



lökkään turvallinen kotiutuminen sairaalasta

- Hotus-hoitosuositus®

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 kestäväen 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 opin-
näytetöiden ohjaaminen. Tutkimus on keskittynyt pitkäaikaissairautta sairastavien ja heidän perheen-
jäsentensä terveyden edistämiseen. Aiemmin hän on työskennellyt sairaanhoitajana erilaisissa toi-
mintaympäristöissä, 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 opin-
näytetöitä 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 hoitosuosittelun implementointia lääkemääräysten näkökulmasta sekä viimeistelee maisteritutkintoaan terveystaloustieteestä. Aiemmin hän on työskennellyt työterveyshoitajana.

Asiantuntijat

SATU ELO, sh (AMK), TtT, dosentti, yliopettaja, Oulun ammattikorkeakoulu

OSMO HEKKALA, kokemusasiantuntija

NIINA HELDAN, sh, kotiutushoitaja, 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 asiakasohjaus, Pirkanmaan hyvinvointialue

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

SIDONNAISUUDET: Suositustyöryhmän ja asiantuntijaryhmän jäsenillä ei ole suositusaiheeseen liittyviä sidonnaisuuksia, joista he hyötyisivät taloudellisesti tai jotka vaikuttaisivat suosituksen luotettavuuteen.

Sisällys

TYÖRYHMÄN KOKOONPANO	2
Johdanto	6
Suosituksen tarkoitus, tavoite ja keskeiset käsitteet	7
Suosituksen tarkoitus ja tavoite	7
Kohderyhmät	7
Keskeiset käsitteet	7
Taloudellinen arviointitieto	9
Suosituslauseet	10
1. läkkään kuulluksi tuleminen	10
2. läkkään yksilöllisen tilanteen arviointi	11
3. Ammatillinen vastuu	12
4. Ohjaus	13
5. Ohjauksen ymmärtäminen	14
6. Läheisten osallistuminen	15
7. Kotiutumisen suunnittelu	16
8. Kotiutumisen tuki ja seuranta	18
9. Lääkehoito	19
10. Ravitsemus	22
11. Organisaatiot, resurssit ja koulutusjärjestelmä	22
Menetelmät	24
Tiedonhaku	24
Tiedonlähteiden valinta	24
Tutkimusten laadunarviointi	25

Näytönastekatsausten ja suosituslauseiden laatiminen	26
Suosituksen käyttöönotto	28
Suosituksen päivittäminen	29
Jatkotutkimusaiheet	29
TYÖRYHMÄN JA ASiantuntijoiden sidonnaisuusdet	30
LÄHTEET	31

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 toimintakyvyllään heikentynyttä puolisoaan³. Iäkkäiden henkilöiden määrä kasvaa, ja vaikka iäkkäät ovat toimintakykyisiä pidempään, kokonaisuutena sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarve tällä ikäryhmällä tulee lisääntymään. Tämä puolestaan vaikuttaa palvelujärjestelmän kykyyn tarjota riittäviä palveluita kaikille niitä tarvitseville.⁴ Suomessa sairaalapaikkojen määrä on yksi Euroopan unionin (EU) alhaisimmista ja niiden määrä on yhä laskussa yhdenmukaisesti kansainvälisen trendin kanssa. Suurin vähennys vuodepaikoissa on iäkkäiden pitkäaikaishoidon yksiköissä.⁵

Edellä kuvatun mukaisesti hoitoajat sairaalassa ovat lyhyitä ja potilaat siirtyvät kotihoitoon nopeasti⁶. Lyhytkin sairaalahoito ja erityisesti liikkumattomuus hoitojakson aikana ovat merkittäviä riskejä iäkkään henkilön toimintakyvylle⁷⁻⁹. Toistuvat hoitoon liittyvät siirtymiset kodin ja sairaalan välillä lisäävät iäkkäiden sosiaalisia ja terveyteen liittyviä haittatapahtumia^{10,11}, kuten kaatumisia¹², joiden riski on suurin heti sairaalasta kotiutumisen jälkeen¹³.

Osa iäkkäistä palaa uudelleen sairaalahoitoon pian kotiutumisensa jälkeen. Ilmiön takana voivat olla lääketieteellisten syiden lisäksi esimerkiksi iäkkään henkilön epävarmuus tai pelko kotona selviytymisestä^{14,15} sekä puutteet hoidon jatkuvuudessa¹⁶, iäkkäille tarkoitetuissa palveluissa^{17,18} ja ohjauksessa¹⁹.

Kansallisena tavoitteena on, että iäkkäät henkilöt selviytyvät kotonaan mahdollisimman itsenäisesti kotiin tarjottavien palveluiden ja omaishoidon avulla²⁰. Onnistunut iäkkäiden potilaiden kotiutumisen suunnittelu on pitkä ja monivaiheinen prosessi, johon käytännössä kuitenkin liittyy paljon haasteita ja on harvoin riittävästi aikaa ja resursseja^{21,22}. Tämä lisää kotiutumiseen liittyviä ei-toivottujen tapahtumien riskejä, kuten potilaalle soveltumattomia lääkemääräyksiä tai puutteellisia jatkohoito-ohjeita^{23,24}. Riskien välttämiseksi ja turvallisen kotiutumisen varmistamiseksi yhtenäiset näyttöön perustuvat käytännöt ovat tärkeitä iäkkäiden siirtyessä sairaalasta kotiin. Keskeistä on vahvistaa iäkkään ja hänen läheistensä aktiivista osallisuutta sekä kuulluksi ja huomioduksi tulemisen tunnetta.

Nyt laadittu hoitosuositus korvaa vuonna 2020 julkaistun samannimisen suosituksen.

Suosituksen tarkoitus, tavoite ja keskeiset käsitteet

Suosituksen tarkoitus ja tavoite

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

Kohderyhmät

Hoitosuositus on tarkoitettu kaikkien niiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden käyttöön, jotka työssään hoitavat ja kohtaavat sairaalasta kotiutuvia iäkkäitä henkilöitä. Hoitosuositus 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.

Keskeiset käsitteet

lökäs henkilö

lökään 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^{25,26}. 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, psyykkinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen

vuoksi tai korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta²⁷. Hoitosuosituksen suosituslauseissa käytetään luettavuuden 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 hoitojaksoihin sairaalassa.

Turvallinen 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 syistä²⁸. Lyhentyneistä hoitoajoista huolimatta sairaalahoido lisää riskiä iäkkäiden toimintakyvyn heikkenemiselle²⁹. Kuitenkin toisinaan hieman pidempi hoitojakso sairaalassa tai muussa hoitopaikassa voi olla iäkkäille henkilöille eduksi, sillä voidakseen kotiutua turvallisesti, he tarvitsevat aikaa ja mahdollisuuksia valmistautua kotiutumiseen³⁰. Lisäksi hoitojakson aikana ammattilaisilla on aikaa arvioida kotiutumiseen liittyviä kotiympäristön riskejä¹³.

