Kohtalainen näyttö **C** Heikko näyttö **D** Hyvin heikko näyttö tai asiantuntijoiden konsensus



Suosituksen käyttöönotto

Tämä kansallinen hoitosuositus on tarkoitettu iäkkäiden hoitotyötä tekeville sairaalassa ja kotihoidossa työskenteleville sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöille. Hoitosuositus on laadittu erityisesti käytettäväksi toimintayksiköissä yhteisen näyttööseen perustuvan toiminnan edistämiseksi ja yhdenmukaistamiseksi. Suositusta voi hyödyntää myös iäkkäiden hoidon kehittämisessä organisaatiotasolla sekä terveysalan opetuksessa. Suosituksen pohjalta voidaan työyhteisöissä laatia tarkistuslistoja ja esimerkiksi tiiviitä koulutuspaketteja tukemaan henkilöstön osaamista.

Hoitosuosituksen sisällöt on kirjattu siten, että niitä on mahdollista toteuttaa eri toimintaympäristöissä siitä näkökulmasta ja sellaisin resurssein, joita suosituksen kohderyhmänä olevilla ammattilaisilla on käytössään. Lisäksi hoitosuosituksessa on sisältöjä, joissa organisaatiotasolla suositellaan varmistamaan rakenteellisia tai toiminnallisia resursseja. Suositukset moniammatillisesta yhteistyöstä perustuvat oletukseen, että toimijoiden välillä on olemassa olevia yhteistyöverkostoja. Mikäli tässä yhteistyössä on puutteita, verkostojen luominen on ensisijainen tehtävä turvallisen kotiutumisen mahdollistamiseksi 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.

Taloudellisen arviointitiedon osalta olemassa olevaan tutkimuskirjallisuuteen pohjautuen ei voida yksiselitteisesti suositella tietyn tyyppisiä interventioita, eikä toisaalta perustellusti suositella tietyn tyyppisten interventioiden toteuttamista jättämistä. Suosituksen taloudellisen arviointitiedon tarkasteluun valitut tutkimukset tarkastelivat heterogeenistä joukkoa iäkkäiden kotiutumista tukevia interventioita eri maissa, mikä tekee johtopäätösten laatimisesta vaikeaa. Mukaan valittujen tutkimusten interventioista neljä arvioitiin kustannusvaikuttaviksi, yksi kustannusvaikuttavaksi varauksin ja neljä ei osoittautunut kustannusvaikuttavaksi. Näiden tutkimusten perusteella laaja-alaisimmat ja paljon resursseja vaativat interventiot¹¹³⁻¹¹⁵ eivät osoittautuneet kustannusvaikuttaviksi. Kevyempien interventioiden, kuten puhelinseurannan¹¹⁷ sekä yksittäisten kotikäyntien tai etäseurannan^{91,92,117} osalta löytyi näyttöä kustannusvaikuttavuudesta. Kahdessa kustannusvaikuttavaksi todetussa interventiossa^{91,92} hoidon toteuttivat sairausryhmäkohtaista erikoisosaamista omaavat hoitajat, mikä painottaa sairausryhmäkohtaisen osaamisen merkitystä interventioita suunniteltaessa ja toteutettaessa.

Organisaatioiden johtajilla eri tasoilla on keskeinen rooli tämän hoitosuosituksen sisältöjen käyttöönotossa ja tarvittavien uusien toimintatapojen jalkauttamisessa näyttööseen perustuvan toiminnan periaatteiden mukaisesti¹²⁰⁻¹²².

Työryhmän kokoonpano

PUHEENJOHTAJA



Mira Palonen

sh (AMK), TtT, erikoistutkija, Hoitotyön tutkimussäätiö; dosentti, Tampereen yliopisto
Mira työskentelee erikoistutkijana Hoitotyön tutkimussäätiö Hotuksella. Aiemmin hän on työskennellyt sairaanhoitajana päivystys- ja sydänpotilaita hoitavissa yksiköissä. Lisäksi hän on työskennellyt Tampereen yliopistossa, jossa hän on tehnyt ja ohjannut tutkimusta iäkkäisiin potilaisiin ja heidän perheisiinsä liittyvistä aiheista.

JÄSENET



Hanna-Mari Pesonen

sh, TtT, yliopettaja, Centria-ammattikorkeakoulu
Hanna-Mari työskentelee hoitotyön yliopettajana Centria-ammattikorkeakoulussa. Hänen kiinnostuksensa kohdistuu ikääntyneiden hoitotyön osaamisen vahvistamiseen ja kestävän työelämän kysymyksiin. Aiemmin hän on toiminut Oulun yliopistossa opetuksen, tutkimuksen, hallinnon ja suunnittelun tehtävissä sekä sairaanhoitajana yksiköissä, joissa hoidetaan iäkkäiden mielenterveyden häiriöitä.



Anja Rantanen

sh, TtT, yliopistonlehtori, dosentti, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto
Anja työskentelee yliopistonlehtorina Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnassa. Hänen tehtäviinsä kuuluu hoitotieteen maisteriohjelmassa opiskelevien opettaminen ja eri tasoisten oppinäytetöiden ohjaaminen. Tutkimus on keskitetty pitkäaikaissairautta sairastavien ja heidän perheenjäsentensä terveyden edistämiseen. Aiemmin hän on työskennellyt sairaanhoitajana erilaisissa toimintaympäristöissä, kuten kirurgisessa hoitotyössä ja kotisairaanhoidossa.



