

6. Läheisten osallistuminen

Pyydä iäkkään luvalla hänen läheisensä mukaan kotiutumisen suunnitteluun, sillä

- **läheisten tuen koetaan** antavan iäkkäille varmuutta selviytyä itsenäisesti kotona. (A)**

Potilaiden, läheisten sekä terveydenhuollon ammattilaisten mukaan läheisillä oli keskeinen rooli iäkkään tehdessä päätöstä palata päivystykseen tai tavata omalääkäri silloin, kun kotiutumisen jälkeinen toipuminen ei ollut odotettua tai vointi heikkeni.

*Australialaisessa haastattelututkimuksessa¹ kuvattiin päivystyksen tarkkailuosaston yli 65-vuotiaiden potilaiden (n = 12), läheisten (n = 15) sekä terveydenhuollon ammattilaisten (n = 35) näkemyksiä potilaiden uusintakäynteihin johtavista syistä akuuttihoitossa. Potilaista kuusi oli miehiä. Läheisistä kahdeksan oli potilaan puolisoita, yksi oli sisarus ja yksi oli lapsi.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/10

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

lääkät potilaat ja iäkkäiden läheishoivaajat kokivat, että perheen tuki oli ratkaisevan tärkeä uusintakäyntien ehkäisyssä. He kokivat myös, että läheisten, kuten perheen, naapureiden ja ystävien tuki auttoi potilasta toipumaan ja saavuttamaan itsenäisyyden. Läheisten tuella potilaat tunsivat olonsa varmaksi, turvatuksi ja luottavaiseksi itsenäisyytensä saavuttamisessa. Läheisten tuki oli välttämätöntä kotona asumisen ja itsenäisyyden säilyttämisen varmistamiseksi, huolimatta siitä oliko potilaalla kotona ammattilaisten tarjoamaa apua vai ei.

*Australialaisessa haastattelututkimuksessa² kuvattiin yli 70-vuotiaiden potilaiden (n = 13) ja läheishoivaajien (n = 7) kokemuksia kotiutumisesta sekä hoidon jatkuvuudesta potilaiden siirtyessä sairaalasta kotihoitoon. Osallistujien keski-ikä oli 78,9 vuotta (vaihteluväli 45–94 vuotta) ja heistä naisia oli 16. Potilaista 13 asui yksin.

Tutkimuksen laatu: JBI 8/10

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentit: Läheisten tuki oli käytännön apua, sisältäen kodin turvallisuuden, henkilökohtaisen hoivan, päivittäisissä toimissa selviytymisen ja kuljetukset. Perhe, etenkin puoliset, tukivat potilasta selviytymään päivittäisissä toimissa kuten peseytymisessä, kodin hoidossa, virtsakatetrin käytössä ja lääkityksissä. Läheiset tarjosivat emotionaalista tukea ja rauhoittelua asioiden järjestymisestä.

Potilaat kokivat, että perheen tuki antoi heille itseluottamusta kotiutua sairaalasta. Potilaat myös kokivat, että sairaalasta kotiutuminen ja kotona selviytyminen olivat läheisistä riippuvaisia. Perheenjäsenten apu postoperatiivisessa kuntoutusvaiheessa oli merkittävä. Potilaat eivät olleet valmiita kotiutumaan ilman virallista ammattilaisten antamaa tai epävirallista läheisten antamaa apua kotona. He hyödynsivät usein perheen epävirallista apua, koska se oli ilmaista.

*menetelmäkuvaus on laadittu vuoden 2020 Hotus-hoitosuositusohjeistuksen mukaisesti

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

Perheenjäsenet muodostivat iäkkäälle potilaalle turvaverkon. Potilaat tiesivät voivansa luottaa läheisiin ja heidän läsnäolonsa saattoi ehkäistä kaatumisia tai muita onnettomuuksia.

*Uusiseelantilaisessa haastattelututkimuksessa³ kuvattiin kuusi viikkoa kotiutumisen jälkeen yli 65-vuotiaiden ortopedisesta leikkauksesta toipuvien potilaiden (n = 11) kokemuksia kotiutumisesta sekä hoidon jatkuvuudesta potilaiden siirtyessä sairaalasta kotihoitoon.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 10/10

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Potilaat ja heidän läheishoivaajansa kokivat, että iäkkäät potilaat, jotka asuivat yksin ja kotiutuivat ilman perheen tukea, kohtasivat haasteita esimerkiksi ruokahuollossa. Päivittäisten toimintojen ongelmat olivat ratkaisevia sujuvan kotiutumisen ja normaalielämään siirtymisen kannalta. Potilaiden ja läheishoivaajien kokemuksen mukaan niille potilaille, joilla oli perheen tuki kotiutuessa, sairaalasta kotiin siirtymiseen sopeutuminen oli helpompaa kuin niille, jotka asuivat yksin. Heille kotiutuminen oli erityisen hankalaa. Sitä kuvailtiin musertavaksi, kaoottiseksi ja hämmentäväksi.

*Kanadalaisessa puolistrukturoidussa laadullisessa haastattelututkimuksessa⁴ kuvattiin korkean uusintakäyntiriskin (LACE > 10) potilaiden (n = 17) ja heidän läheishoivaajiensa (n = 19) kokemuksia kotiutumisesta estävistä ja edistävistä tekijöistä potilaiden siirtyessä sairaalasta kotiin. Potilaiden keski-ikä oli 79 vuotta (vaihteluväli 70–89 vuotta). Hoidon kesto oli keskimäärin 15 päivää (vaihteluväli 6–36).

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/10

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: LACE= length of stay, acuity or urgency of admission, comorbid conditions, recent emergency department utilization

Ennen sairaalasta kotiutumista iäkkäät potilaat, joilla oli hyvä tukiverkko ystävistä tai perheestä, kokivat pystyvänsä huolehtimaan omasta tilanteestaan. Niillä, joilla oli perhe tukena, oli vahva tunne kotona selviytymisestä. Kuukausi kotiutumisen jälkeen ne iäkkäät, joilla oli perhe tukiverkkona, arvioivat olleensa täysin valmistautuneita kotiutumaan.