Pääsääntöisesti sairaalasta kotiutuminen on turvallista. Niissä kotiutumistilanteissa, joissa iäkkään turvallisuus vaarantuu, taustalla on usein päätöksiä, jotka olisivat vältettävissä yhtenäisiä toimintatapoja kehittämällä.^{16,31} Kotiutumisen suunnittelun tarkoituksena on parantaa potilastyytyväisyyttä, varmistaa kotiutumisen jälkeisten palveluiden sujuvuus, hallita terveydenhuollon kustannuksia sekä vähentää ennakoimattomia uusintakäyntejä³², joskin näyttö erilaisten interventtien vaikuttavuudesta on vähäistä³³. Lisäksi kotiutumisen suunnittelulla tarkoitetaan prosessia, joka ottaa huomioon potilaan omahoidon, potilaslähtöisyyden ja jatkoseurannan^{34,35}. Kotiutumisessa tulee huomioida myös mahdolliset riskitekijät, jotka voivat heikentää iäkkään terveydentilaa ja toimintakykyä sairaalasta kotiutumisen jälkeen^{36,37}. Suunnitelmallisuus ei tarkoita toimintaa, jossa jokaisen henkilön kotiutuminen toteutuu samalla tavalla, vaan pääpaino tulee aina olla yksilöllisissä tavoitteissa^{32,38}.

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.³⁹⁻⁴¹

Tässä hoitosuosituksen päivityksessä tarkastelun kohteeksi on otettu sellaiset hoitotyön toimet, joilla on välitön merkitys iäkkään turvalliselle 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.⁴² Lisäksi iäkkäiden henkilöiden kotiutuessa esimerkiksi kotiutumisen interventioiden vai-

kutusten osoittaminen kiistattomasti 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. *lääkään turvallinen kotiutuminen* 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 Hotuksen 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.⁴³

Vaikka hoitotyön interventioihin liittyvää taloudellista arviointitietoa on toistaiseksi saatavilla rajallisesti^{44,45}, 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.

Suosituslauseet

1. Iäkkään kuulluksi tuleminen

Kuuntele iäkästä ja ota huomioon hänen näkemyksensä kotiutumista suunniteltaessa, sillä

- **kuulluksi ja huomioiduksi tuleminen kotiutumiseen liittyvissä itseä koske-
vissa asioissa on iäkkäille merkityksellistä⁴⁶⁻⁴⁸. (A)**
 - Terveydenhuollon ammattilaisen on hyvä kiinnittää huomiota omaan asenteeseensa, välttyäkseen tekemästä olettamuksia esimerkiksi iäkkäiden päivittäisestä toimintaky-
vystä tai liikkumisesta ilman asianmukaista toimintakyvyn arviointia tai kuulematta iä-
kästä⁴⁹. Esimerkiksi australialaisessa haastattelututkimuksessa päivystyksessä työs-
kentelevät terveydenhuollon ammattilaiset kuvasivat pyrkivänsä omaksumaan iäk-
kaille sopivan kommunikointitavan. Kuitenkin henkilökunnan tietoisuus siitä, että joil-
lain iäkkäillä on alentunut kognitio tai kuulo, johti käyttämään yksinkertaisia lauseita ja
korottamaan puheäänensä voimakkuutta, vaikka tämä ei olisi ollut tarpeen⁵⁰, eikä nyky-
tiedon valossa ole oikea toimintatapa.
- **kuulluksi tuleminen sairaalasta kotiutumisen yhteydessä saattaa tukea iäkkäi-
den itsenäisyyttä⁴⁷. (C)**
 - Iäkkäiden henkilöiden ja heidän läheistensä kokemusten perusteella tuetuksi tulemi-
sen 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.⁵¹
- **ammattilaisten välisessä tiedonvaihdossa iäkäs saattaa jäädä kotiutumisen
suunnittelun ulkopuolelle^{47,52}. (C)**
 - Iäkästä henkilöä voi pyytää kuvaamaan omia huoliaan ja käsityksiään nykyisestä toi-
mintakyvystään ja kotiutumiseensa liittyvistä odotuksista. Niiden kuuleminen on tär-
keää, vaikka niiden toteuttaminen käytännössä ei olisi mahdollista.⁴⁹
 - Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus on laatinut tarkistuslistan tiedonkulun varmistam-
iseen kotiutuksen asiakkaan siirtyessä palvelusta toiseen sosiaali- ja terveydenhuol-
lossa. Siinä on huomioitu, että tieto kulkee organisaatioiden, ammattilaisten sekä po-
tilaan ja läheisen välillä.⁵³

Pyri aloittamaan iäkkään sairaalasta kotiutumisen suunnittelu mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, sillä

- **iäkkäät saattavat kokea merkitykselliseksi tulla kuulluksi kotiutumista koskevissa asioissa hyvissä ajoin ennen kotiutumista⁵⁴. (C)**

2. iäkkään 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^{46,55-58}. (A)**
 - Kotiutumista saattaa vaikeuttaa se, että potilas asuu kaukana sairaalasta, mikä voi vaikuttaa palvelujen saamiseen kotiutumisen jälkeen⁴⁶. 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 yöllä⁵⁸.
- **aiemmat kokemukset sairaalahoidosta ja toipumisesta ilmeisesti liittyvät iäkkäiden halukkuuteen kotiutua sairaalasta tai hakeutua uudelleen hoitoon^{48,55,56}. (B)**
 - Iäkkäiden henkilöiden kokemusten perusteella kotiutumisen jälkeen olo saattaa tuntua turvattomalta sairaalassa saadun hyvän ja huolehtivan hoidon jälkeen. Uusintakäynnille tullaan kuitenkin vasta silloin, kun vointi koetaan niin huonoksi, ettei muita vaihtoehtoja nähdä mahdollisiksi.⁴⁸
- **iäkkäiden heikot sähköisten viestintävälineiden käyttötaidot voidaan kokea* kotiutumiseen liittyvää vuorovaikutusta vaikeuttaviksi⁴⁶. (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.⁵⁹
- **sairaalasta kotiutuminen saattaa herättää iäkkäissä ristiriitaisia tunteita⁵⁷. (C)**

- Kotiutumisen herättämiä positiivisia tunteita ovat esimerkiksi iloisuus, innostus, valmius kotiutua ja rauhallisuus. Negatiivisia tunteita ovat esimerkiksi huolestuneisuus, sekavuus, epävarmuus, turvattomuus, väsymys ja kiukkuisuus.⁵⁷



Perusedellytyksenä on, että iäkkään fyysinen terveydentila mahdollistaa turvallisen kotiutumisen. Esimerkiksi yhdysvaltalaisessa kohorttitutkimuksessa päivystyskäynnillä lähellä kotiutumishetkeä mitattu matala systolinen verenpaine ($sRR < 97 \text{ mmHg}$), korkea syke ($P > 101 \text{ krt/min}$), kohonnut ruumiinlämpö ($oto > 37,3^\circ$) sekä matala happisaturaatio ($SpO_2 < 92 \%$) olivat yhteydessä iäkkäiden uusintakäynteihin päivystyspoliklinikalla. Vastaavasti iäkkäillä potilailla, joiden vitaaliarvot olivat normaalit, oli 96 % todennäköisyys välttyä uusintakäynniltä.⁶⁰

