

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 puutteita. (C)**

Potilaista 34 % sai kaikki suunnitellut palvelut kotiin, 31 % sai osan palveluista, 35 % ei saanut mitään suunnitelluista palveluista. Suunnitelluista palveluista jäi toteutumatta erityisesti sosiaalityöntekijän käynti (73 %), kotisairaanhoido (41 %) ja kodinhoito (julkinen 35 %, yksityinen 56 %). Palveluiden toteutuminen oli todennäköisempää iäkkäämmillä potilailla verrattuna nuorempiin (OR 1,03; 95 % CI 1,01–1,04; $p = 0,002$). Palveluiden toteutuminen oli vähemmän todennäköistä miehillä kuin naisilla (OR 0,62; 95 % CI 0,43–0,90; $p = 0,01$) sekä sisätautien osastolla hoidossa olleilla kuin kirurgisella osastolla hoidossa olleilla (OR 0,55, 95 % CI 0,38–0,80; $p = 0,002$).

*Israelilaisessa poikkileikkaustutkimuksessa¹ tutkittiin sairaalakäynnin aikana sosiaalityöntekijän tavanneiden akuuttisairaaloiden sisätautien ja kirurgian osastoilta kotiutuneiden potilaiden ($n = 672$, naisia 58 %) hoidon jatkuvuutta. Potilaiden keski-ikä oli 71 vuotta (keskihajonta = 14). Hoidon jatkuvuutta mitattiin toteutuneina palveluina sekä implementoituina kotiutussuunnitelmina.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 6/7

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

- **iäkkäiden yksilöllinen kotiutumisen suunnittelu todennäköisesti vähentää uusintakäyntejä sairaalaan. (B)**

Moniammatillinen ja kokonaisvaltainen kotiutumisinterventio vähensi uusintakäyntejä sairaalaan. Viikon seurannassa tapahtuneita uusintakäyntejä päivystysosastolle oli interventoryhmässä vähemmän kuin vertailuryhmässä (vertailuryhmä 10 %, interventoryhmä 3 %, OR = 0,25; 95 % CI 0,10–0,62). 30 päivän seurannassa interventoryhmässä oli vähemmän uusintakäyntejä päivystysosastolle, kuin vertailuryhmässä (vertailuryhmä 21 %, interventoryhmä 14 %, OR = 0,58, 95 % CI 0,34–0,98). 30 päivän seurannassa interventoryhmässä oli vähemmän uusintakäyntejä sairaalaan, kuin vertailuryhmässä (vertailuryhmä 22 %, interventoryhmä 14 %, OR = 0,55, 95 % CI 0,32–0,94).

*Yhdysvaltalaisessa kvasikokeellisessa² tutkimuksessa arvioitiin moniammatillisen ja kokonaisvaltaisen sairaalassa toteutetun Safe STEPS -kotiutumisintervention soveltuvuutta ja vaikuttavuutta yli 65-vuotiailla iäkkäillä sairaalapotilailla ($N = 422$). The Safe and Successful Transition of Elderly Patients Study (Safe STEPS) -interventiossa yhdyslääkäri (hospitalisti) tutki interventoryhmän potilaat ($n = 185$) sairaalaan tulovaiheessa strukturoidusti huomioiden muun muassa kaatumisriskin, ADL-toiminnoista selviytymisen, toimintakyvyn, tiedon omaishoitajasta ja lääkityksen. Farmaseutti tarkisti lääkehoitosuunnitelman. Palveluohjaaja oli mukana tarkistamassa sairaalaantulotiedot ja täytti lomakkeen, jonka avulla tiedotettiin perusterveydenhuollon lääkäreitä ja pyydettiin tarvittaessa lisätietoja. Moniammatillinen tiimi, johon

*menetelmäkuvaus on laadittu vuoden 2020 Hotus-hoitosuositusohjeistuksen mukaisesti

kuuluivat lääkäri, toimintaterapeutti, farmaseutti, ravitsemusterapeutti, sosiaalityöntekijä ja kotisairaanhoidaja, laati potilaalle hoitosuunnitelman. Palveluohjaaja koordinoi yksilöllisen kotiutussuunnitelman toteutumista. Kotiutumisesta koskevassa kokouksessa paikalla olivat kotiutumisesta vastaava sairaanhoidaja, yhdyslääkäri, potilas ja mahdollisesti omainen. Potilaan kanssa keskusteltiin hoitojaksosta ja hän sai selkokieliset hoito-ohjeet suullisesti ja kirjallisesti sekä yhdyslääkärin yhteystiedot. Vertailuryhmään kuuluneet potilaat (n = 237) saivat tavanomaista hoitoa ja kotiutuivat normaaliprotokollan mukaisesti.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 6/9

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: Yhdyslääkärillä (hospitalisti) tarkoitetaan tässä tutkimuksessa potilaan tilaa kokonaisvaltaisesti hoidon pitkittyessä tai vaativissa siirtymävaiheissa tarkastelevaa henkilöä. Suomessa hospitalisti on määritelty esimerkiksi seuraavasti: ”Hospitalisti eli yhdyslääkäri on erikoislääkäri, joka vastaa potilaan kokonaihoidosta sairaalassa ja turvaa myös hoidon jatkuvuutta”⁴.