*Kanadalaisessa kuvailevassa poikkileikkaustutkimuksessa⁵ kuvattiin yli 65-vuotiaiden traumapotilaiden (n = 33) kotiutumisvalmiutta trauma keskuksesta. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella. Vastaajista 23 oli miehiä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 6/8

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: Aineisto oli kerätty kyselylomakkeella, jossa oli PREPARED-mittarin väittämiä sekä avoimia kysymyksiä. Tutkimuksen otoskoko oli pieni (n = 33), joten tutkimuksesta oli käytetty vain laadullisin menetelmin analysoituja avoimien kysymysten vastauksia.

*menetelmäkuvaus on laadittu vuoden 2020 Hotus-hoitosuositusohjeistuksen mukaisesti

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

lökkäät potilaat ja terveydenhuollon ammattilaiset kokivat, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon väliset koordinaatio-ongelmat korostuivat ja saattoivat johtaa virheisiin erityisesti niiden potilaiden kohdalla, joilla perheen tuki oli puutteellinen.

*Espanjalaisessa haastattelututkimuksessa⁶ kuvattiin potilaiden (n = 12) ja terveydenhuollon ammattilaisten (n = 22) näkemyksiä haavoittuvien potilaiden roolista tilanteissa, joissa heidän hoitovastuunsa siirtyy erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Potilaiden keski-ikä oli 69 vuotta (vaihteluväli 63–100 vuotta).

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/10

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kokemusasiantuntijat ja terveydenhuollon ammattilaiset kuvasivat, että perheenjäsenten osallistaminen oli tärkeää yhteistyön näkökulmasta, esimerkiksi että he osallistuivat sovittuihin tapaamisiin. Tällöin tiedon jakaminen helpottui.

*Ruotsalaisessa haastattelututkimuksessa⁷ kuvattiin ryhmähaastatteilla (n = 3) kokemusasiantuntijoiden sekä terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyötä estäviä ja edistäviä tekijöitä hauraiden monisairaiden vanhusten hoidossa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapinnalla. Jokaiseen ryhmään osallistui kahdeksan ammattilaista: lääkäreitä ja hoitotyöntekijöitä erikoissairaanhoidosta ja perusterveydenhuollosta, fysioterapeutti tai toimintaterapeutti, kunnallinen sosiaalityöntekijä sekä kokemusasiantuntija (potilas tai läheinen).

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 9/10

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kotiutumiseen liittyi **iäkkään ja hänen omaishoitajansa välinen suhde**. Iäkkään potilaan sairaalasta kotiutumista edisti myönteinen, huolenpitoon perustuva potilaan ja omaishoitajan välinen suhde. Tähän liittyi omaishoitajan antama tuki potilaalle, kuten potilaan voimaannuttaminen, etujen ajaminen ja motivoiminen. Sairaalasta kotiin siirtymistä vaikeutti omaishoitajien fyysinen, psyykinen tai taloudellinen kuormittuminen. Toisaalta merkittävä potilasryhmä, joiden kotiutumisessa oli ongelmia, olivat yksin asuvat leskeksi jääneet, jotka olivat vaarassa menettää sosiaaliset kontaktinsa ja jäädä eristyksiin.

Laadullisten tutkimusten järjestelmällisessä katsauksessa ja metasynthesissä⁸ (n = 17 tutkimusta) tarkasteltiin iäkkäiden potilaiden, omaishoitajien ja terveyspalvelujen tarjoajien näkökulmista mitkä tekijät mahdollistavat ja estävät iäkkäiden potilaiden siirtymistä sairaalasta kotiin. Tutkimuksiin osallistuneet potilaat olivat vähintään 60-vuotiaita. Aineisto analysoitiin narratiivisella synteessillä Meleisin siirtymäteorian pohjalta. Mukaan otetut tutkimukset oli julkaistu vuosina 1992–2021. Tutkimukset oli tehty Yhdysvalloissa (n = 7), Turkissa (n = 2), Kanadassa (n = 2), Australiassa (n = 1), Iranissa (n = 1), Norjassa (n = 1), Italiassa (n = 1), Isossa-Britanniassa (n = 1) ja Irlannissa (n = 1).

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 9/10, puutteet kriteerissä 7

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Tuloksen johdonmukaisuus ja yhtenevyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

*menetelmäkuvaus on laadittu vuoden 2020 Hotus-hoitosuositusohjeistuksen mukaisesti

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

Aineiston rikkaus ja riittävyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä
Kommentti: Tutkimuksen aineistona oli laadulliset tutkimukset sekä monimenetelmälliset tutkimukset, joista laadullisten aineistojen tulokset olivat erotettavissa. Tulos perustuu 13 tutkimukseen.

➤ **tiedonsaanti ja sen oikea-aikaisuus ovat merkityksellisiä läheisille heidän valmistautuessaan iäkkään kotiutumiseen. (A)**

Kokemusasiantuntijat sekä terveydenhuollon ammattilaiset kokivat, että perheenjäsenet joutuivat kotiutumisen jälkeen ottamaan paljon vastuuta potilaasta, mihin he eivät olleet valmistuneita, koska he olivat saaneet ammattilaisilta liian vähän tietoa.

*Ruotsalaisessa haastattelututkimuksessa⁷ kuvattiin ryhmähaastatteiluilla (n = 3) kokemusasiantuntijoiden sekä terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyötä estäviä ja edistäviä tekijöitä hauraiden monisairaiden vanhusten hoidossa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapinnalla. Jokaiseen ryhmään osallistui kahdeksan ammattilaista: lääkäreitä ja hoitotyöntekijöitä erikoissairaanhoidosta ja perusterveydenhuollosta, fysioterapeutti tai toimintaterapeutti, kunnallinen sosiaalityöntekijä sekä kokemusasiantuntija (potilas tai läheinen).