3. Ammatillinen vastuu

Kanna ammatillinen vastuusi iäkkään kotiutumiseen liittyvissä asioissa, sillä

- iäkkäät ja heidän läheisensä ilmeisesti kokevat luottavansa kotiutus päätöksessä terveydenhuollon ammattilaisiin^{14,56,61}. (B)
- ammattilaiset kokevat, että vastuun siirtäminen organisaatioiden välisestä tiedonsiirrosta iäkkäille heidän kotiutuessaan saattaa vaarantaa potilasturvallisuutta⁵². (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 varata⁵².
- ammattilaisten välinpitämättömyyden iäkkään asioista voidaan kokea* vaikeuttavan kotiutumista⁴⁶. (C)
 - Välinpitämättömyys voi ilmetä asenteessa ja puheen sävyssä vuorovaikutustilanteissa potilaan tai läheisen kanssa, ymmärrystä vaikeuttavan terminologian käyttönä sekä potilaan persoonan ja puheen sivuuttamisena⁴⁶.
- kotiutushoitajat kokevat, että iäkkäiden kotiutumista saattaa vaikeuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten keskinäisen arvostuksen puute⁶². (C)

Edistä omalla toiminnallasi moniammatillista yhteistyötä iäkkään kotiutuessa, sillä

- **ammattilaisten välisen yhteistyön koetaan* edistävän sujuvaa siirtymistä sairaalan ja kodin välillä^{46,47,62}. (A)**
 - Laadullisten tutkimusten järjestelmällisessä katsauksessa ja metasynteesissä iäkkään potilaan sairaalasta kotiutumista edistäviksi tekijöiksi mainittiin terveydenhuollon ammattilaisten väliset säännölliset kokoukset, keskinäinen luottamus, tuen ja avun antaminen sekä viestintä ja tiedonvaihto⁴⁶.
 - Ammattilaisten välinen yhteistyö voi toteutua esimerkiksi sairaalan, kotihoidon sekä apteekin välillä⁴⁷.

4. Ohjaus

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

- **ikäkkäiden saamassa tiedossa ja ohjauksessa kotiutumiseen liittyen on ilmeisesti puutteita^{58,61,63,64}. (B)**
 - Iäkkäiden henkilöiden kokemusten perusteella
 - lisää tietoa kaivataan muun muassa lääkityksestä, julkisista palveluista (mm. kotipalvelu, kuljetuspalvelut, kodin muutostyöt) ja niiden saavutettavuudesta, 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 kodistaan.⁵⁵
- **ikäkkäät kokevat, että tiedon puute aiheuttaa heille epävarmuutta kotiutumiseen liittyvissä asioissa^{47,48,51,55,58,61,65}. (A)**
 - Työyksiköissä on hyvä varmistaa, että iäkkäille henkilöille on tarjolla joku yhteydenpitokanava, jonka kautta voi esittää kotiutumisen jälkeen herääviä jatkohoitoon liittyviä kysymyksiä¹⁴.
- **ikäkkäät ja ammattilaiset kokevat, että puutteellinen tieto kotiutumisen yhteydessä saattaa johtaa suunnittelemattomiin uusintakäynteihin^{48,50}. (C)**

- yksilöllinen ja voimavaroja vahvistava ohjaus saattaa parantaa iäkkäiden omahoitovalmiuksia, psyykkistä hyvinvointia ja heidän kokemustaan hoidon jatkuvuudesta⁶⁶. (C)

Tarjota iäkkäälle ennakoivasti tietoa kotiutumiseen ja kotona selviytymiseen liittyen, sillä

- iäkkäät ilmeisesti kokevat selkeän ja ennakoivan tiedon merkitykselliseksi hoidon jatkuvuuden näkökulmasta^{54,57}. (B)



*Suositeltavaa 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.*^{67,68}

5. Ohjauksen ymmärtäminen

Varmista erilaisin menetelmin, että iäkäs on ymmärtänyt ohjauksen, sillä

- iäkkäillä on ohjauksen ymmärtämisessä yksilöiden välistä vaihtelua^{52,69-72}. (A)
 - Iäkkäillä sairaalasta kotiutuvilla potilailla havaittiin puutteita kotiutusohjeiden ymmärtämisessä. Useimmilla ymmärtämisen ongelmat liittyivät oireiden oletettuun keston (50–63 %)^{70,71}, lääkkeiden sivuvaikutuksiin (30 %)⁷¹, diagnoosiin (21–40 %)⁷⁰⁻⁷², omahoito-ohjeisiin (17 %)⁷⁰ tai millaisilla oireilla on tarpeen hakeutua uudelleen sairaalaan hoitoon (29–56 %)^{70,71}. Parempi terveydenlukutaito näyttäisi olevan yhteydessä parempaan ohjeiden ymmärtämiseen^{52,69}.
 - Yksilöllisyyttä voi huomioida ohjaustilanteissa esimerkiksi ottamalla huomioon kulttuurisensitiivisyyden ja yksilölliset erityistarpeet – kuten tulkin tai selkokieliisyyden käyttö tarvittaessa⁷³.
 - Australialaisessa laadullisessa tutkimuksessa iäkkäät potilaat, jotka seurasivat hoitotyöntekijöiden toimintaa heidän antaessaan insuliinipistoksia, mitatessaan veren-sokeria tai käsitellessään virtsakatetria (kuten pussin vaihto), kokivat oppivansa omahoitoon liittyviä teknisiä asioita. Samalla heillä oli mahdollisuus esittää asiaan liittyviä kysymyksiä.⁴⁷

- ammattilaisten kokemuksen mukaan iäkkäät saattavat olla epävarmoja jatkohoidosta, koska kukaan ei ole varmistanut ovatko he ymmärtäneet ohjauksen⁷⁴. (C)



Teach back -menetelmä^{75,76} on yksi tapa pyrkiä varmistamaan, että iäkäs henkilö on ymmärtänyt ohjauksen. Läkistä 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.

6. Läheisten osallistuminen

Pyydä iäkkään luvalla hänen läheisensä mukaan kotiutumisen suunnitteluun, sillä

- läheisten tuen koetaan* antavan iäkkäille varmuutta selviytyä itsenäisesti kotona^{46,47,52,55,56,61,64,74}. (A)
- tiedonsaanti ja sen oikea-aikaisuus ovat merkityksellisiä läheisille heidän valmistautuessaan iäkkään kotiutumiseen^{51,58,64,74,77}. (A)
- läheisillä koetaan* olevan merkittävä rooli iäkkään hoidossa sairaalasta kotiutuessa ja sen jälkeen^{47,52,77-79}. (A)
- läheisten huomioimisen koetaan* toteutuvan epäjohdonmukaisesti iäkkään kotiutuessa^{14,47,58,80}. (A)
 - Läheisten osallistuminen iäkkäiden hoitoon edellyttää positiivista vuorovaikutusta ammattilaisten kanssa, jolloin läheiset tuntevat tulleen huomioduksi. Huomioduksi tulemisen vastakohtana läheiset ovat kuvanneet epäonnistuneen vuorovaikutuksen (jonka syynä on ollut esim. kiire tai kontaktin välttely) aiheuttaneen heissä esimerkiksi pettymystä, alistuneisuutta, vihaisuutta, stressiä ja turhautumista, sekä kokemuksen näkymättömäksi muuttumisesta ja hylätyksi tulemisesta. Nämä kokemukset ovat esittäneet läheisiä kysymästä mielessä olevia kysymyksiä.⁷⁷
- iäkkäillä ja heidän läheisillään voi olla erilainen käsitys läheisen osallistumisesta hoitoon^{50,64}. (C)