Heidi Siira

ft (AMK), TtT, yliopistonlehtori, Lääketieteen tekniikan ja terveystieteiden tutkimusyksikkö, Oulun yliopisto
Heidi työskentelee hoitotieteen yliopistonlehtorina Oulun yliopistossa. Hänen taustansa ja ydinosaamisensa liittyvät laaja-alaisesti vanhenemiseen ja vanhuuteen, kuntoutukseen ja aistivammaisuuteen. Hänellä on monipuolisesti työkokemusta ikääntyneiden parissa sosiaali- ja terveydenhuollon eri sektoreilla sekä kokemusta myös ammatillisesta koulutuksesta.



Anniina Tohmola

sh (AMK), TtT, yliopettaja, Lapin ammattikorkeakoulu
Anniina työskentelee yliopettajana Lapin ammattikorkeakoulussa. Hän on työskennellyt sairaanhoitajana sisätautien osastoilla julkisella ja yksityisellä sektorilla ennen terveystieteiden opettajan työtä. Ammattikorkeakoulussa hän on muun muassa opettanut ikääntyneiden hoitotyötä ja ohjannut oppinäytetöitä sekä työskennellyt monipuolisesti ikääntyneisiin ihmisiin ja hoitotyön osaamiseen liittyvissä hankkeissa. Tällä hetkellä hän on vastuuyliopettajana Digitaaliset terveyspalvelut ja terveyden edistäminen YAMK-tutkinnossa.



Henna Tiitinen

sh/th (AMK), TtM-opiskelija (terveystaloustiede), nuorempi tutkija
Hoitotyön tutkimussäätiö; projektitutkija, Itä-Suomen yliopisto, sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos
Henna työskentelee osa-aikaisena nuorempana tutkijana Hoitotyön tutkimussäätiö Hotuksella, jossa hänen tehtävänä on kehittää ja toteuttaa taloudellisen arviointitiedon integrointia Hotus-hoitosuosituksiin®. Lisäksi hän työskentelee projektitutkijana Itä-Suomen yliopiston tutkimushankkeessa, jossa tutkitaan hoitosuosituksen implementointia lääkemääräysten näkökulmasta sekä viimeistelee maisteritutkintoaan terveystaloustieteestä. Aiemmin hän on työskennellyt työterveyshoitajana.

ASIAINTUNTIJAT

Asiantuntijat ovat lukeneet ja kommentoineet suositusluonnosta ja suositusta on muokattu palautteiden perusteella.

Satu Elo, sh (AMK), TtT, dosentti, yliopettaja, Oulun ammattikorkeakoulu

Osmo Hekkala, kokemusasiantuntija

Niina Heldan, sh, kotiutusohitaja, Meilahden yhteispäivystys, HUS

Rauha Isoaho, kokemusasiantuntija

Kirsi Kariniemi, th, TtM, kotihoidon vastuuyksikköpäällikkö, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue

Hanna Kerminen, LT, geriatrian erikoislääkäri, lääkärikouluttajan erityispätevyys, Tampereen yliopisto ja Pirkanmaan hyvinvointialue

Päivi Peltola, sh (AMK), Sydänsairaala, Tays

Reetta Saarnio, esh, TtT, yliopettaja, Oulun ammattikorkeakoulu

Teija Suuniittu, geronomi (YAMK), Kotona asumista tukevien palveluiden asiakas-ohjaus, Pirkanmaan hyvinvointialue

Viima Westersund proviisori, TtM (terveystaloustiede), erikoissuunnittelija kansallinen HTA-koordinaatioyksikkö FinCCHTA (työryhmän jäsenenä 11/2024 asti)