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 9/10

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

lääkkään läheisillä, jotka olivat saaneet ohjausta iäkkään päivystyskäynnin aikana, oli suurempi todennäköisyys kotiutumisvalmiuteen (OR 2,50, p = 0,037) kuin niillä läheisillä, jotka eivät olleet saaneet ohjausta.

*Suomalaisessa poikkileikkaustutkimuksessa⁹ kuvattiin päivystyspoliklinikalta kotiutuneiden yli 75-vuotiaiden potilaiden (n = 135) ja heidän läheistensä (n = 128) itsearvioitua kotiutumisvalmiutta kaksi viikkoa kotiutumisen jälkeen PREPARED-mittarilla arvioituna. Potilaista oli naisia 73. Läheisten ikä vaihteli 29–93 vuoden välillä, heistä 67 oli potilaan puolisoita, 44 lapsia ja 12 muita läheisiä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/8

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Potilaat ja läheishoivaajat kokivat, että kotiutus järjestettiin läheishoivaajan näkökulmasta liian nopeasti. Tieto kotiutumisesta tuli läheishoivaajille ennen kuin he ehtivät valmistella kodin potilaan kotiutumista varten. Ajan puute yhdistyi pelkoon siitä, että kaoottiset järjestelyt vaarantavat potilaan turvallisuuden.

*Kanadalaisessa puolistrukturoidussa laadullisessa haastattelututkimuksessa⁴ kuvattiin korkean uusintakäyntiriskin (LACE > 10) potilaiden (n = 17) ja heidän läheishoivaajiensa (n = 19) kokemuksia kotiutumisesta estävistä ja edistävästä tekijöistä potilaiden siirtyessä sairaalasta kotiin. Potilaiden keski-ikä oli 79 vuotta (vaihteluväli 70–89 vuotta). Hoidon kesto oli keskimäärin 15 päivää (vaihteluväli 6–36).

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/10

*menetelmäkuvaus on laadittu vuoden 2020 Hotus-hoitosuositusohjeistuksen mukaisesti

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

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä**Kommentti:** LACE= length of stay, acuity or urgency of admission, comorbid conditions, recent emergency department utilization

Perheenjäsenet olettivat olevansa ja halusivat olla mukana kotiutumisprosessissa. Ulkopuolelle jättäminen koettiin tärkeän tiedon menettämisenä iäkkään läheisen terveydestä ja tulevaisuuden näkymistä. Perheenjäsenet pelkäsivät liian aikaista kotiuttamista ja sitä, että potilas väärinymmärtää tai unohtaa tärkeää sairaalasta saatua tietoa. Kun kotiutuminen tuli yllätyksenä, kotiutumista oli vaikea suunnitella. Tämä aiheutti perheenjäsenille huolta, stressiä ja tilanteen hallinnan menettämisen tunnetta.

*Norjalaisessa, fenomenologis-hermeneuttisessa haastattelututkimuksessa¹⁰ kuvattiin yli 67-vuotiaiden potilaiden perheenjäsenten (n = 11) kokemuksia kotiutumisesta sairaalahoidon jälkeen.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 10/10**Sovellettavuus suosituksessa:** Hyvä

lääkkäiden potilaiden läheiset kokivat tulleen hylätyksi ja jääneensä vaille tukea tilanteissa, joissa kotiutuminen tapahtui äkillisesti tai nopeammin kuin he olivat kuvitelleet. Läheiset kokivat, että potilaat jäivät pimentoon kotiutuessaan sairaalasta. He odottivat kunnallisten palveluiden alkamista ilman tietoa, koska tämä tapahtuu tai miten voisivat nopeuttaa prosessia. Tämä tietämättömyys lisäsi erityisesti läheisten paineita. Läheisille oli epäselvää, miksi osa kotiutuneista potilaista sai palveluita ja toiset eivät. He tiesivät, että palveluiden järjestämisessä on logiikka, mutta sen toteutuminen ei ollut aina selvää. Läheiset arvostivat, että heillä oli joku puhelimella tavoitettavissa, kun ensimmäisinä päivinä kotiutumisen jälkeen piti tehdä iäkkään tilanteeseen liittyviä vaikeita päätöksiä. Tuetuksi tulemisen kokemusta vahvistivat pienet asiat, jotka ylläpitivät jatkuvuuden tunnetta, kuten päiväsairaalaan ohjaaminen tai fysioterapeutin käynnit pian kotiutumisen jälkeen.

*Isobritannialaisessa haastattelututkimuksessa¹¹ kuvattiin sairaalasta kotiutuvien AVH-potilaiden (n = 20) ja heidän läheistensä (n = 13) kokemuksia kotiutumisesta ja palveluiden järjestämisestä. Potilaiden keski-ikä oli 70 vuotta (vaihteluväli 53–85 vuotta), joista 12 oli miehiä, 10 asui yksin ja 10 puolison kanssa. Läheisistä kaksi oli potilaan lapsia ja 10 puolisoita.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/10**Sovellettavuus suosituksessa:** Hyvä

➤ **läheisillä koetaan** olevan merkittävä rooli iäkkään hoidossa sairaalasta kotiutuksessa ja sen jälkeen. (A)**

Potilaat ja läheishoivaajat kertoivat, että mikäli potilas oli liian sairas etsiäkseen tietoa, läheinen teki sen hänen puolestaan.

*Australialaisessa haastattelututkimuksessa² kuvattiin yli 70-vuotiaiden potilaiden (n = 13) ja läheishoivaajien (n = 7) kokemuksia kotiutumisesta sekä hoidon jatkuvuudesta potilaiden siirtyessä sairaalasta

*menetelmäkuvaus on laadittu vuoden 2020 Hotus-hoitosuositusohjeistuksen mukaisesti

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

kotihoitoon. Osallistujien keski-ikä oli 78,9 vuotta (vaihteluväli 45–94 vuotta) ja heistä naisia oli 16. Potilaista 13 asui yksin.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/10

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Osa potilaista luotti perheenjäsenten tulkintaan lääkehoidon yhteenvedosta.