Tue sairaalasta kotiutuvan iäkkään läheisiä yksilöllisesti, sillä

- **läheisiä ilmeisesti kuormittaa heidän keskeinen roolinsa iäkkäiden hoidossa sairaalasta kotiutuessa ja sen jälkeen^{64,77}. (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 kotihoidon tehtäviin, mistä saa tarvittavat apuvälineet ja mihin voi ottaa yhteyttä, jos iäkkään kotona selviytymistä täytyy arvioida uudelleen.
- **läheisten omat tiedon ja tuen tarpeet iäkkäiden kotiutuessa saattavat vaihdella^{56,58}. (C)**
- **läheisille suunnattu yksilöllinen iäkkäiden kotiutumiseen liittyvä tuki saattaa parantaa läheisen valmiuksia toimia omaishoitajana kotiutumisen jälkeen^{81,82}. (C)**



lääkäältä 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.^{61,83,84}

7. 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 puutteita⁸⁵. (C)**
- **iäkkäiden yksilöllinen kotiutumisen suunnittelu todennäköisesti vähentää uusintakäyntejä sairaalaan^{86,87}. (B)**
 - Uusintakäyntejä vähentävien interventioiden keskeisiä elementtejä näyttäisivät olevan moniammatillisuus, kokonaisvaltaisuus sekä päätöksenteon tuki^{86,87}.

- yksilöllinen ja moniammatillinen kotiutumisen suunnittelu saattaa lisätä iäkkäiden tyytyväisyyttä kotiutumiseen sekä parantaa itsearvioitua terveyttä⁸⁶. (C)
- sairaalasta kotiutuneilla iäkkäillä saattaa olla kotona selviytymistä vaikeuttavia ongelmia ja tuen tarpeita, jotka ilmenevät vasta kotiutumisen jälkeen⁸⁸. (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 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.⁸⁹⁻⁹¹ Kotiutumisen tuen olisi hyvä kestää ennalta määritellyn ajan ja olla koordinoitua, säännöllistä, moniammatillista sekä kokonaisvaltaiseen hoitosuunnitelmaan pohjautuvaa seurantaa, arviointia ja laaja-alaista palveluohjausta joko etäpalveluiden välinein ja/tai kotikäynneillä.⁹²



Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista velvoittaa kunnat vastaamaan siitä, että iäkkäälle henkilölle laaditaan **palvelusuunnitelma** viivytyksettä palveluntarpeen 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 vaihtoehtoista kokonaisuuden muodostamiseksi. Suunnitelma perustuu iäkkään henkilön toimintakykyä koskevaan arvioon. Iäkkään henkilön näkemykset vaihtoehtoista on kirjattava suunnitelmaan. Palvelusuunnitelma on tarkistettava ilman aiheetonta viivytystä aina silloin, kun iäkkään henkilön toimintakyvyssä tapahtuu hänen palveluntarpeeseensa vaikuttavia olennaisia muutoksia.²⁷

8. 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 sairaalaan⁹³. (C)**
 - Yhdysvaltalaisessa 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).⁹³
- **pitkäaikaissairautta sairastavat iäkkäät saattavat kokea tarvitsevansa tukea arkielämään palaamisessa⁵⁷. (C)**



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 psyykkinen terveys. Arvioinnin pohjalta laaditaan yksilöity hoitosuunnitelma. Onnistuneen arvioinnin avulla voidaan parantaa iäkkään elämänlaatua, hidastaa gerastenian etenemistä ja vähentää sekä sairaalakäyntien määrää että sairaalajaksojen pituutta.^{94,95}



Näyttö kotiutumista tukevien interventioiden kustannusvaikuttavuudesta on ristiriitaista. Kuitenkin sydämen vajaatoimintaa sairastavia potilaita tarkastelevissa tutkimuksissa todettiin viitteitä siitä, että moniammatillinen seuranta kyseisen sairauden hoitoon erikoistuneessa yksikössä⁹⁶ sekä moniammatillisen ja hoitotyöntekijän sairausspesifisen osaamisen yhdistäminen etämenetelmien hyödyntämiseen⁹⁷ voivat olla kustannusvaikuttavia kotiutumista tukevia interventioita verrattuna tavanomaiseen hoitoon.

9. Lääkehoito

Kiinnitä huomiota sairaalasta kotiutuvan iäkkään lääkehoidon turvallisuuteen, sillä

➤ **iäkkäiden lääkehoidossa tapahtuu virheitä^{23,52,98-103}. (A)**

- Lääkehoidossa tapahtuvia virheitä ovat muun muassa:
 - virheelliset lääkemääräykset (väärä lääke tai annostus)^{52,98-100,102}
 - tieto tehdyistä lääkemuutoksista ei välity potilaalle tai terveydenhuollon ammattilaisille⁵²
 - käytössä on vanhentunut tai muuten virheellinen lääkelista^{23,102}
 - määrätään lääkkeitä, joiden käyttöä suositellaan välttämään iäkkäillä^{99,100}.
- Lääkityspoikkeamina iäkäs esimerkiksi saattaa jättää lääkkeit kokonaan ottamatta tai ottaa väärän annoksen⁹⁸, jatkaa säännöllisesti kuuriluontoiseksi tarkoitettujen lääkkeiden käyttöä⁵², käyttää jo lopetettuja lääkkeitä tai ei aloita uutena määrättyjä lääkkeitä¹⁰². Taustalla voi olla esimerkiksi puutteet lääkehoidon ohjauksessa tai virheet lääkelistassa⁹⁹.

➤ **sairaalasta kotiutuvien iäkkäiden lääkehoidossa saatetaan kokea* olevan epäjohtonmukaisuutta^{104,105}. (C)**

- Lääkemääräyksissä ilmeneviä epäjohtonmukaisuuksia 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.¹⁰⁵
- 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 mukaan¹⁰⁵.

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

➤ **useiden lääkkeiden käyttö on ilmeisesti yhteydessä iäkkäiden lääkityspoikkeamiin^{98,106}. (B)**

- **useita lääkkeitä käyttävillä iäkkäillä ja heidän läheisillään saattaa olla erityisiä tarpeita lääkehoidon suunnittelussa ja toteutuksessa¹⁰⁷. (C)**
 - Useita lääkkeitä käyttävien iäkkäiden lääkehoidosta huolehtivat läheiset ilmaisivat tarvitsevänsä itse enemmän tukea voidakseen auttaa iäkästä lääkehoidossa hänen kotiutumisensa jälkeen¹⁰⁷.
- **geriatrinen kokonaisvaltainen arviointi saattaa vähentää lääkkeiden määrää niillä sairaalasta kotiutuvilla aivoinfarktin sairastaneilla iäkkäillä, joilla on käytössään useita lääkkeitä¹⁰⁸. (C)**

Hyödynnä mahdollisuuksien mukaan farmaseutin palveluita iäkkään kotiutuessa sairaalasta, sillä

- **iäkkäät ja heidän läheisensä saattavat kokea farmaseutin toteuttaman lääkehoidon ohjauksen merkitykselliseksi sairaalasta kotiutuessa⁴⁷. (C)**