Discharge Decision Support System (D2S2) -interventio vähensi kotiutumisen jälkeisten haittatapahtumien riskissä olevien potilaiden uusintakäyntejä sairaalaan 30 päivän kuluessa 6 % verrattuna vertailuryhmän potilaisiin. Uusintakäyntien suhteellinen vähennys oli 26 %.

*Yhdysvaltalaisessa kvasikokeellisessa tutkimuksessa³ arvioitiin parantaako kotiutumisen jälkeisten haittatapahtumien riskissä olevien potilaiden tunnistaminen sairaalakäynnin aikana kotiutumisen suunnittelua ja jatkohoitoa koskevaa päätöksentekoa sekä vähentääkö se uusintakäyntejä sairaalaan. Tutkimuksessa kerättiin sairaalaan tulovaiheessa strukturoidusti tietoa The Discharge Decision Support System (D2S2) -työkalulla potilaan liikkumisesta, sairauden vaikeusasteesta, psyykkisestä voinnista, taloudellisesta tilanteesta sekä omaishoitajasta. Kerätyn tiedon avulla muodostettiin riskiarvio kotiutumisen jälkeisiin haittatapahtumiin sekä tarpeelle akuutin vaiheen jälkeisille lähetille muun muassa kotihoitoon, hoivakotiin, kuntoutukseen tai pitkäaikaishoitoon. Työkalu auttoi tunnistamaan riskipotilaat, jotka tarvitsevat post-akuutin jatkohoitolähetteen sairaalasta kotiututtuaan. Palveluohjaaja sai tiedon interventoryhmään kuuluvien potilaiden (n = 252) D2S2-tuloksesta ja sitä käytettiin lähetepäätöksenteon tukena. Vertailuryhmään kuuluvien potilaiden (n = 281) D2S2-tuloksesta ei tiedotettu palveluohjaajaa.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 6/9

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

➤ **yksilöllinen ja moniammatillinen kotiutumisen suunnittelu saattaa lisätä iäkkäiden tyytyväisyyttä kotiutumiseen sekä parantaa itsearvioitua terveyttä. (C)**

Moniammatillinen ja kokonaisvaltainen kotiutumisinterventio paransi iäkkäiden potilaiden tyytyväisyyttä kotiutumiseen ja itsearvioitua terveyteen. Viikon seurannassa interventoryhmään kuuluneet potilaat tiesivät vertailuryhmään kuuluneita useammin, keneen ottaa yhteyttä kotiutumiseen liittyvissä kysymyksissä ja huolenaiheissa (vertailuryhmä 93 %, interventoryhmä 99 %, OR = 15,9; 95 % CI 2,05–125). Viikon seurannassa interventoryhmään kuuluneet potilaat arvioivat kotiutumisen onnistuneemmaksi kuin vertailuryhmän potilaat (3 väittämän mittari: OR

*menetelmäkuvaus on laadittu vuoden 2020 Hotus-hoitosuositusohjeistuksen mukaisesti

= 6,83; 95 % CI 3,63–12,84; 15-väittämän mittari: OR = 3,49; 95 % CI 2,06–5,92). Lisäksi viikon seurannassa interventioryhmään kuuluneet potilaat arvioivat terveytensä paremmaksi kuin vertailuryhmän potilaat (vertailuryhmä 78 %, interventioryhmä 87 %, OR = 2,33; 95 % CI 1,34–4,05). 30 päivän seurannassa interventioryhmään kuuluneet potilaat arvioivat terveytensä paremmaksi, kuin vertailuryhmän potilaat (vertailuryhmä 71 %, interventioryhmä 84 %, OR = 2,36; 95 % CI 1,41–3,95).