*Uusiseelantilaisessa puolistrukturoidussa haastattelututkimuksessa¹² kuvattiin potilaiden (n = 40) kokemuksia lääkemuutoksista kaksi viikkoa sisätautiosastolta kotiutumisen jälkeen. Tutkimukseen valitut potilaat olivat yli 75-vuotiaita, ja heillä oli käytössään yli neljä eri lääkettä. Potilaista 21 oli naisia.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/10

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Niillä iäkkäillä potilailla, joilla ei ollut perheenjäseniä kotona, oli suurempi todennäköisyys lääkitykseen liittyviin ongelmiin (OR 1,71; 95 % CI 1,22–2,39; p = 0,02).

*Kiinalaisessa kartoittavassa poikkileikkaustutkimuksessa¹³ tarkasteltiin yliopistosairaalan kardiiovaskulaarisen osaston potilaiden (n = 769, miehiä 59 %) depressiota ja lääkitysongelmia vähintään kuukausi kotiutumisen jälkeen. Tutkimukseen valitut potilaat olivat yli 59-vuotiaita (Md 69,0), ja heillä oli käytössään vähintään yksi suun kautta otettava lääke.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/8

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

lakkäät potilaat ja terveydenhuollon ammattilaiset kokivat, että potilaiden ja perheenjäsenten odotetaan ottavan merkittävä vastuu kotiutumisen siirtymävaiheesta sekä hallinnollisten asioiden hoitamisesta, kuten kotihoidon järjestämisestä.

*Espanjalaisessa haastattelututkimuksessa⁶ kuvattiin potilaiden (n = 12) ja terveydenhuollon ammattilaisten (n = 22) näkemyksiä haavoittuvien potilaiden roolista tilanteissa, joissa heidän hoitovastuunsa siirtyy erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Potilaiden keski-ikä oli 69 vuotta (vaihteluväli 63–100 vuotta).

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/10

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

lakkäiden potilaiden perheenjäsenillä oli pyrkimys ylläpitää turvallisuutta ja jatkuvuutta toimissaan sairaalasta kotiin siirron tarkkailijoina. Perheenjäsenet kokivat olevansa korvaamattomia ja kokonaisvastuussa potilaan siirtymävaiheesta sairaalasta kotihoitoon. Tämä liittyi perheenjäsenten huoleen potilaasta, epäluottamukseen terveydenhuoltoon kohtaan sekä kokeemukseen siitä, että asioita ei voi koskaan ottaa itsestään selvyytenä. Tämä sai heidät entistä tietoisemmiksi potilaan avuttomuudesta ja toisista riippuvuudesta. Perheenjäsenet kontrolloivat potilaan lääkitystä, selvittelivät kotiutumisen edellytyksenä olevia palveluita ja pyrkivät varmistamaan, ettei sairaalan ja kotihoidon välillä ole väärinymmärryksiä. Puutteet eri

*menetelmäkuvaus on laadittu vuoden 2020 Hotus-hoitosuositusohjeistuksen mukaisesti

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

ammattilaisten roolien ja vastuiden selkeydessä oli saanut perheenjäsenet alistumaan tilanteeseen sellaisena kuin se on. Pyrkimys turvallisuuden ja jatkuvuuden ylläpitämiseen sai perheenjäsenet tuntemaan ylpeyttä omasta osallisuudestaan potilaan kotiutumisprosessissa.

*Norjalaisessa, fenomenologis-hermeneuttisessa haastattelututkimuksessa¹⁰ kuvattiin yli 67-vuotiaiden potilaiden perheenjäsenten (n = 11) kokemuksia kotiutumisesta sairaalahoidon jälkeen.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 10/10

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

➤ **läheisten huomioimisen koetaan** toteutuvan epäjohdonmukaisesti iäkkään kotiutuksessa. (A)**

lakkäät potilaat, läheiset ja hoitotyöntekijät kokivat, että perheen osallistuminen kotiutusohjaukseen oli epäjohdonmukaista. Tämä ilmeni siten, että toisaalta perheiden osallistuminen nähtiin tärkeänä, mutta osittain perheet kuitenkin suljettiin ohjauksen ulkopuolelle. Perheitä saatettiin myös käyttää hoitotyöntekijöiden apuna ja läheisten saatettiin olettaa olevan aloitteentekijöitä ohjauksen toteutumisessa. Hoitotyöntekijät arvioivat läheisten osallisuuden ohjauksessa olevan tilanne- ja henkilöriippuvaista. Läheisiä arvostettiin, kun jotakin tavanomaisesta poikkeavaa tapahtui, kuten hoitajien havaitessa iäkkäällä olevan vaikeuksia noudattaa ohjeita. Hoitotyöntekijät olivat tietoisia läheisten osallistumisen tärkeydestä kotiutusohjaukseen, iäkkään läheiset eivät kuitenkaan kokeneet tämän tietoisuuden välittyvän hoitajien toimintatavoissa. Läheisiin ei oltu yhteydessä kotiutusohjauksen saamiseksi. Läheiset kokivat, että heidät eristettiin kotiutusprosessista. Hoitotyöntekijät kertoivat, että läheisten osallistuminen kotiutukseen ei tapahtunut kuten sen olisi pitänyt tapahtua (läheisiä ei informoitu päivystyskäynnistä, koska käynti oli ajallisesti lyhyt tai läheinen asui eri paikkakunnalla). Hoitotyöntekijät olivat toisinaan eri mieltä potilaan hoidosta läheisten kanssa. Hoitotyöntekijät näkivät läheisten osallistumisen tosinaan riesana ja haastavana. Hoitotyöntekijät saivat arvokasta tietoa läheisiltä ja kannustivat heitä osallistumaan päätöksentekoon. Hoitotyöntekijät pitivät läheisiä tasavertaisina. Hoitotyöntekijät saattoivat luottaa läheisiin tiedonantajina; tarjosivat luottettavampaa tietoa kuin iäkkäät. Läheiset olivat pakotettuja olemaan aloitteentekijöitä, jotta he pääsivät osalliseksi kotiutusohjauksesta. Ne läheiset, jotka olivat mukana päivystyksessä, otettiin mukaan ohjaukseen useammin kuin ne, jotka eivät olleet.