Lähteet

1. Tilastokeskus. 2025. Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne [verkkojulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus. Väestö iän (5-v.) ja sukupuolen mukaan, 18562-2024. [viitattu 12.8.2025] Saatavilla: https://pxdata.stat.fi/PxWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__vaerak/statfin__vaerak_pxt_11rc.px/.
2. Tilastokeskus. 2025. Suomen virallinen tilasto (SVT): Asutuskunnat ja asuinolot [verkkojulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus. Asutuskunnat koon, vanhimman iän ja talotyypin mukaan, 2024Q4-2025Q2. [viitattu 12.8.2025]. Saatavilla: https://pxdata.stat.fi/PxWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__asku/statfin__asku_pxt_157s.px/.
3. Terveystien ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2025. Terve Suomi -tutkimus. Kyselyosuuden indikaattoritulokset: Toimintarajoitteista puolisoa säännöllisesti auttavien osuus. Saatavilla: https://www.thl.fi/terveysuusi_verkkoraportit/kyselyosuus_2024/ts_assist_spouse.html.
4. Sosiaali- ja terveysministeriö. Laatusuositus aktiivisen ja toimintakykyisen ikääntymisen ja kestävien palvelujen turvaamiseksi 2024-2027. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2024:4. Saatavilla: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165460/STM_2024_4_J.pdf.
5. Mabire C, Dwyer A, Garnier A, Pellet J. Meta-analysis of the effectiveness of nursing discharge planning interventions for older inpatients discharged home. *Journal of Advanced Nursing* 2017; 74: 788-799. DOI: 10.1111/jan.13475.
6. Gill TM, Gahbauer EA, Han L, Allore HG. The relationship between intervening hospitalizations and transitions between frailty states. *The Journals of Gerontology* 2011; 66A: 1238-1243. DOI: 10.1093/geron/glr142.
7. Constantin S, Dahlke S. How nurses restore and maintain mobility in hospitalised older people: An integrative literature review. *International Journal of Older People Nursing* 2018; 13: e12200-n/a. DOI: 10.1111/opn.12200.
8. Iäkkäiden henkilöiden lyhytaikaiseen sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn arviointi kuntoutuksen käynnistäjänä. Kerminen H, Jäppinen A-M, Kiviniemi K, Tikkanen P, Havulinna S. 2019. TOIMIA-suositus. Saatavilla: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138652/FINAL_TOIMIA%20suositus_iakkaiden_henkiloiden_lyhytaikaiseen_sairaalahoitoon_liittyva.pdf?sequence=5&isAllowed=y.
9. Bayliss EA, Ellis JL, Shoup JA, Zeng C, McQuillan DB, Steiner JF. Effect of continuity of care on hospital utilization for seniors with multiple medical conditions in an integrated health care system. *Annals of family medicine* 2015; 13: 123-129. DOI: 10.1370/afm.1739.
10. Blakey EP, Jackson D, Walthall H, Aveyard H. What is the experience of being readmitted to hospital for people 65 years and over? A review of the literature. *Contemporary nurse : A Journal for the Australian Nursing Profession* 2017; 53: 698-712. DOI: 10.1080/10376178.2018.1439395.
11. Long S, Hu L, Luo Y, Li Y, Ding F. Incidence and risk factors of falls in older adults after discharge: A prospective study. *International Journal of Nursing Sciences* 2023; 10: 23-29. DOI: 10.1016/j.injn.2022.12.010.
12. Adams CM, Tancredi DJ, Bell JF, Catz SL, Romano PS. Risk of Home Falls Among Older Adults After Acute Care Hospitalization: A Cohort Study. *Journal of Trauma Nursing* 2024; 31: 281-289. DOI: 10.1097/JTN.0000000000000816.
13. Valtioneuvosto. 2023. Vahva ja välittävä Suomi: Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelma 20.6.2023. Valtioneuvoston julkaisuja 2023:58. Saatavilla: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165042>.
14. Dimla B, Parkinson L, Wood D, Powell Z. Hospital discharge planning: A systematic literature review on the support measures that social workers undertake to facilitate older patients' transition from hospital admission back to the community. *Australasian Journal on Ageing* 2022; 42: 20-33. DOI: 10.1111/ajag.13138.
15. Sousa LdS, Pontes MdLdF, Pereira RR, Leite MAP, Nova FAdLV, Monteiro EA. Older adult transition from hospital to home from caregivers/ older adults'. *Acta Paulista de Enfermagem* 2023; 36: 1-8H. DOI: 10.37689/acta-ape/2023AR036311.
16. Mesteig M, Helbostad JL, Sletvold O, Røstad T, Saltvedt I. Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: a prospective observational study. *BMC Health Services Research* 2010; 10: 1-1. DOI: 10.1186/1472-6963-10-1.
17. Watkins L, Hall C, Kring D. Hospital to home: A transition program for frail older adults. *Lippincott's Case Management* 2012; 17: 117-123. DOI: 10.1097/NCM.0b013e318243d6a7.
18. World Health Organization (WHO). Maternal, newborn, child and adolescent health and ageing. Data portal: Ageing data. 2022. [viitattu 28.11.2022] Saatavilla: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/ageing-data>.
19. World Health Organization (WHO). The Global health observatory. Global health estimates: Life expectancy. 2022. [viitattu 28.11.2022] Saatavilla: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>.
20. Finlex. 2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Saatavilla: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>.
21. Orooji A, Nazari E, Sadeghi M, Moradi A, Jafari Z, Esmaily H. Factors associated with length of stay in hospital among the elderly patients using count regression models. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran* 2021; 35: 1-5. DOI: 10.47176/mjiri.35.5.
22. Loyd C, Markland AD, Zhang Y, Fowler M, Harper S, Wright NC, Carter CS, Buford TW, Smith CH, Kennedy R, Brown CJ. Prevalence of hospital-associated disability in older adults: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association* 2020; 21: 455-461.e455. DOI: 10.1016/j.jamda.2019.09.015.
23. Tanaka M, Yamamoto H, Kita T, Yokode M. Early prediction of the need for non-routine discharge planning for the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2008; 47: 1-7. DOI: 10.1016/j.archger.2007.06.002.