*Yhdysvaltalaisessa kvasikokeellisessa tutkimuksessa² arvioitiin moniammatillisen ja kokonaisvaltaisen sairaalassa toteutetun kotiutumisintervention soveltuvuutta ja vaikuttavuutta yli 65-vuotiailla iäkkäillä sairaalapotilailla (N = 422). The Safe and Successful Transition of Elderly Patients Study (Safe STEPS) -interventiossa yhdyslääkäri (hospitalisti) tutki interventioryhmän potilaat (n = 185) sairaalaan tulovaiheessa strukturoidusti huomioiden mm. kaatumisriskin, ADL-toimintoista selviytymisen, toimintakyvyn, tiedon omaishoitajasta ja lääkityksen. Farmaseutti tarkisti lääkehoidon suunnitelman. Palveluohjaaja oli mukana tarkistamassa sairaalaantulotiedot ja täytti lomakkeen, jonka avulla tiedotettiin perusterveydenhuollon lääkäreitä ja pyydettiin tarvittaessa lisätietoja. Moniammatillinen tiimi, johon kuuluivat lääkäri, toimintaterapeutti, farmaseutti, ravitsemusterapeutti, sosiaalityöntekijä ja kotisairaanhoidaja, laati potilaalle hoitosuunnitelman. Palveluohjaaja koordinoi yksilöllisen kotiutussuunnitelman toteutumista. Kotiutumista koskevassa kokouksessa paikalla olivat kotiutumisesta vastaava sairaanhoidaja, yhdyslääkäri, potilas ja mahdollisesti omainen. Potilaan kanssa keskusteltiin hoitojaksosta ja hän sai selkokieliset hoito-ohjeet suullisesti ja kirjallisesti sekä yhdyslääkärin yhteystiedot. Vertailuryhmään kuuluneet potilaat (n = 237) saivat tavanomaista hoitoa ja kotiutuivat normaaliprotokollan mukaisesti.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 6/9

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: Yhdyslääkärillä (hospitalisti) tarkoitetaan tässä tutkimuksessa potilaan tilaa kokonaisvaltaisesti hoidon pitkittyessä tai vaativissa siirtymävaiheissa tarkastelevaa henkilöä. Suomessa hospitalisti on määritelty esimerkiksi seuraavasti: ”Hospitalisti eli yhdyslääkäri on erikoislääkäri, joka vastaa potilaan kokonaishoidosta sairaalassa ja turvaa myös hoidon jatkuvuutta”⁴.

➤ **sairaalasta kotiutuneilla iäkkäillä saattaa olla kotona selviytymistä vaikeuttavia ongelmia ja tuen tarpeita, jotka ilmenevät vasta kotiutumisen jälkeen. (C)**

Sosiaalityöntekijän toteuttamassa kotiutumista tukevassa puhelininterventiossa 83,3 %:lla interventioryhmään kuuluneista ilmeni erilaisia ongelmia ja tuen tarpeita kotiutumisen jälkeen: omahoidon toteuttaminen (45,8 %), omaisen uupumus (35 %), muutoksessa selviytyminen (34,4 %), kotihoidon palvelujen saanti (51,4 % niistä, joilla kotihoidon palvelut oli sovittu) ja lääkehoidon toteuttaminen (16,4 %). Suurella osalla potilaista (73,3 %) ongelmat ilmenivät vasta kotiutumisen jälkeen.

*Yhdysvaltalaisessa RCT-tutkimuksessa⁴ tunnistettiin iäkkäiden sairaalasta kotiutuneiden potilaiden tuen tarpeita ja arvioitiin sosiaalityöntekijän toteuttaman puhelinintervention vaikutusta potilaiden ja omaisten kokemaan stressiin, terveyspalvelujen käyttöön, uusintakäynteihin ja kuolleisuuteen. Tutkimuspotilaat (N = 740) olivat yli 65-vuotiaita, he

käyttivät useita lääkkeitä ja heillä toteutui vähintään yksi seuraavista kriteereistä: asuu yksin, ei ole kotihoidon palvelujen piirissä, kohonnut kaatumisriski, vähintään yksi sairaalajakso viimeisten 12 kuukauden aikana, emotionaalisen tuen puute tai psykososiaalinen ongelma. Interventoryhmään kuului 360 ja vertailuryhmään 380 tutkimuspotilasta. Kotiutumisen jälkeisessä EDPP-interventiossa (Enhanced Discharge Planning Program) varmistettiin kotiutuksen jälkeinen hoitosuunnitelma sekä tunnistettiin mahdolliset lisäselvitystä vaativat ongelmat ja iäkkään tarpeet. Lisäksi varmistettiin kotiin tuotavien palvelujen ja psykososiaalisen tuen saanti.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 7/13

Sovellettavuus suosituksessa: Kohtalainen

Lähteet:

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.