*Suomalaisessa laadullisessa tutkimuksessa¹⁴ kuvattiin teemahaastattelujen avulla päivystyspoliklinikalta kotiutuneiden yli 75-vuotiaiden potilaiden (n = 7), heidän perheenjäsentensä (n = 5) sekä hoitotyöntekijöiden (n = 15) kokemuksia perheenjäsenen osallistumisesta ohjaukseen noin kaksi viikkoa kotiutumisen jälkeen. Potilaista kuusi oli naisia. Läheisistä kolme oli potilaiden puolisoita ja kaksi lapsia. Hoitotyöntekijöillä oli 2–31 vuoden kokemus työskentelystä päivystyspoliklinikalla.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/10

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Katsauksessa todettiin, että muistisairautta sairastavien potilaiden ja perheenjäsenten osallistumiselle kotiutumisen suunnitteluun oli esteitä. Kotiutuspäätökset keskittyivät riskinhallintaan. Riskiarviointi kohdistui pääsääntöisesti iäkkään henkiseen toimintakykyyn ja fyysisiin riskeihin. Keskittyminen riskeihin vaikutti kotiutumisprosesseihin ja tehtäviin kotiutuspäätöksiin. Perheenjäsenten antamaa tukea sekä potilaiden ja läheisten näkemyksiä kotiutumisesta

*menetelmäkuvaus on laadittu vuoden 2020 Hotus-hoitosuositusohjeistuksen mukaisesti

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

huomioitiin vain rajallisesti. Perheenjäsenten osallistuminen oli rajoitettua. Perheenjäsenten todettiin todellisuudessa toimivan potilaiden hoitajina, mutta heille tarjottiin vain vähän tai ei lainkaan tukea. Terveystieteiden ammattilaisilta puuttui tietotaitoa sekä aikaa tehokkaasti osallistaa perheenjäseniä muistisairautta sairastavien potilaiden hoitoon. Perheenjäsenet halusivat osallistua hoidon järjestämiseen, mutta päätöksentekoprosessi ja ammattilaisilla oleva tieto ja osaaminen pelotti heitä. Omaishoitajat turhautuivat ja kokivat mielipahaa siitä, että henkilökunta ei pyytänyt heiltä tietoa tai arvostanut sitä. Ammattilaiset eivät aina vahvistaneet omia oletuksiaan perheenjäsenten kompetensseista tai kiinnostuksen kohteista. Perheenjäsenillä oli vaihteleva sitoutumisen aste ja kompetenssi täyttää edunvalvojan rooli sekä turvata muistisairautta sairastavan oikeuksia. Lisäksi oli epäselvyyttä koskien sopivan perheenjäsenen sisällyttämisestä kotiutuskeskusteluihin. Aina perheenjäsenet eivät toimi muistisairautta sairastavan kannalta parhaalla tavalla tehdessään kotiutuspäätöksiä.

*Australialaisessa integratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa¹⁵ (n = 15) kuvattiin muistisairautta sairastavien henkilöiden ja perheenjäsentensä sairaalasta kotiutumisen suunnitteluun osallistumista estäviä ja edistäviä tekijöitä. Aineisto oli analysoitu temaattisella synteesillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 10/11

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Läheisten itseraportoitu ohjauksen määrä oli vähäistä iäkkäiden potilaiden kotiutumiseen liittyen (MD 0,20; Q 0,00; Q3 1,00; asteikko 0–2). Iäkkään kotiutumiseen liittyvää ohjausta ei saanut lainkaan 41 % (n = 52) läheisistä.

*Suomalaisessa poikkileikkaustutkimuksessa⁹ kuvattiin päivystyspoliklinikalta kotiutuneiden yli 75-vuotiaiden potilaiden (n = 135) ja heidän läheistensä (n = 128) itsearvioitua kotiutumisvalmiutta kaksi viikkoa kotiutumisen jälkeen PREPARED-mittarilla arvioituna. Potilaista oli naisia 73. Läheisten ikä vaihteli 29–93 vuoden välillä, heistä 67 oli potilaan puolisoita, 44 oli lapsia ja 12 oli muita läheisiä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/8

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Läheishoivaajat kokivat, ettei heidän tarpeitaan ollut huomioitu tilanteissa, joissa hoitotyöntekijät eivät ottaneet läheishoivaajia mukaan kotiutumista koskeviin keskusteluihin, eivätkä jakanut tietoa tai kuunnelleet heitä. Iäkkään potilaan läheishoivaajat kokivat hoitosuhteen huolehtivana, kun heidän tarpeitaan ja toiveitaan kuunneltiin, otettiin huomioon ja sisällytettiin jatko-hoitosuunnitelmaan. Tämä tuki potilaan palaamista itsenäisenä kotiin.

*Australialaisessa haastattelututkimuksessa² kuvattiin yli 70-vuotiaiden potilaiden (n = 13) ja läheishoivaajien (n = 7) kokemuksia kotiutumisesta sekä hoidon jatkuvuudesta potilaiden siirtyessä sairaalasta kotihoitoon. Osallistujien keski-ikä oli 78,9 vuotta (vaihteluväli 45–94 vuotta) ja heistä naisia oli 16. Potilaista 13 asui yksin.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/10

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentit: Läheisten tuki oli käytännön apua, sisältäen kodin turvallisuuden, henkilökohtaisen hoivan, päivittäisissä toimissa selviytymisen ja kuljetukset. Perhe, etenkin puoliso, tukivat potilasta selviytymään päivittäisissä toimissa kuten peseytymisessä, kodin hoidossa,

*menetelmäkuvaus on laadittu vuoden 2020 Hotus-hoitosuositusohjeistuksen mukaisesti