24. Calder LA, Arnason T, Vaillancourt C, Perry JJ, Stiell IG, Forster AJ. How do emergency physicians make discharge decisions? *Emergency Medicine Journal* 2015; 32: 9-14. DOI: 10.1136/emmed-2013-202421.
25. Djukanovic I, Hellström A, Wolke A, Schildmeijer K. The meaning of continuity of care from the perspective of older people with complex care needs—A scoping review. *Geriatric Nursing* 2024; 55: 354-361. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2023.12.016.
26. Shepperd S, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; 2013: CD000313. DOI: 10.1002/14651858.CD000313.pub4.
27. Gonçalves-Bradley D, Lannin N, Clemson L, Cameron I, Shepperd S. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2022; CD000313. DOI: 10.1002/14651858.CD000313.pub6.
28. Naylor MD, Kurtzman ET, Pauly MV. Transitions of elders between long-term care and hospitals. *Policy, Politics & Nursing practice* 2009; 10: 187-194. DOI: 10.1177/1527154409355710.
29. Markiewicz O, Lavelle M, Lorenzatto F, Judah G, Ashrafian H, Darzi A. Threats to safe transitions from hospital to home: a consensus study in North West London primary care. *British Journal of General Practice* 2020; 70: E9-E19. DOI: 10.3399/bjgp19X707105.
30. Parekh N, Ali K, Page A, Roper T, Rajkumar C. Incidence of medication-related harm in older adults after hospital discharge: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society* 2018; 66: 1812-1822. DOI: 10.1111/jgs.15419.
31. Sevilla-Cazes J, Ahmad FS, Bowles KH, Jaskowiak A, Gallagher T, Goldberg LR, Kangovi S, Alexander M, Riegel B, Barg FK, Kimmel SE. Heart failure home management challenges and reasons for readmission: a qualitative study to understand the patient's perspective. *Journal of General Internal Medicine* 2018; 33: 1700-1707. DOI: 10.1007/s11606-018-4542-3.
32. Doyle SK, Rippey JC, Jacques A, Rea AM, Kaiser BN, Miller SM, Anstey MHR. Effect of personalised, mobile-accessible discharge instructions for patients leaving the emergency department: A randomised controlled trial. *Emergency Medicine Australasia* 2020; 32: 967-973. DOI: 10.1111/1742-6723.13516.
33. Galvin EC, Wills T, Coffey A. Readiness for hospital discharge: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2017; 73: 2547-2557. DOI: 10.1111/jan.13324.
34. Mitchell SE, Laurens V, Weigel GM, Hirschman KB, Scott AM, Nguyen HQ, Howard JM, Laird L, Levine C, Davis TC, Gass B, Shaid E, Li J, Williams MV, Jack BW. Care transitions from patient and caregiver perspectives. *Annals of Family Medicine* 2018; 16: 225-231. DOI: 10.1370/afm.2222.
35. Marini G, Longhini J, Ambrosi E, Canzan F, Konraden H, Kabir ZN. Transitional care interventions in improving patient and caregiver outcomes after discharge: A scoping review. *Healthcare* 2025; 13: 312. DOI: 10.3390/healthcare13030312.
36. James J, Tan S, Stretton B, Kovoor JG, Gupta AK, Gluck S, Gilbert T, Sharma Y, Bacchi S. Why do we evaluate 30-day readmissions in general medicine? A historical perspective and contemporary data. *Internal Medicine Journal* 2023; 53: 1070-1075. DOI: 10.1111/imj.16115.
37. Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Fourth edition ed. Oxford: Oxford University Press, 2015.
38. Guan Y, Ru N, Kang R, Jia X, Xu T, Meng Z. A systematic review of economic evaluations in clinical nursing practices. *Journal of Nursing Management* 2024; 9939254. DOI: 10.1155/2024/9939254.
39. Huter K, Krick T, Rothgang H. Health economic evaluation of digital nursing technologies: A review of methodological recommendations. *Health Economics Review* 2022; 12: 1-13. DOI: 10.1186/s13561-022-00378-8.
40. Sun M, Liu L, Wang J, Zhuansun M, Xu T, Qian Y, Dela Rosa R. Facilitators and inhibitors in hospital-to-home transitional care for elderly patients with chronic diseases: A meta-synthesis of qualitative studies. *Frontiers in Public Health* 2023; 11: 1047723. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1047723.
41. Allen J, Hutchinson AM, Brown R, Livingston PM. User experience and care for older people transitioning from hospital to home: Patients' and carers' perspectives. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy* 2018; 21: 518-527. DOI: 10.1111/hex.12646.
42. Dilworth S, Higgins I, Parker V. Feeling let down: An exploratory study of the experiences of older people who were readmitted to hospital following a recent discharge. *Contemporary nurse* 2012; 42: 280-288. DOI: 10.5172/conu.2012.42.2.280.
43. Holm SE, Mu K. Discharge planning for the elderly in acute care: The perceptions of experienced occupational therapists. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics* 2012; 30: 214-228. DOI: 10.3109/02703181.2012.719601.
44. Lennox A, Braaf S, Smit DV, Cameron P, Lowthian JA. Caring for older patients in the emergency department: Health professionals' perspectives from Australia – The Safe Elderly Emergency Discharge project. *Emergency Medicine Australasia* 2019; 31: 83-89. DOI: 10.1111/1742-6723.13108.
45. Ellis-Hill C, Robison J, Wiles R, McPherson K, Hyndman D, Ashburn A. Going home to get on with life: Patients and carers experiences of being discharged from hospital following a stroke. *Disability and Rehabilitation* 2009; 31: 61-72. DOI: 10.1080/09638280701775289.
46. Groene RO, Orrego C, Suñol R, Barach P, Groene O. "It's like two worlds apart": an analysis of vulnerable patient handover practices at discharge from hospital. *BMJ Quality & Safety* 2012; 21: i67-i75. DOI: 10.1136/bmjqs-2012-001174.

47. Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus. 2024. Tarkistuslista tiedonkulun varmistamiseen kotihoitoon asiakkaan/potilaan siirtymässä palvelusta toiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. [Viitattu 26.10.2025] Saatavilla: <https://asiakasjapotilasturvallisuuskeskus.fi/ammattilaisille-ja-opiskelijoille/materiaalipankki/kuvauksia-ja-toimintamalleja/tarkistuslista-tiedonkulun-varmistamiseen-kotihoitoon-asiakkaan-potilaan-siirtymassa-palvelusta-toiseen-sosiaali-ja-terveydenhuollossa/>.
48. Nielsen LM, Gregersen Østergaard L, Maribo T, Kirkegaard H, Petersen KS. Returning to everyday life after discharge from a short-stay unit at the Emergency Department—a qualitative study of elderly patients' experiences. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2019; 14: 1563428. DOI: 10.1080/17482631.2018.1563428.
49. Rodrigue N, Laizner AM, Tze N, Sewith M. Experiences of older adult trauma patients discharged home from a level I trauma center. *Journal of Trauma Nursing* 2017; 24: 182-192. DOI: 10.1097/JTN.0000000000000288.
50. Slatyer S, Toye C, Popescu A, Young J, Matthews A, Hill A, Williamson DJ. 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* 2013; 22: 445-455. DOI: 10.1111/jocn.12029.
51. Facchinetti G, Albanesi B, Piredda M, Marchetti A, Ausili D, Ianni A, Di Mauro S, De Marinis MG. "The light at the end of the tunnel". Discharge experience of older patients with chronic diseases: A multi-centre qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 2021; 77: 2417-2428. DOI: 10.1111/jan.14790.
52. Palonen M, Kaunonen M, Helminen M, Åstedt-Kurki P. Discharge education for older people and family members in emergency department: A cross-sectional study. *International Emergency Nursing* 2015; 23: 306-311. DOI: 10.1016/j.ienj.2015.02.003.
53. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2025. Terve Suomi -tutkimus. Kyselytutkimuksen indikaattoritaulukot: Vähintään kohtalainen osaaminen internetissä asioimiseen. Saatavilla: https://www.thl.fi/terveys-suomi_verkkoraportit/kyselytutkimus_2024/ts_inter-net_skills_good.html.
54. Gabayan GZ, Gould MK, Weiss RE, Derose SF, Chiu VY, Sarkisian CA. Emergency Department Vital Signs and Outcomes After Discharge. *Academic Emergency Medicine* 2017; 24: 846-854. DOI: 10.1111/ajem.13194.
55. Palonen M, Kaunonen M, Åstedt-Kurki P. Family involvement in emergency department discharge education for older people. *Journal of Clinical Nursing* 2016; 25: 3333-3344. DOI: 10.1111/jocn.13399.
56. Perry MAC, Hudson S, Ardis K. "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* 2011; 43: 916-922. DOI: 10.2340/16501977-0874.
57. Møller N, Lerbæk B, Kollerup MG, Berthelsen C. Building bridges from different settings to a common ground – Strengthening transitions for older patients with multiple chronic conditions: A qualitative descriptive design. *Nordic Journal of Nursing Research* 2023; 43. DOI: 10.1177/2057158522114514.
58. Mudge AM, Shakhovskoy R, Karrasch A. Quality of transitions in older medical patients with frequent readmissions: Opportunities for improvement. *European Journal of Internal Medicine* 2013; 24: 779-783. DOI: 10.1016/j.ijim.2013.08.708.
59. Neiterman E, Wodchis WP, Bourgeault IL. Experiences of older adults in transition from hospital to community. *Canadian Journal on Aging* 2015; 34: 90-99. DOI: 10.1017/S0714980814000518.
60. Andreasen J, Lund H, Aadahl M, Sørensen EE. 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* 2015; 10. DOI: 10.3402/qhw.v10.27370.
61. Cossette S, Frasure-Smith N, Vadeboncoeur A, McCusker J, Guertin M-C. 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* 2015; 52: 666-676. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.12.007.
62. Friedman AJ, Cosby R, Boyko S, Hatton-Bauer J, Turnbull G. Effective teaching strategies and methods of delivery for patient education: A systematic review and practice guideline recommendations. *Journal of Cancer Education* 2011; 26: 12-21. DOI: 10.1007/s13187-010-0183-x.
63. Sherman JR. An initiative to improve patient education by clinical nurses. *Medsurg Nursing* 2016; 25: 297-333.
64. Coleman EA, Chugh A, Williams MV, Grigsby J, Glasheen JJ, McKenzie M, Min S-J. Understanding and execution of discharge instructions. *American Journal of Medical Quality* 2013; 28: 383-391. DOI: 10.1177/1062860612472931.
65. Hastings SN, Barrett A, Weinberger M, Oddone EZ, Ragsdale L, Hocker M, Schmadier KE. Older patients' understanding of emergency department discharge information and its relationship with adverse outcomes. *Journal of Patient Safety* 2011; 7: 19-25. DOI: 10.1097/PTS.0b013e31820c7678.
66. Hastings S, Stechuchak K, Oddone E, Weinberger M, Tucker D, Knaack W, Schmadier K. Older veterans and emergency department discharge information. *BMJ Quality & Safety* 2012; 21: 835-842. DOI: 10.1136/bmjqs-2011-000538.
67. Horwitz LI, Moriarty JP, Chen C, Fogarty RL, Brewster UC, Kanade S, Ziaei B, Jenq GY, Krumholz HM. Quality of discharge practices and patient understanding at an academic medical center. *JAMA Internal Medicine* 2013; 173: 1715-1722. DOI: 10.1001/jamainternmed.2013.9318.
68. Arjatsalo, C. 2022. Yhteinen kieli lisää asiakas- ja potilasturvallisuutta. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (Valvira). Saatavilla: <https://valvira.fi/-/yhteinen-kieli-lisaa-asiakas-ja-potilasturvallisuutta>.
69. Hansson A, Svensson ANN, Åhlström BH, Larsson LG, Forsman B, Ålsén P. Flawed communications: Health professionals' experience of collaboration in the care of frail elderly patients. *Scandinavian Journal of Public Health* 2018; 46: 680-689. DOI: 10.1177/1403494817716001.