Ohjaa iäkästä lääkehoidossa yksilöllisesti, sillä

- **kaikilla iäkkäillä ei koeta* olevan riittävästi tietoa ja valmiuksia lääkehoitoonsa liittyen^{52,78,105}. (A)**
 - Lisäksi on hyvä huomioida, että iäkkään taloudellinen tilanne voi vaikuttaa hänen halukkuuteensa käyttää lääkkeitä ohjeistuksen mukaan¹⁰⁵.
- **iäkkäät kokevat lääkehoidon muutosten vaikeuttavan lääkehoidon toteutusta^{64,65,78,79,109}. (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 lääkkeitä¹¹⁰.
 - 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 lääkkeitä suoraan pakkauksista vai muulla tavoin annosteltuna ja onko valvottu lääkehoidon toteutus tarpeen. Jos iäkkäällä on lääkkeiden annosjakelu apteekista, on sovittava kuka noutaa lääkkeitä 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^{65,74,107,111}. (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 tärkeäksi¹⁰⁵. (C)**

- Terveystieteiden ammattilaiset kuvasivat, 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.¹⁰⁵



Suomalaisten terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön on kehitetty esimerkiksi Lääke 75+ tietokanta tukemaan iäkkäiden henkilöiden lääkehoitoa koskevaa kliinistä päätöksentekoa ja parantamaan lääkitysturvallisuutta perusterveydenhuollossa¹¹².



Farmaseuttien toteuttamia lääkehoidon jatkuvuutta turvaavia interventioita tarkasteltiin kahdessa taloudellisessa arviointitutkimuksessa. Tutkimuksessa¹¹³, 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 interventio¹¹⁴, 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.

10. Ravitseminen

Kiinnitä huomiota iäkkään, erityisesti ali- tai vajaaravitsemusriskissä olevan, 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 uusintakäyntejä¹¹⁵. (C)



Tarkemmin iäkkäiden henkilöiden ravitsemusta edistäviin ja tukeviin tekijöihin voi tutustua esimerkiksi Terveystieteiden tutkimuskeskuksen Vireyttä seniorivuosiin – ikääntyneiden ruokasuositusten avulla¹¹⁶ sekä Gerontologinen ravitseminen Gery ry:n verkkosivuilla¹¹⁷.

11. Organisaatiot, resurssit ja koulutusjärjestelmä

Organisaatiotasolla on tärkeää huomioida iäkkäiden kotiutumiseen kohdentuvat riittävät resurssit, sillä

- työolosuhteet saattavat estää ammattilaisia vastaamasta sairaalasta kotiutuvien iäkkäiden yksilöllisiin tarpeisiin^{46,50}. (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.⁷⁴
- niukat sosiaali- ja terveydenhuollon resurssit saattavat johtaa iäkkäiden uusintakäynteihin sairaalaan⁵⁶. (C)
- epäonnistunut kotiutumisprosessi todennäköisesti aiheuttaa iäkkäille pelkoa ja epävarmuutta^{48,65}. (B)

€ Iäkkään 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-aikana¹¹⁸⁻¹²⁰. 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 interventiot¹²¹ voivat olla kustannusvaikuttavia kuuden kuukauden seuranta-aikana. Kustannusvaikuttavuusnäyttöä löytyi myös pelkistetyistä interventioista, jotka sisälsivät puhelin- tai etäseurantaa ja/tai yksittäisiä kotikäyntejä^{96,97,122}.

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^{46,62}. (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 kokonaistilanteesta.⁴⁶
 - 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 taitotaso⁴⁶.
- **ikäkkäiden kotiutuessa organisaatioiden välisessä tiedonkulussa ja kommunikaatiossa on puutteita eri toimijoiden näkökulmista^{23,52,62,104}. (A)**
- **ikäkkäiden kotiutuessa organisaatioiden välisen yhteistyön esteenä koetaan* olevan vastuun hajautuminen eri toimijoiden välille^{46,80}. (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^{23,50,123}. (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.¹²⁴



Interventioiden 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 erityisosaimisen edistäminen lisä- tai erikoistumiskoulutusten avulla^{96,97} voi edistää kotiutumisen tuen interventioiden kustannusvaikuttavuutta.

Menetelmät

Tiedonhaku

Tiedonhaku toteutettiin yhdessä Helsingin yliopiston tietoasiantuntijan kanssa seuraaviin tietokantoihin: Medic, Medline (Ovid), Cinahl, Psychinfo, Scopus, Cochrane Library. Koska kyseessä oli aiemman hoitosuosituksen päivitys, haku rajattiin aiemman suosituksen haun päättymisen vuoteen. Vuosirajauksena käytettiin siten 2018–2024, paitsi kustannuksia ja taloudellisia arviointeja sisältävissä tutkimuksissa, joita ei ollut käsitelty alkuperäisessä suosituksessa. Niiden osalta vuosirajauksena käytettiin 2008–2024. Viimeisin tiedonhaun ajankohta oli 27.11.2024. Tiedonhaussa käytetyt hakustrategiat löytyvät Hoitotyön tutkimussäätiön verkkosivuilta.

Tiedonlähteiden valinta

Hoitosuositukseen otettiin mukaan järjestelmälliset katsaukset ja alkuperäistutkimukset, joiden laatu arvioitiin riittävän hyväksi (JBI:n kriittisen arvioinnin tarkistuslistat eri tutkimusasetelmille¹²⁵) ja jotka liittyivät iäkkäiden henkilöiden turvalliseen kotiutumiseen sairaalasta. Mukaan

ei otettu järjestelmällisiä katsauksia, joiden alkuperäistutkimusten laatua ei ollut arvioitu tai niiden laatu oli arvioitu heikoksi.

Hoitosuosituksen sisällytettiin artikkelit ja tulokset, jotka kohdistuivat:

- turvalliseen kotiutumiseen liittyviin kokemuksiin tai sitä tukeviin interventioihin
- tutkittaviin henkilöihin, joiden ikä tai iän mediaani oli vähintään 65 vuotta tai ammattilaisten arvioihin hoidosta, joka kohdentui tähän ikäryhmään
- henkilöihin, jotka kotiutuivat sairaalasta omaan kotiin
- korkeintaan 30 vuorokauden seuranta-aikaan kotiutumisen jälkeen^a
- potilaan määrittämiin, kotiutumisvaiheen hoitoon osallistuviin läheisiin
- täydellisiin taloudellisiin arviointitutkimuksiin^b

^a Ei koske taloudellista arviointitietoa, ^b Koskee vain taloudellista arviointitietoa

Hoitosuosituksesta suljettiin pois artikkelit, jotka:

- kohdistuivat hoitolaitoksesta toiseen siirtymistä
- kohdistuivat kotiutumiseen muista terveydenhuollon organisaatioista kuin sairaalasta
- kohdistuivat kotiutumiseen kotisairaalahoidon piiriin
- kohdistuivat organisaatioturvallisuuteen tai hoitajien työturvallisuuteen
- olivat toisen käden kuvauksia aiheesta, mm. hoitaja arvioi potilaiden ohjauksen omaksumista
- oli tehty case study -asetelmalla
- olivat pilottitutkimuksia
- olivat pääkirjoituksia, käsiteanalyyskejä tai muita ei-empiirisiä tutkimuksia

Yksi suositustyöryhmän (taloudellisen arviointitiedon osalta kaksi) jäsenistä valitsi Covidence-ohjelmassa ennalta asetettujen mukaanotto- ja poissulkukriteerien perusteella laadunarviointivaiheeseen mukaan tulevat artikkelit otsikko- ja tiivistelmätasolla. Kokotekstien tasolla valinnan teki kaksi suositustyöryhmän jäsentä itsenäisesti. Valintaan liittyneet konfliktit ratkaistiin keskustelemalla arvioitsijoiden ja koko työryhmän välillä konsensuksen saavuttamiseksi. Tilanteissa, jossa konsensusta ei olisi saavutettu, lopullisen päätöksen arvioinnin tuloksesta olisi tehnyt työryhmän kolmas jäsen tai puheenjohtaja, mutta sellaisia tilanteita ei esiintynyt.

