

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. (B)**

Henkilökunta tunnisti tarpeen pyrkiä yksilölliseen, potilaskeskeiseen kommunikaatioon. Lääkärit ja hoitotyöntekijät olivat tietoisia, että heidän tulee ottaa huomioon monia tekijöitä iäkkäitä hoitaessaan, kuten sairaushistoria, monilääkitys, fyysinen toimintakyky, sosiaaliset tekijät sekä kognitiivinen taso. Päivystyksen työn luonteesta johtuen henkilökunnan oli usein vaikeaa vastata näihin iäkkäiden moninaisiin tarpeisiin. Henkilökunta koki, että heillä oli minimaalinen mahdollisuus suunnitella iäkkäiden potilaiden siirtymiä sekä rajallisesti aikaa ja mahdollisuuksia koordinoida asianmukaisesti kotihoitoa ja huolehtia hoidon jatkuvuudesta.

*Australialaisessa haastattelututkimuksessa¹ 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

Kotiutumiseen liittyi **iäkkäiden ja läheisten sekä ammattilaisten välinen vuorovaikutus**. Kotiutumista saattoi hankaloittaa ammattilaisten työaikaan liittyvät tekijät, kuten rajalliset vastaanottoajat sekä työkuorma.

Laadullisten tutkimusten järjestelmällisessä katsauksessa ja metasynthesissä² (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 synteisillä 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

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 kahteen tutkimukseen.

*menetelmäkuvaus on laadittu vuoden 2020 Hotus-hoitosuositusohjeistuksen mukaisesti

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

➤ **niukat sosiaali- ja terveydenhuollon resurssit saattavat johtaa iäkkäiden uusintakäynteihin sairaalaan. (C)**

Uusintakäynteihin johtavina syinä kuvattiin ylikuormitetut perusterveydenhuollon palvelut, jotka voivat estää potilaita pääsemästä hoidon piiriin. Lisäksi nopea pääsy omalääkärin arvioon saattaa olla epärealistista, koska vastaanotolle pääsyssä on viiveitä.

*Australialaisessa haastattelututkimuksessa³ 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

➤ **epäonnistunut kotiutumisprosessi todennäköisesti aiheuttaa iäkkäille pelkoa ja epävarmuutta. (B)**

lääkäät kuvasivat, että siirtyminen kotiin tuntui epävarmalta, turvattomalta ja jopa vaaralliselta. He kokivat, että järjestelmä ei huolehtinut kunnolla ja ammattimaisesti sairaista apua tarvitsevista ihmisistä. He kokivat olevansa riippuvaisia naapureiden avusta kotiutumisen jälkeen. Iäkkäiden kuvaamana hyvin suunniteltu ja oikea-aikainen kotiutuminen johti turvallisuudentunteeseen ja valmiuteen palata kotiin.

*Tanskalaisessa puolistrukturoidussa haastattelututkimuksessa⁴ kuvattiin yli 65-vuotiaiden hauraiden akuuttipotilaiden (n = 14; miehet n = 7, naiset n = 7) kokemuksia arkielämästä viikko sisätautiosastoilta (n = 7) kotiutumisen jälkeen.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/8

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Potilaat olivat pettyneitä terveydenhuoltojärjestelmään. He kokivat, että kotiutumissuunnittelun puute jätti heidät haavoittuvaan tilanteeseen, esimerkiksi kotiutumisjärjestelyt saattoivat edelleen olla kesken uusintakäynnin aikaan. Tämä korosti hoitojärjestelmän puutteita erityisesti kotiutumishetkellä. Potilaille ei ollut järjestetty palveluita kotona selviytymisen tueksi.

*Australialaisessa puolistrukturoidussa haastattelututkimuksessa⁵ kuvattiin uusintakäynnillä 28 päivää kotiutumisen jälkeen olleiden yli 65-vuotiaiden potilaiden (n = 3) kokemuksia uusintakäynteihin johtaneista olosuhteista.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/10

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

*menetelmäkuvaus on laadittu vuoden 2020 Hotus-hoitosuositusohjeistuksen mukaisesti

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

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. (A)**

lääkäreiden kotiutumisessa keskeistä on **katkeamaton hoitoketju**. Tätä edistivät 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. Hoitoketjun jatkumista vaikeuttivat standardoitujen prosessien puute ja pirstaleinen viestintä, terveydenhuollon ammattilaisten erilaiset roolit ja tavoitteet potilaan hoidossa, puutteet kotiutumisen suunnittelussa ja hoitovastuun siirrossa sekä HR-ongelmat, kuten riittämätön henkilöstömäärä, henkilöstön puutteellinen osaaminen ja taitotaso.