70. Dinh H, Bonner A, Clark R, Ramsbotham J, Hines S. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 2016; 14: 210-247. DOI: 10.1112/jbisir-2016-2296.
71. Talevski J, Wong Shee A, Rasmussen B, Kemp G, Beauchamp A. Teach-back: A systematic review of implementation and impacts. *PLoS one* 2020; 15: e0231350. DOI: 10.1371/journal.pone.0231350.
72. Hvalvik S, Reiersen IA. 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* 2015; 10: 26554-26554. DOI: 10.3402/qhw.v10.26554.
73. Bagge M, Norris P, Heydon S, Tordoff J. Older people's experiences of medicine changes on leaving hospital. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 2014; 10: 791-800. DOI: 10.1016/j.sapharm.2013.10.005.
74. Xiong T, Li J, Mao J, Xu J. Medication-related problems among community-dwelling older adults after recent hospital discharge in mainland China. *Nursing Research* 2014; 63: 439-445. DOI: 10.1097/NNR.0000000000000064.
75. 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. Hospital discharge processes involving older adults living with dementia: An integrated literature review. *Journal of Clinical Nursing* 2018; 27: e712-e725. DOI: 10.1111/jocn.14144.
76. Shyu Y-IL, Chen M-C, Chen S-T, Wang H-P, Shao J-H. A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17: 2497-2508. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02450.x.
77. Toye C, Parsons R, Slatyer S, Aoun SM, Moorin R, Osseiran-Moisson R, Hill KD. 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* 2016; 64: 32-41. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2016.09.012.
78. Tiilikainen E. Jakamattomat hetket - Yksinäisyyden kokemus ja elämänkulku. Helsinki: Gaudeamus, 2019.
79. Bhalla A, Suri V, Kaur P, Kaur S. Involvement of the family members in caring of patients an acute care setting. *Journal of Postgraduate Medicine* 2014; 60: 382-385. DOI: 10.4103/0022-3859.143962.
80. Auslander GK, Soskolne V, Stanger V, Ben-Shahar I, Kaplan G. Discharge planning in acute care hospitals in Israel: Services planned and levels of implementation and adequacy. *Health & Social Work* 2008; 33: 178-188. DOI: 10.1093/hsw/33.3.178.
81. Dedhia P, Kravet S, Bulger J, Hinson T, Sridharan A, Kolodner K, Wright S, Howell E. A quality improvement intervention to facilitate the transition of older adults from three hospitals back to their homes. *Journal of the American Geriatrics Society* 2009; 57: 1540-1546. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2009.02430.x.
82. Bowles KH, Chittams J, Heil E, Topaz M, Rickard K, Bhasker M, Tanzer M, Behta M, Hanlon AL. Successful electronic implementation of discharge referral decision support has a positive impact on 30- and 60-day readmissions. *Research in Nursing and Health* 2015; 38: 102-114. DOI: 10.1002/nur.21643.
83. Altfeld SJ, Shier GE, Rooney M, Johnson TJ, Golden RL, Karavolos K, Avery E, Nandi V, Perry AJ. Effects of an enhanced discharge planning intervention for hospitalized older adults: a randomized trial. *The Gerontologist* 2013; 53: 430-440. DOI: 10.1093/geront/gns109.
84. Cochrane A, Furlong M, McGilloway S, Molloy DW, Stevenson M, Donnelly M, Cochrane A. Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016; 2016: CD010825-CD010825. DOI: 10.1002/14651858.CD010825.pub2.
85. Suomen Fysioterapeutit. 2017. Ikääntyvien kotikuntoutus. Saatavilla: <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/fysioterapia/ammattin-kehittaminen/%20ikaantyyvien-kotikuntoutus/>.
86. Penttinen L, Kehusmaa S, Havulinna S, Alastalo H. 2018. Kotihoitoon tarvitaan lisää kuntoutusosastamista. TOIMIA-suositus. Saatavilla: <https://www.julkari.fi/handle/10024/137238>.
87. Ong C, Asinas-Tan M, Quek L-S, de Dios M, Cai X-T, Lim B-L. Effectiveness of a post-emergency department discharge multidisciplinary bundle in reducing acute hospital admissions for the elderly. *European Journal of Emergency Medicine* 2019; 26: 94-99. DOI: 10.1097/MEJ.0000000000000504.
88. Hwang U, Dresden SM, Rosenberg MS, Garrido MM, Loo G, Sze J, Gravenor S, Courtney DM, Kang R, Zhu CW, Vargas-Torres C, Grudzen CR, Richardson LD. Geriatric emergency department innovations: Transitional care nurses and hospital use. *Journal of the American Geriatrics Society* 2018; 66: 459-466. DOI: 10.1111/jgs.15235.
89. Geriatriksen kokonaissuositusten arvioinnin suoritus. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2021. Saatavilla www.kaypahoito.fi [Viitattu 1.10.2025].
90. Veronese N, Custodero C, Demurtas J, Smith L, Barbagallo M, Maggi S, Cella A, Vanacore N, Aprile PL, Ferrucci L, Pilotto A. Comprehensive geriatric assessment in older people: an umbrella review of health outcomes. *Age and Ageing* 2022; 51. DOI: 10.1093/ageing/afac104.