Tutkimusten laadunarviointi

JBI:n kriittisen arvioinnin tarkistuslistat

Mukaanottokriteereiden perusteella valittujen tutkimusten menetelmällinen laatu arvioitiin Covidence-ohjelmassa kunkin tutkimuksen asetelman mukaisilla kriteereillä¹²⁵. Laadun arvioi itsenäisesti kaksi työryhmän jäsentä tai Hotuksen työntekijää, jonka jälkeen arviointeja verrattiin ja eriaivista kohdista keskusteltiin työryhmän muiden jäsenten kanssa. Hyväksymisrajana käytettiin yli 50 prosentin toteutumaa kriteereistä.

Laajennettu CHEC-arviointilista

Taloudellisen arviointitiedon osalta mukaanottokriteerien perusteella valitut tutkimukset arvioitiin Covidence-ohjelmassa laajennetun CHEC (Consensus Health Economic Criteria) -arviointilistan¹²⁶ mukaisesti. Laatu arvioitiin kahden arvioitsijan toimesta, jonka jälkeen arviointeja verrattiin ja eriävistä kohdista keskusteltiin arvioitsijoiden toimesta. Myös taloudellisen arviointitiedon osalta hyväksymisrajana käytettiin yli 50 prosentin toteumaa kriteereistä.

Näytönastekatsausten ja suosituslauseiden laatiminen

Työryhmän jäsenet kokosivat näytönastekatsauskoosteisiin mukaanottokriteerien ja laadunarvioinnin perusteella hyväksytyjen järjestelmällisten katsausten ja alkuperäistutkimusten tulokset, jotka vastasivat hoitosuosituksen kysymyksiin. Jokaisessa näytönastekatsauksessa kuvattiin kyseisen suosituslauseen kannalta keskeiset tulokset, tutkimuksen toteutus, laadunarvioinnin tulos sekä tutkimustulosten soveltuvuus suositukseen. Näytönastekatsausten pohjalta laadittiin suosituslausekokonaisuudet, jotka koostuivat ohjaavista lauseista ja suosituslauseista. Uudet tutkimustulokset yhdistettiin alkuperäisen suosituksen pohjana käytettyihin tutkimuksiin siten, että samaa ilmiötä kuvaavat tutkimukset yhdistettiin ja tarvittaessa suosituslausetta muokattiin sisältöä vastaavaksi. Kokonaan uutta tietoa tuottavien tutkimusten pohjalta laadittiin uusia suosituslauseita. Osa alkuperäisen suosituksen tutkimuksista poistettiin tiukennetun aikarajauksen vuoksi. Suosituslauseiden näytönasteen määräytymiseen vaikutti se, kuinka vahvaa ja yhdenmukaista näyttöä näytönastekatsauksen tutkimukset tuottivat ottaen huomioon tutkimusten laadun, määrällisten tutkimusten osalta tutkimusten otoskoon, harhan riskin sekä laadullisten tutkimusten osalta aineiston rikkauden ja riittävyyden (Taulukko 1). Suosituslauseiden perustaksi laaditut näytönastekatsaukset sekä taloudellista tietoa koskeva taulukkokokooste löytyvät Hoitotyön tutkimussäätiön verkkosivuilta. Taloudellisen tiedon osalta ei muodostettu suosituslauseita, vaan tieto koottiin tietolaatikoiksi.

Asiantuntijaryhmän ja ulkoisella lausuntokierroksella annettujen kommenttien perusteella tekstiä on sujuvoitettu ja suosituslauseita on yhdistetty ja uudelleenmuotoiltu. Lisäksi poistettiin kolme vanhoihin lähdeviitteisiin perustuvaa suosituslausetta.

Taulukko 1. Näytönasteen määrittäminen¹²⁷

Näytönaste	Määritelmä	Tulkinta	Suosituslauseen sanoitus
A Vahva näyttö	Näytönaste on vahva, jos kaikki seuraavat kriteerit toteutuvat: - Tutkimuksia, joissa on käytetty tutkittavan aiheen suhteen parasta tutkimusasetelmaa, on vähintään kaksi. - Tutkimuksissa ei havaita menetelmällisiä puutteita. - Tuloksen sovellettavuudesta ja johdonmukaisuudesta ei esiinny huolia tai ne ovat vähäisiä. - Tuloksen pohjana oleva aineisto on rikasta ja ilmiöön nähden riittävää.	Olemme erittäin varmoja, että johtopäätös ilmentää hyvin tarkasteltavaa ilmiötä.	Määrällinen tutkimus: on / lisää / vähentää / ei ole vaikutusta... Laadullinen tutkimus: toteava muoto (esim. vanhemmat kokevat)
B Kohtalainen näyttö	Näytönaste laskee kohtalaiseksi, jos esim. jokin seuraavista kriteereistä toteutuu: - Laadukkaita tutkimuksia, joissa on käytetty aiheen suhteen parasta tutkimusasetelmaa, on vain yksi. - Tutkimuksia on muutamia, mutta niiden menetelmällisestä laadusta esiintyy vähäisiä huolia. - Tuloksen sovellettavuudesta ja/tai johdonmukaisuudesta esiintyy vähäisiä huolia. - Tuloksen pohjana olevan aineiston rikkaudesta ja/tai riittävyydestä esiintyy vähäisiä huolia.	Olemme melko varmoja, että johtopäätös ilmentää tarkasteltavaa ilmiötä.	Määrällinen tutkimus: ilmeisesti on / ilmeisesti lisää / ilmeisesti vähentää / ilmeisesti ei ole vaikutusta... Laadullinen tutkimus: ilmeisesti kokevat... (esim. vanhemmat ilmeisesti kokevat)
C Heikko näyttö	Näytönaste laskee heikoksi, jos esim. jokin seuraavista kriteereistä toteutuu: - Tutkimuksia on vain yksi ja sen menetelmällisestä laadusta esiintyy vähäisiä huolia. - Tutkimuksia on useampia, mutta niiden menetelmällisestä laadusta esiintyy kohtalaisia huolia. - Tulosten sovellettavuudesta ja/tai johdonmukaisuudesta esiintyy kohtalaisia huolia. - Tuloksen pohjana olevan aineiston rikkaudesta ja/tai riittävyydestä esiintyy kohtalaisia huolia.	Olemme hieman epävarmoja siitä, ilmentääkö johtopäätös tarkasteltavaa ilmiötä.	Määrällinen tutkimus: lienee / saattaa lisätä / saattaa vähentää / ei liene vaikutusta... Laadullinen tutkimus: on mahdollista, että... saattavat / voivat kokea... (esim. on mahdollista, että vanhemmat kokevat/ vanhemmat saattavat/voivat kokea...)
D Hyvin heikko näyttö/ asiantuntijoiden konsensus	Näytönaste laskee hyvin heikoksi, jos esim. jokin seuraavista kriteereistä toteutuu: - Tutkimuksia on vain yksi ja sen menetelmällisestä laadusta esiintyy kohtalaisia tai vakavia huolia. - Tutkimuksia on useampia, mutta niiden menetelmällisestä laadusta esiintyy vakavia huolia. - Tulosten sovellettavuudesta ja/tai johdonmukaisuudesta esiintyy vakavia huolia. - Tuloksen pohjana olevan aineiston rikkaudesta ja/tai riittävyydestä esiintyy vakavia huolia. - Tutkimusnäyttöä ei ole saatavissa. Arvio pohjautuu asiantuntijoiden konsensuslauselmaan.	Olemme hyvin epävarmoja siitä, ilmentääkö johtopäätös tarkasteltavaa ilmiötä.	Määrällinen tutkimus: saattaa lisätä / vähentää, mutta aiheesta tarvitaan lisätutkimusta... Laadullinen tutkimus: on mahdollista, että..... saattavat / voivat kokea..., mutta aiheesta tarvitaan lisätutkimusta... (esim. on mahdollista, että vanhemmat kokevat / vanhemmat saattavat / voivat kokea..., mutta aiheesta tarvitaan lisätutkimusta)