Laadullisten tutkimusten järjestelmällisessä katsauksessa ja metasynthesissä² (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 synteesillä 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

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. Perustuu 11 tutkimukseen.

Kotiutushoitajien mukaan eri organisaatioiden ja työyhteisöjen välistä yhteistyötä tukevat säännölliset verkostotapaamiset ja toimiva tiedonvaihto.

Tanskalaisessa laadullisessa tutkimuksessa⁶ kuvattiin kotiutushoitajien (transitional care nurses, n = 12) toimintatapoja monisairaiden iäkkäiden potilaiden siirtymävaiheen hoitopoluissa. Aineisto kerättiin havainnoimalla ja ryhmähaastattelulla. Aineisto analysoitiin temaattisella analyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 9/10, puute kriteerissä 6

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Tuloksen johdonmukaisuus ja yhtenevyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Aineiston rikkaus ja riittävyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

*menetelmäkuvaus on laadittu vuoden 2020 Hotus-hoitosuositusohjeistuksen mukaisesti

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

➤ **iäkkäiden kotiutuessa organisaatioiden välisessä tiedonkulussa ja kommunikaatiossa on puutteita eri toimijoiden näkökulmista. (A)**

Potilaat ja terveydenhuollon ammattilaiset kokivat, ettei ollut yhtä yhteisesti hyväksyttyä toimintatapaa tiedon välittämiseen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Suora kontakti toimijoiden välillä perustui olemassa oleviin henkilökohtaisiin kontakteihin. Kommunikointi toimijoiden välillä tapahtui pääasiallisesti läheteiden ja epikriisien välityksellä, josta puuttui henkilökohtainen yhteys. Tämä saattoi johtaa oleellisen tiedon puuttumiseen. Läheteissä oleva tieto oli rajallista ja siitä puuttui usein hoitotyön ja sosioekonomisen tilanteen näkökulmat, joiden avulla olisi voinut välttää kotiutumisen jälkeen ilmeneviä ongelmia iäkkään potilaan kotiutuessa. Perusterveydenhuollon ammattilaiset pitivät erikoissairaanhoidon ammattilaisten raporttia erityisen tärkeänä, mutta se usein puuttui, oli puutteellinen tai saapui liian myöhään. Yhtenäistä sähköistä tietojärjestelmää pidettiin mahdollisena ratkaisuna tiedonkulun ongelmiin. Hankaluutena nähtiin se, että kaikki ammattilaiset eivät pääse tuottamaan tietoa näihin järjestelmiin.

*Espanjalaisessa haastattelututkimuksessa⁷ 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

Tiedonkulun puute oli kotiutumiseen liittyvä haittatapahtuma noin viidenneksellä geriatrisesta arviointiyksiköstä kotiutuvilla potilailla (22,9 %, n = 27). Esimerkkinä puutteista olivat jatkohoidon järjestäminen, kirjallisten raporttien sisällöt sekä kotiutuspalaverin eteenpäin välittymättä jääneet tiedot.

*Norjalaisessa havainnointitutkimuksessa⁸ tutkittiin geriatrisesta arviointiyksiköstä kotiutuneiden kotihoitotiimin asiakkaiden (n = 118) haittatapahtumia siirtymäprosessissa. Asiakkaiden keski-ikä oli 82,3 vuotta (±6,2/66–98). Tutkimukseen osallistuneiden ja tutkimuksesta kieltäytyneiden välillä ei ollut eroa sukupuolella, iässä tai asumisen itsenäisyydessä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 9/9

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kotisairaanhoidajien mukaan iäkkäiden sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden kotiutuksen haasteena oli **ammattilaisten välinen puutteellinen viestintä**. Tämä ilmeni oleellisten tietojen puuttumisena kotiutusdokumenteista sekä siten, että eri potilastietojärjestelmät eivät keskustelleet keskenään. Toisaalta sähköisessä potilastietojärjestelmässä oli runsaasti tietoa, mutta keskeinen tieto saattoi puuttua. Haasteena koettiin myös vastuiden epäselvyys kotiuttavan sairaalan ja avohoidon välillä sekä heikko tiedon ja materiaalien (esim. lisähapen toimittaminen) äärelle pääseminen erityisesti viikonloppuisin.