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

virtsakatetrin käytössä ja lääkityksissä. Läheiset tarjosivat emotionaalista tukea ja rauhoittelua asioiden järjestymisestä

➤ **iäkkäillä ja heidän läheisillään voi olla erilainen käsitys läheisen osallistumisesta hoitoon. (C)**

Terveystenhuollon ammattilaiset kokivat, että toisinaan perheenjäsenten odotukset ja iäkkäiden tarpeet eivät ole linjassa. Perheenjäsenillä voi olla epärealistisia odotuksia koskien iäkkäiden hoitamista päivystyksessä. Hoitotyöntekijät kertoivat pyrkineensä huomioimaan perheenjäsenten ja iäkkäiden kotiutumiseen liittyvät tarpeet ja toiveet. Vaikka perheenjäsenten odotusten huomiointi oli haastavaa, terveydenhuollon ammattilaiset tunnistivat perheenjäsenten huomioon ottamisen tärkeyden, erityisesti kotiutuskeskusteluissa, sillä perheenjäsenet auttoivat iäkkäitä päivystyksestä kotiutumisen jälkeen.

*Australialaisessa haastattelututkimuksessa¹⁶ kuvattiin moniammatillisesta näkökulmasta iäkkäiden hoitamista sairaalan päivystysosastolla. Tutkimuksessa toteutettiin yhdeksän fokusryhmähaastattelua (n = 54) ja yksilöhaastatteluita (n = 7). Työaikajärjestelyistä johtuen ryhmähaastatteluihin osallistui hoitotyöntekijöitä sekä muita terveydenhuollon ammattilaisia ja yksilöhaastatteluihin lääkäreitä. Tutkimus oli osa Safe Elderly Emergency Discharge (SEED) -tutkimushanketta.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/10

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Potilaiden ja läheishoivaajien näkemykset erosivat perheen antaman tuen suhteen. Potilaat olivat tyytyväisiä läheisten antamaan hoivaan ja luottivat heihin hoidon järjestelyissä.

*Kanadalaisessa puolistrukturoidussa laadullisessa haastattelututkimuksessa⁴ kuvattiin korkean uusintakäyntiriskin (LACE > 10) potilaiden (n = 17) ja heidän läheishoivaajiensa (n = 19) kokemuksia kotiutumisen esteistä ja mahdollisuuksista potilaiden siirtyessä sairaalasta kotiin. Potilaiden keski-ikä oli 79 vuotta (vaihteluväli 70–89 vuotta). Hoidon kesto oli keskimäärin 15 päivää (vaihteluväli 6–36).

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/10

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: LACE= length of stay, acuity or urgency of admission, comorbid conditions, recent emergency department utilization

Tue sairaalasta kotiutuvan iäkkään läheisiä yksilöllisesti, sillä

➤ **läheisiä ilmeisesti kuormittaa heidän keskeinen roolinsa iäkkäiden hoidossa sairaalasta kotiutuessa ja sen jälkeen. (B)**

Iäkkäiden potilaiden läheishoivaajat kokivat, että jatkohoitokäynnit esimerkiksi omalääkärillä ja laboratoriossa olivat hankalia, koska potilaan kuljettaminen etenkin talviaikaan saattoi olla hyvin haasteellista esimerkiksi huonontuneen liikuntakyvyn, kenkien pukemisen tai autoon pääsyn vaikeutumisen vuoksi. Tämä kuormitti erityisesti läheishoivaajia. Läheishoivaajat, jotka olivat maallikoita, eivät tunteneet kunnallisia palveluita hyvin, ja heillä oli vaikeuksia ymmärtää,

*menetelmäkuvaus on laadittu vuoden 2020 Hotus-hoitosuositusohjeistuksen mukaisesti

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

miten palveluita tarjotaan, ja mistä he saisivat potilaan tai omia tarpeita vastaavia palveluita. Sillä, että kotiutumisen jälkeiset palvelut olivat iäkkäille ja heidän läheishoivaajilleen vieraista, oli vaikutusta potilaiden toipumiseen. Suora vaikutus näkyi pääsyyssä palveluiden piiriin ja epä-suora vaikutus näkyi tarpeena opetella ja navigoida palvelujärjestelmässä, mikä kuormitti läheishoivaajia henkisesti ja fyysisesti. Hoidon organisointia hankaloitti, jos hoidosta vastasi useampi perheenjäsen. Tieto perutuista vastaanottoajoista tai tarvittavista puhelusta kunnallisiin palveluihin ei tavoittanut kaikkia perheenjäseniä tai yhteydenotot olivat päällekkäisiä. Ne perheenjäsenet, joille terveydenhuoltojärjestelmä oli tuttu, yleensä pitivät itseään vastuullisina henkilöinä hoidon järjestämisessä. Ne perheenjäsenet, joille järjestelmä ei ollut tuttu, toivoivat yhden läheisistä koordinoivan ja järjestävän hoidon. Läheishoivaajat nähtiin myös kyvykkäinä avustamaan hoidollisissa tarpeissa. Läheishoivaajat itse sen sijaan olivat kuormittuneita ja uupuneita jatkuvaan hoidon koordinointiin sekä varmistamaan, että potilaan tarpeisiin vastattiin. Omasta mielestään heillä ei aina ollut riittäviä valmiuksia tai tietoa terveydenhuoltojärjestelmästä huolehtia iäkkään hoidosta tai avustukseen häntä.

*Kanadalaisessa puolistrukturoidussa laadullisessa tutkimuksessa⁴ kuvattiin korkean uusintakäyntiriskin (LACE > 10) potilaiden (n = 17) ja heidän läheishoivaajiensa (n = 19) kokemuksia kotiutumisen esteistä ja mahdollisuuksista potilaiden siirtyessä sairaalasta kotiin. Potilaiden keski-ikä oli 79 vuotta (vaihteluväli 70–89 vuotta). Hoidon kesto oli keskimäärin 15 päivää (vaihteluväli 6–36).