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 näyttöön 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 kotiutumisesta 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 interventiot¹¹⁸⁻¹²⁰ eivät osoittautuneet kustannusvaikuttaviksi. Kevyempien interventioiden, kuten puhelinseurannan¹²² sekä yksittäisten kotikäyntien tai etäseurannan^{96,97,122} osalta löytyi näyttöä kustannusvaikuttavuudesta. Kahdessa kustannusvaikuttavaksi todetussa interventiossa^{96,97} hoidon toteuttivat sairausryhmäkohtaisia 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 näyttöön perustuvan toiminnan periaatteiden mukaisesti¹²⁸⁻¹³⁰.

Suosituksen päivittäminen

Tämä hoitosuosituksen päivitys korvaa vuonna 2020 julkaistun Hotus-hoitosuosituksen ”lääkään turvallinen kotiutuminen sairaalasta”, eikä Hotus tai työryhmä vastaa aiemman version oikeellisuudesta tämän päivityksen jälkeen. Hoitosuositus päivitetään 3–5 vuoden välein Hoitotyön tutkimussäätiön ohjeen mukaisesti.

Jatkotutkimusaiheet

Hoitosuosituksen päivityksessä tutkimuskirjallisuudessa korostui aiempaan tapaan uusintakäyntien määrä ja niihin yhteydessä olevat tekijät. Edelleen on suhteellisen vähän tutkimusnäyttöä erityisen haavoittuvassa asemassa olevien iäkkäiden henkilöiden kotiutumisprosessista, kuten sellaisten yksin asuvien, joilla ei ole läheisiä huolehtimassa heidän asioistaan, muistisairautta tai masennusta sairastavien sekä maahanmuuttajataustaisten henkilöiden, joilla on heikko kielitaito. Lisäksi jatkotutkimuksissa tulisi tarkastella iäkkään toimintakykyä, fyysistä asuinympäristöä ja sen esteettömyyttä tai esteellisyyttä sekä sosiaalisia tekijöitä kotiutumisprosessin näkökulmasta.

Hoitotyön interventioiden vaikutukset jäivät vähäisiksi. Syinä tähän saattavat olla esimerkiksi interventioiden ja ilmiön kompleksisuus sekä valitut tulostuottajat, jotka eivät aina olleet hoitotyösensitiivisiä. 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 hoitotyösensitiivisiin tulostuottajiin, 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.

Mukaan otettujen taloudellisten arviointitutkimusten osalta havaitsimme puutteita interventioiden edellyttämien resurssien yksiselitteisessä raportoinnissa. Esimerkiksi interventioiden vaatima hoitajien työajan raportointi edistäisi heterogeenisten interventioiden keskinäistä vertailua ja siten johtopäätösten laadintaa. Lisäksi etenkin laaja-alaisten interventioiden osalta olisi tärkeää, että taloudelliset arviointitutkimukset erittelisivät intervention kustannukset intervention käyttöönottoon liittyvistä kustannuksista kuten henkilöstön koulutuksesta, toimintatavan jalkauttamisesta sekä hankinnoista, ylläpidosta ja materiaaleista aiheutuvista kustannuksista.^{131,132} Tämä edelleen edistäisi interventiota ja niiden implementointia koskevaa päätöksentekoa sekä hoitosuositusten laatimista.

Hoitosuositus perustuu olemassa olevaan tutkimusnäyttöön. Tämän vuoksi joitain keskeisiä, iäkkään henkilön käytännön elämän näkökulmasta tärkeitä osa-alueita on voinut jäädä vaille huomiota, kuten palveluiden digitalisoituminen tai kuntoutumista edistävä hoitotyö. Lisäksi iäkkäiden lääkeshoidon ja ravitsemuksen sisältöjä sivuttiin tässä suosituksessa vain lyhyesti kotiutumisen näkökulmasta ja ne ansaitisivat laajempina kokonaisuuksina omat hoitosuosituksensa.

TYÖRYHMÄN JA ASiantuntijoiden sidonnaisuudet

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

LÄHTEET

1. Tilastokeskus. 2025. Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne [verkkojulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus. Väestö iän (5-v.) ja sukuluolen 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): Asuntokunnat ja asuinolot [verkkojulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus. Asuntokunnat koon, vanhimman iän ja talotyyppin mukaan, 2024Q4-2025Q2. [viitattu 12.8.2025]. Saatavilla: https://pxdata.stat.fi/PxWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__asku/statfin_asku_pxt_157s.px/.
3. Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL). 2025. Terve Suomi -tutkimus. Kyselyosuuden indikaattoritaulukot: Toimintarajoitteista puolisoa säännöllisesti auttavien osuus. Saatavilla: https://www.thl.fi/terveysuomi_verkkoraportit/kyselyosuus_2024/ts_assist_spouse.html.
4. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Laatusuositus aktiivisen ja toimintakykyisen ikääntymisen ja kestävien palvelujen turvaamiseksi 2024-2027. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2024:4. Saatavilla: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165460/STM_2024_4_J.pdf.
5. OECD. 2023. Health at a Glance 2023: Hospital beds and occupancy. OECD Publishing. Saatavilla: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en/full-report/hospital-beds-and-occupancy_10add5df.html.
6. 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.
7. 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/gerona/glr142.
8. 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.
9. Iäkkäiden henkilöiden lyhytaikaiseen sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn arviointi kuntoutumisen 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.
10. 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.
11. 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.