91. Blum MR, Øien H, Carmichael HL, Heidenreich P, Owens DK, Goldhaber-Fiebert JD. Cost-effectiveness of transitional care services after hospitalization with heart failure. *Annals of Internal Medicine* 2020; 172: 248-257. DOI: 10.7326/M19-1980.
92. Egelseer-Bruendl T, Jahn B, Arvandi M, Puntischer S, Santamaria J, Brunelli L, Weissenegger K, Pfeifer B, Neururer S, Rissbacher C, Huber A, Fetz B, Kleinheinz C, Modre-Osprian R, Kreiner K, Siebert U, Poelzl G. Cost-effectiveness of a multidimensional post-discharge disease management program for heart failure patients—economic evaluation along a one-year observation period. *Clinical Research in Cardiology* 2024; 113: 1232-1241. DOI: 10.1007/s00392-024-02395-5.
93. Belda-Rustarazo S, Cantero-Hinojosa J, Salmeron-García A, González-García L, Cabeza-Barrera J, Galvez J. Medication reconciliation at admission and discharge: an analysis of prevalence and associated risk factors. *International Journal of Clinical Practice* 2015; 69: 1268-1274. DOI: 10.1111/ijcp.12701.
94. Kanaan AO, Donovan JL, Duchin NP, Field TS, Tjia J, Cutrona SL, Gagne SJ, Garber L, Preusse P, Harrold LR, Gurwitz JH. Adverse drug events after hospital discharge in older adults: types, severity, and involvement of Beers criteria medications. *Journal of the American Geriatrics Society* 2013; 61: 1894-1899. DOI: 10.1111/jgs.12504.
95. Mori ALPM, Carvalho RC, Aguiar PM, de Lima MGF, Rossi MDSPN, Carrillo JFS, Dórea EL, Storpirtis S. Potentially inappropriate prescribing and associated factors in elderly patients at hospital discharge in Brazil: a cross-sectional study. *International Journal of Clinical Pharmacy* 2017; 39: 386-393. DOI: 10.1007/s11096-017-0433-7.
96. Parekh N, Stevenson JM, Schiff R, Graham Davies J, Bremner S, Van der Cammen T, Harchowal J, Rajkumar C, Ali K. 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* 2018; 84: 2344-2351. DOI: 10.1111/bcp.13690.
97. Lancaster R, Marek KD, Bub LD, Stetzer F. Medication regimens of frail older adults after discharge from home healthcare. *Home Healthcare Nurse* 2014; 32: 536-542. DOI: 10.1097/NHH.0000000000000150.
98. Parekh N, Ali K, Stevenson JM, Davies JG, Schiff R, Van der Cammen T, Harchowal J, Raftery J, Rajkumar C. Incidence and cost of medication harm in older adults following hospital discharge: a multicentre prospective study in the UK. *British Journal of Clinical Pharmacology* 2018; 84: 1789-1797. DOI: 10.1111/bcp.13613.
99. Sarzynski E, Ensberg M, Parkinson A, Fitzpatrick L, Houdeshell L, Given C, Brooks K. Eliciting nurses' perspectives to improve health information exchange between hospital and home health care. *Geriatric Nursing* 2019; 40: 277-283. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2018.11.001.
100. Hannum SM, Abebe E, Xiao Y, Brown R, Peña IM, Gurses AP. Engineering care transitions: Clinician perceptions of barriers to safe medication management during transitions of patient care. *Applied Ergonomics* 2021; 91: 103299. DOI: 10.1016/j.apergo.2020.103299.
101. Bo M, Quaranta V, Fonte G, Falcone Y, Carignano G, Cappa G. Prevalence, predictors and clinical impact of potentially inappropriate prescriptions in hospital-discharged older patients: A prospective study. *Geriatrics & Gerontology International* 2018; 18: 561-568. DOI: 10.1111/ggi.13216.
102. Pereira F, Bieri M, del Rio Carral M, Martins MM, Verloo H. Collaborative medication management for older adults after hospital discharge: a qualitative descriptive study. *BMC Nursing* 2022; 21: 1-16. DOI: 10.1186/s12912-022-01061-3.
103. Hosoi T, Yamana H, Tamiya H, Matsui H, Fushimi K, Akishita M, Yasunaga H, Ogawa S. Association between comprehensive geriatric assessment and polypharmacy at discharge in patients with ischemic stroke: A nationwide, retrospective, cohort study. *eClinicalMedicine* 2022; 50: 101528. DOI: 10.1016/j.eclim.2022.101528.
104. Tomlinson J, Silcock J, Smith H, Karban K, Fylan B. Post-discharge medicines management: the experiences, perceptions and roles of older people and their family carers. *Health Expectations* 2020; 23: 1603-1613. DOI: 10.1111/hex.13145.
105. Mitchell B, Chong C, Lim WK. Medication adherence 1 month after hospital discharge in medical inpatients. *Internal Medicine Journal* 2016; 46: 185-192. DOI: 10.1111/imj.12965.
106. Daliri S, Bekker C, Buurman B, Scholte op Reimer W, van den Bemt B, Karapinar-Çarkit F. Barriers and facilitators with medication use during the transition from hospital to home: a qualitative study among patients. *BMC Health Services Research* 2019; 19: 204-210. DOI: 10.1186/s12913-019-4028-y.
107. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus (Fimea). Lääkehaut ja luettelot: Lääke 75+. Saatavilla: https://fimea.fi/laakehaut_ja_luettelot/laake75-
108. Karapinar-Çarkit F, van der Knaap R, Bouhannouch F, Borgsteede SD, Janssen MJA, Siegert CEH, Egberts TCG, van den Bemt PMLA, van Wier MF, Bosmans JE. Cost-effectiveness of a transitional pharmaceutical care program for patients discharged from the hospital. *PLoS one* 2017; 12: e0174513. DOI: 10.1371/journal.pone.0174513.
109. Odeh M, Scullin C, Fleming G, Scott MG, Home R, McElnay JC. Ensuring continuity of patient care across the healthcare interface: Telephone follow-up post-hospitalization. *British Journal of Clinical Pharmacology* 2019; 85: 616-625. DOI: 10.1111/bcp.13839.
110. Lindegaard Pedersen J, Pedersen P, Damsgaard E. Nutritional follow-up after discharge prevents readmission to hospital - A randomized clinical trial. *The Journal of Nutrition, Health & Aging* 2017; 21: 75-82. DOI: 10.1007/s12603-016-0745-7.
111. Valtion ravitsemusneuvottelukunta Tjht. Vireyttä seniorivuosiin -ikäkäänteiden ruokasuositus. Ohjeus 4/2020. Terveystien ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139415/THL_OHJ_4_2020_Vireytt%c3%a4%20seniorivuosiin_verkko.pdf?sequence=4&isAllowed=y.