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/10

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: LACE= length of stay, acuity or urgency of admission, comorbid conditions, recent emergency department utilization

Perheenjäsenet olivat epävarmoja ja huolestuneita potilaan sairauden tilasta, oireista ja voinnista kotiutuessa. Tämä aiheutti perheenjäsenissä kireyttä, sillä he kokivat, että heillä on paljon vastuuta ilman tarkkaa tietoa siitä, mistä he ovat vastuussa tai miten tilanne tulisi hoitaa. Kotiutuminen koettiin ratkaisevaksi, sillä läheiset miettivät mitä tehdä, jos iäkäs ei selviydykään kotona. Tämä aiheutti stressiä ja jatkuvaa valppaana oloa. Perheenjäsenet joutuivat käsittelemään virheet ja väärinymmärrykset sairaalan ja kotihoidon välillä. Näissä tilanteissa perheenjäsenet kokivat turvattomuutta ja pelkäsivät tilanteista aiheutuvia seurauksia potilaalle. Perheenjäsenet kuvasivat valmiudessa oloa, eli tarvetta olla saatavilla ja valmiina toimimaan koska tahansa potilaan kotiutuessa. He kokivat, että potilaat kotiutettiin liian aikaisin ja, että kodinhoitajat olivat liian kiireisiä, minkä vuoksi perheenjäsenten oli välttämätöntä olla valmiudessa. Valmiudessa olo tarkoitti omien tarpeiden sivuun laittamista, jotta olisi läheisensä apuna heti kun tarvitaan. Tämä nähtiin ilmiselvänä prioriteettina, mutta se aiheutti uupumusta ja henkisiä haasteita tilanteissa, joissa perheenjäsenet toimivat tilanteen rajoittamina.

*Norjalaisessa, fenomenologis-hermeneuttisessa haastattelututkimuksessa¹⁰ kuvattiin yli 67-vuotiaiden potilaiden perheenjäsenten (n = 11) kokemuksia kotiutumisesta sairaalahoidon jälkeen.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 10/10

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

*menetelmäkuvaus on laadittu vuoden 2020 Hotus-hoitosuositusohjeistuksen mukaisesti

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

➤ **läheisten omat tiedon ja tuen tarpeet iäkkäiden kotiutuessa saattavat vaihdella. (C)**

lääkkäiden potilaiden läheiset kokivat, että heidän näkökulmastaan päivystyskäyntiin johtanut hoidon tarve oli henkeä uhkaava. Joillekin tämä oli jättänyt fyysisen ja tunnetason haavoittuvuuden, mikä ilmeni potilaan kotiutumiseen liittyvänä pelkona tilanteen uusiutumisesta.

*Australialaisessa haastattelututkimuksessa¹ kuvattiin päivystyksen tarkkailuosaston yli 65-vuotiaiden potilaiden (n = 12), läheisten (n = 15) sekä terveydenhuollon ammattilaisten (n = 35) näkemyksiä potilaiden uusintakäynteihin johtavaista syistä akuuttihoitossa. Potilaista kuusi oli miehiä. Läheisistä kahdeksan oli potilaan puolisoita, yksi oli sisarus ja yksi oli lapsi.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/10

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Ne perheenjäsenet, joilla oli muita henkilöitä auttamassa potilaan hoidossa kotona, olivat valmistautuneempia iäkkään potilaan kotiutumiseen päivystyskäynnin aikana (OR 3,71; p = 0,006) sekä sen jälkeen (OR 3,88; p = 0,002) kuin ne, jotka huolehtivat potilaasta yksin. Puolisoilla oli useammin huolia iäkkään potilaan kotiutumiseen liittyen kuin lapsilla (OR 0,22; p = 0,007).

*Suomalaisessa poikkileikkaustutkimuksessa⁹ kuvattiin päivystyspoli-klinikalta kotiutuneiden yli 75-vuotiaiden potilaiden (n = 135) ja heidän läheistensä (n = 128) itsearvioitua kotiutumisvalmiutta kaksi viikkoa kotiutumisen jälkeen PREPARED-mittarilla arvioituna. Potilaista oli naisia 73. Läheisten ikä vaihteli 29–93 vuoden välillä, heistä 67 oli potilaan puolisoita, 44 oli lapsia ja 12 oli muita läheisiä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/8

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

➤ **läheisille suunnattu yksilöllinen iäkkäiden kotiutumiseen liittyvä tuki saattaa parantaa läheisen valmiuksia toimia omaishoitajana kotiutumisen jälkeen. (C)**

Ennen kotiutumista yksilöllisen tuki-intervention saaneet omaishoitajat itsearvioivat valmiutensa omaishoitajuuteen parantuneen (p = 0,008; M = 26,00; SD 5,16) verrattuna kontrolliryhmään (M = 23,13; SD 6,54 asteikolla 0–32 arvioituna). Ennen potilaan kotiutumista sairaalassa työskentelevät hoitotyöntekijät arvioivat omaishoitajien valmiudet omaishoitoon paremmaksi (p = 0,004) interventioryhmässä (M = 12,75; SD 1,83) kontrolliryhmään (M = 11,73; SD = 2,25) verrattuna (asteikolla 5–15 arvioituna). Kuukauden kuluttua kotiutumisesta interventioryhmän ja kontrolliryhmän omaishoitajilla ei ollut merkittävää eroa kokemuksessaan pärjäämisestä omaishoitajana erilaisten tarpeiden "ristipaineessa". Kummassakin ryhmässä oltiin kohtalaisen tasapainoisia voimavarojen ja vaatimusten välillä (2,7 interventioryhmässä ja 2,59 kontrolliryhmässä (asteikolla 1–3 arvioituna). Ennen kotiutumista yksilöllisen tuki-intervention saaneet omaishoitajat arvioivat, että heidän tarpeensa huomioitiin kohtalaisen hyvin (mean = 3,07; SD 0,60) verrattuna tavanomaista ohjausta saaneisiin omaishoitajiin (mean = 1,91; SD = 0,71). Kuukauden kuluttua kotiutumisesta interventioryhmän omaishoitajat arvioivat, että heidän tarpeensa huomioitiin paremmin (p < 0,001; mean = 3,56; SD 0,48) verrattuna kontrolliryhmän omaisiin (mean = 2,07; SD = 0,82 asteikolla 1–4 arvioituna).