12. 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.ijnss.2022.12.010.
13. 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.
14. 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.
15. Pogue CA, Schlak AE, McHugh MD. Effect of discharge readiness on 30-day readmissions among older adults living with multiple chronic conditions. *Medical Care* 2024; 62: 205-212. DOI: 10.1097/MLR.0000000000001976.
16. 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.
17. Rising KL, Padrez KA, O'Brien M, Hollander JE, Carr BG, Shea JA. Return visits to the emergency department: The patient perspective. *Annals of Emergency Medicine* 2015; 65: 377-386.e373. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2014.07.015.
18. Ijadi Maghsoodi A, Barlow-Armstrong J, Pavlov V, Rouse P, Walker CG, Parsons M. What makes effective acute geriatric care? - A mixed methods study from Aotearoa New Zealand. *Ageing International* 2024; 49: 660-683. DOI: 10.1007/s12126-024-09568-7.
19. Adelsjö I, Lehnbohm EC, Hellström A, Nilsson L, Flink M, Ekstedt M. The impact of discharge letter content on unplanned hospital readmissions within 30 and 90 days in older adults with chronic illness – a mixed methods study. *BMC Geriatrics* 2024; 24: 591-513. DOI: 10.1186/s12877-024-05172-1.
20. 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>.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. 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>.

26. 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>.
27. Finlex. 2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Saatavilla: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>.
28. Orooji A, Nazar 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.
29. 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.
30. 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.
31. 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/emmermed-2013-202421.
32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. Markiewicz O, Lavelle M, Lorencatto 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.
36. 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.
37. 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.
38. 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.

39. 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.
40. 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.
41. Marini G, Longhini J, Ambrosi E, Canzan F, Konradsen 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.
42. James J, Tan S, Stretton B, Kovoov 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.
43. 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.
44. 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.
45. 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.
46. 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.
47. 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.
48. 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.
49. 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.
50. 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.
51. 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.

52. 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.
53. Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus. 2024. Tarkistuslista tiedonkulun varmistamiseen kotihoidon asiakkaan/potilaan siirtyessä palvelusta toiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. [Viitattu 26.10.2025] Saatavilla: <https://asiakasjapotilasturvallisuuskeskus.fi/ammattilaisille-ja-opiskelijoille/materiaalipankki/kuvauksia-ja-toimintamalleja/tarkistuslista-tiedonkulun-varmistamiseen-kotihoidon-asiakkaan-potilaan-siirtyessa-palvelusta-toiseen-sosiaali-ja-terveydenhuollossa/>.
54. 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.
55. Rodrigue N, Laizner AM, Tze N, Sewitch 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.
56. Slatyer S, Teye 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.
57. 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.
58. 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.
59. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2025. Terve Suomi -tutkimus. Kyselyosuuden indikaattoritaulukot: Vähintään kohtalainen osaaminen internetissä asioimiseen. Saatavilla: https://www.thl.fi/terveysuomi_verkkoraportit/kyselyosuus_2024/ts_internet_skills_good.html.
60. Gabayan GZ, Gould MK, Weiss RE, Derosé SF, Chiu VY, Sarkisian CA. Emergency Department Vital Signs and Outcomes After Discharge. *Academic Emergency Medicine* 2017; 24: 846-854. DOI: 10.1111/acem.13194.
61. 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.
62. 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: 10.1177/20571585221114514.

63. 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.ejim.2013.08.708.
64. 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.
65. 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.
66. 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.
67. 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.
68. Sherman J. An initiative to improve patient education by clinical nurses. *Medsurg Nursing* 2016; 25: 297-333.
69. 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.
70. Hastings SN, Barrett A, Weinberger M, Oddone EZ, Ragsdale L, Hocker M, Schmader 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.
71. Hastings S, Stechuchak K, Oddone E, Weinberger M, Tucker D, Knaack W, Schmader K. Older veterans and emergency department discharge information. *BMJ Quality & Safety* 2012; 21: 835-842. DOI: 10.1136/bmjqs-2011-000538.
72. Horwitz LI, Moriarty JP, Chen C, Fogerty RL, Brewster UC, Kanade S, Ziaieian 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.
73. Arjatsalo, C. 2022. Yhteinen kieli lisää asiakas- ja potilasturvallisuutta. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (Valvira). Saatavilla: <https://valvira.fi/-/yhteinen-kieli-lisaa-asiakas-ja-potilasturvallisuutta>.
74. Hansson A, Svensson ANN, Ahlström BH, Larsson LG, Forsman B, Alsén 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.
75. 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. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports 2016; 14: 210-247. DOI: 10.11124/jbisrir-2016-2296.

76. 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.
77. Hvalvik S, Reiersen IÅ. 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.
78. 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.
79. 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.
80. 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.
81. 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.
82. 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.
83. Tiilikainen E. *Jakamattomat hetket - Yksinäisyyden kokemus ja elämänkulku*. Helsinki: Gaudeamus, 2019.
84. 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.
85. 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.
86. 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.
87. 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.

88. 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.
89. 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.
90. Suomen Fysioterapeutit. 2017. Ikääntyvien kotikuntoutus. Saatavilla: <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/fysioterapia/ammatin-kehittaminen/%20ikaantuvien-kotikuntoutus/>.
91. Penttinen L, Kehusmaa S, Havulinna S, Alastalo H. 2018. Kotihoitoon tarvitaan lisää kuntoutusosaamista. TOIMIA-suositus. Saatavilla: <https://www.julkari.fi/handle/10024/137238>.
92. 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.
93. 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.
94. Geriatriksen kokonaisvaltaisen arvioinnin suoritus. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2021. Saatavilla www.kaypahoito.fi [Viitattu 1.10.2025].
95. 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.
96. 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.
97. 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.
98. 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.
99. 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.

100. 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.
101. 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.
102. 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.
103. 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.
104. 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.
105. 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.
106. 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.
107. 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.
108. 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 ischaemic stroke: A nationwide, retrospective, cohort study. *eClinicalMedicine* 2022; 50: 101528. DOI: 10.1016/j.eclinm.2022.101528.
109. 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.
110. 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.
111. 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.

112. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus (Fimea). Lääkehaut ja luettelot: Lääke 75+. Saatavilla: https://fimea.fi/laakehaut_ja_luettelot/laake75-.
113. 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.
114. Odeh M, Scullin C, Fleming G, Scott MG, Horne 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.
115. 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.
116. Valtion ravitsemusneuvottelukunta Tjht. Vireyttä seniorivuosiin -ikäntyneiden ruokasuositus. Ohjaus 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.
117. Gerontologinen ravitsemus (Gery ry). Saatavilla: <https://www.gery.fi/>.
118. 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.
119. 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.
120. 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.
121. 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.
122. 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.
123. 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.

124. 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.
125. Joanna Briggs Institute (JBI). Critical Appraisal Tools. Saatavilla: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>, 2020.
126. Odnoletkova I, Goderis G, Pil L, Nobels F, Aertgeerts B. Cost-Effectiveness of therapeutic education to prevent the development and progression of type 2 diabetes: Systematic review. *Journal of Diabetes and Metabolism* 2014; 5.
127. Hotus. 2025. Hotus-hoitosuositusten® laadinta – käsikirja suositustyöryhmille. Versio 4.0. Hotuskäsikirja 1/2025. Kirjoittajat: Nyman J, Eskolin SE, Heikkilä K, Marin K, Palonen M, Siltanen H, Parisod H. Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavilla: www.hotus.fi.
128. Finlex. 1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.
129. 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.
130. 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.
131. Rantsi, M. Health economic evaluation of implementation strategies for reducing inappropriate medication use in older people with dementia. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, 2023.
132. Hoomans T, Severens JL. Economic evaluation of implementation strategies in health care. *Implementation Science* 2014; 9: 168. DOI: 10.1186/s13012-014-0168-y.