112. Gerontologinen ravitseminen (Gery ry). Saatavilla: <https://www.gery.fi/>.
113. Sahota O, Pulikottil-Jacob R, Marshall F, Montgomery A, Tan W, Sach T, Logan P, Kendrick D, Watson A, Walker M, Waring J. Comparing the cost-effectiveness and clinical effectiveness of a new community in-reach rehabilitation service with the cost-effectiveness and clinical effectiveness of an established hospital-based rehabilitation service for older people: a pragmatic randomised controlled trial with microcost and qualitative analysis – the Community In-reach Rehabilitation And Care Transition (CIRACT) study. Health services and delivery research 2016; 4: 1-90. DOI: 10.3310/hsdr04070.
114. Wales K, Salkeld G, Clemson L, Lannin NA, Gitlin L, Rubenstein L, Howard K, Howell M, Cameron ID. A trial based economic evaluation of occupational therapy discharge planning for older adults: the HOME randomized trial. Clinical Rehabilitation 2018; 32: 919-929. DOI: 10.1177/0269215518764249.
115. Verweij L, Petri ACM, MacNeil-Vroomen JL, Jepma P, Latour CHM, Peters RJG, Scholte op Reimer WJM, Buurman BM, Bosmans JE. The Cardiac Care Bridge transitional care program for the management of older high-risk cardiac patients: An economic evaluation alongside a randomized controlled trial. PloS one 2022; 17: e0263130. DOI: 10.1371/journal.pone.0263130.
116. Hammar T, Rissanen P, Perälä M-L. The cost-effectiveness of integrated home care and discharge practice for home care patients. Health Policy 2009; 92: 10-20. DOI: 10.1016/j.healthpol.2009.02.002.
117. Wong FKY, So C, Chau J, Law AKP, Tam SKF, McGhee S. Economic evaluation of the differential benefits of home visits with telephone calls and telephone calls only in transitional discharge support. Age and Ageing 2015; 44: 143-147. DOI: 10.1093/ageing/afu166.
118. Mabire C, Büla C, Morin D, Goulet C. Nursing discharge planning for older medical inpatients in Switzerland: A cross-sectional study. Geriatric Nursing 2015; 36: 451-457.
119. Karhe L, Nygren P, Kirkonpelto T-M. Kliinisesti erikoistuvien sairaanhoitajien ennakoitu tarve vuosille 2024-2028: Selvitystyö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2024:9. Saatavilla: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165470>. 2024.
120. Finlex. 1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.
121. Gallagher-Ford L, Connor L. Transforming healthcare to evidence-based healthcare: A failure of leadership. The Journal of Nursing Administration 2020; 50: 248-250. DOI: 10.1097/NNA.0000000000000878.
122. Hotus. 2024. Näyttöön perustuvien yhtenäisten hoitotyön käytäntöjen kehittäminen ja käyttöönotto. Käsikirja FinYHKÄ-toimintamallin käyttöön. Hotus-käsikirja 2/2024. Kirjoittajat: Holopainen A, Siltanen H & Parisod H. Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavilla: www.hotus.fi.



Hotus

Laadukkaan hoitotyön puolesta