*menetelmäkuvaus on laadittu vuoden 2020 Hotus-hoitosuositusohjeistuksen mukaisesti

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

*Taiwanilaisessa RCT-tutkimuksessa¹⁷ tutkittiin erikoissairaanhoidon neurologisten osastojen yli 65-vuotiaita aivohalvauksen saaneita korkean riskin potilaita, joilla oli tarve kotiutumisen suunnittelulle. Tutkimukseen valittiin potilas-omaishoitajaparit (N = 158: interventoryhmä n = 72, kontrolliryhmä n = 86). Osallistujat valittiin neljältä samankaltaiselta neurologiselta osastolta, jotka vastasivat toisiaan potilaspaikamääriltään, potilaiden diagnooseilta, hoitohenkilökunnan koulutukselta ja tarjottavilta palveluiltaan. Osastot jaettiin sattumanvaraisesti interventio- ja kontrolliryhmiin, molempiin ryhmiin tuli potilaita kahdelta osastolta. Omaishoitajan tuli olla täysi-ikäinen ja pääasiallisessa vastuussa potilaan huolenpidosta. Osastolla työskentelevät hoitotyöntekijät ja omaishoitajat arvioivat omaishoitajien tarpeet 48 tunnin kuluessa potilaan sairaalaan tulosta ja uudelleen kotiutumisvaiheessa. Näiden tulosten perusteella suunniteltiin yksilölliset tuki-interventiot omaishoitajille. Tutkimuksessa toteutettiin omaishoitajakeskeinen kotiutussuunnitelmainterventio: 4–5 ohjauskertaa sairaalassa, kotiutumisen tuki (omaishoitajien voimavarat, selviytyminen erilaisten tarpeiden kanssa, omaishoitajuuden tuki), kotiutumisen jälkeinen puhelinseuranta viikon kuluessa kotiutumisesta ja kotiutumisen jälkeiset kotikäynnit viikon ja kuukauden kuluttua kotiutumisesta. Intervention tavoitteena oli vastata omaishoitajien tarpeisiin potilaan kotiutuessa. Kontrolliryhmään kuuluvat saivat tavanomaista ohjausta.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 7/13

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: Korkean riskin potilaat määriteltiin Risk Screening Index for Hospital Discharge -työkalun avulla. Tutkimuksessa käytetyt mittarit: The Nurse Evaluation of Caregiver Preparation Scale, Preparedness for Caregiving Scale, Caregiver Discharge Needs Assessment Scale, Perception of Balance between Competing Needs Scale, Chinese Barthel Index CBI. Mittaukset toteutettiin kolmen päivän sisällä sairaalaan tulosta, ennen kotiutumista sekä kuukauden kuluttua kotiutumisesta.

Further Enabling Care at Home –ohjelmaan osallistuneille omaishoitajilla valmius toimia omaishoitajana ja hoitaa iäkästä potilasta paranivat ajankohdasta 1 ajankohtaan 2 (effect size = 0,52; p = 0,006) ja ajankohdasta 1 ajankohtaan 3 (effect size = 0,43; p = 0,019).

*Australialaisessa rinnakkaisessa, yksöissokkoutetussa RCT-tutkimuksessa (parallel group, single blind RCT)¹⁸ tutkittiin yli 70-vuotiaita potilaita ja heidän omaishoitajiaan. Tutkimuksessa verrattiin tavanomaista hoitoa yhdistettynä Further Enabling Care at Home –ohjelmaan, jonka toteutti sitä varten koulutettu hoitotyöntekijä puhelimitse. Osallistujat rekrytoitiin sairaalasta kotiutumisen yhteydessä (interventoryhmä n = 62, kontrolliryhmä n = 79). Intervention sisältö: kotiutuskirjeen ymmärtäminen, omaishoitajan tuen tarpeiden kartoitus, akuutien tarpeiden tunnistaminen ja yhteistyöohjeet. Ensimmäinen lopputulosmuuttaja oli omaishoitajan itsearvioima valmius tarjota hoitoa läheiselleen. Muita lopputulosmuuttajia olivat: omaishoitajien arviot terveydestään, läheisen oireista ja itsenäisyydestä, omaishoitajuuden raskautavuudesta, perheen hyvinvoinnista, kokemastaan stressistä ja arvio

*menetelmäkuvaus on laadittu vuoden 2020 Hotus-hoitosuositusohjeistuksen mukaisesti

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

omaishoitotyöstä. Aineisto kerättiin puhelimitse kolmena ajankohtana: ajankohta 1: neljän päivän sisällä kotiutumisesta, ajankohta 2: 15–21 päivää kotiutumisesta, ajankohta 3: kuusi viikkoa kotiutumisesta. Kontrolliryhmään kuuluvat saivat tavanomaista ohjausta.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 9/13

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Lähteet:

1. Slatyer S, Toye C, Popescu A, Young J, Matthews A, Hill A , Williamson DJ. Early re-presentation to hospital after discharge from an acute medical unit: perspectives of older patients, their family caregivers and health professionals. *Journal of Clinical Nursing* 2013; 22: 445-455. DOI: 10.1111/jocn.12029.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Hansson A, Svensson ANN, Ahlström BH, Larsson LG, Forsman B , AlsÉN PIA. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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

*menetelmäkuvaus on laadittu vuoden 2020 Hotus-hoitosuositusohjeistuksen mukaisesti

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

home. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2015; 10: 26554-26554. DOI: 10.3402/qhw.v10.26554.

11. 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.
12. 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.
13. 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.
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. 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.
16. 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.
17. 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.
18. 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.

*menetelmäkuvaus on laadittu vuoden 2020 Hotus-hoitosuositusohjeistuksen mukaisesti

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