Yhdysvaltalaisessa laadullisessa tutkimuksessa⁹ tarkasteltiin kotisairaanhoidajien (n = 19) mahdollisuuksia helpottaa tiedonsiirtoa sairaalasta kotiutuvien sydämen vajaatoimintaa sairastavien iäkkäiden

*menetelmäkuvaus on laadittu vuoden 2020 Hotus-hoitosuositusohjeistuksen mukaisesti

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

aikuisten kohdalla. Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla fokusryhmähaastattelulla ja analysoitiin kiteytysanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 6/10, puutteet kriteereissä 1, 6, 7 ja 9

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Tuloksen johdonmukaisuus ja yhtenevyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Aineiston rikkaus ja riittävyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Kotiutushoitajat kuvasivat, että yhteistyön esteenä voi olla tietojärjestelmien yhteensopimattomuus.

Tanskalaisessa laadullisessa tutkimuksessa⁶ kuvattiin kotiutushoitajien (transitional care nurses, n = 12) toimintatapoja monisairaiden iäkkäiden potilaiden siirtymävaiheen hoitopoluissa. Aineisto kerättiin havainnoimalla ja ryhmähaastattelulla. Aineisto analysoitiin temaattisella analyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 9/10, puute kriteerissä 6

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Tuloksen johdonmukaisuus ja yhtenevyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Aineiston rikkaus ja riittävyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

➤ **iäkkäiden kotiutuessa organisaatioiden välisen yhteistyön esteenä koetaan** olevan vastuun hajautuminen eri toimijoiden välille. (A)**

Vastuu kotiutumisesta oli hajautettu monen eri terveydenhuollon ammattilaisen kesken. Kotiutumisen suunnitteluprosessit olivat heikosti määriteltyjä ja dokumentoituja. Ammattilaisilla oli rajoitetut mahdollisuudet valmistautua ja saada tukea kotiutumisen suunnitteluun sekä sen toteuttamiseen. Huolimatta siitä, että koko henkilökunnan nähtiin olevan vastuussa kotiutuksesta, selvyys yksilön vastuista tai rooleista kuitenkin puuttui, mikä johti heikosti dokumentoituihin kotiutumisprosesseihin.

*Australialaisessa integratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa¹⁰ (n = 15) kuvattiin muistisairautta sairastavien henkilöiden ja perheenjäsenten sairaalasta kotiutumisen suunnitteluun osallistumista estäviä ja edistäviä tekijöitä. Aineisto oli analysoitu temaattisella synteysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 10/11

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Arvokkaiden suhteiden luominen tai ylläpitäminen terveydenhuollon ammattilaisten välillä oli tärkeä iäkkäiden sairaalasta kotiin siirtymistä edistävä tekijä. Esteeksi tälle nähtiin terveydenhuollon ammattilaisten välisten suhteiden epävakaus, mikä johtui järjestelmistä ja organisaatioiden prosesseista, kuten henkilöstön siirtymisestä tehtävästä toiseen, jolloin vanhat tutut yhteistyösuhteet hajosivat ja ne piti muodostaa uudelleen. Lisäksi sairaaloiden ja perusterveydenhuollon organisaatioiden välinen riippumattomuus toisistaan johti siihen, että potilaiden kotiutumiseen liittyvästä tilanteesta ei saatu palautetta, tiedon jakamiseen ei ollut kanavia eikä rajat ylittävälle oppimismahdollisuuksille ollut tilaisuuksia. Tämä vähensi terveydenhuollon ammattilaisten välistä vuorovaikutusta ja kontakteja, mikä saattoi estää potilaan tilanteen

ajantasaisen seurannan. Lisäksi kotiutumista saattoivat estää viestintävälineet, kuten kirjeet tai sähköiset potilastiedot.

Laadullisten tutkimusten järjestelmällisessä katsauksessa ja metasyn-
teesissä² (n = 17 tutkimusta) tarkasteltiin iäkkäiden potilaiden, omais-
hoitajien ja terveyspalvelujen tarjoajien näkökulmista mitkä tekijät mah-
dollistavat ja estävät iäkkäiden potilaiden siirtymistä sairaalasta kotiin.
Tutkimuksiin osallistuneet potilaat olivat vähintään 60-vuotiaita. Ai-
neisto analysoitiin narratiivisella synteessillä Meleisin siirtymäteorian
pohjalta. Mukaan otetut tutkimukset oli julkaistu vuosina 1992–2021.
Tutkimukset oli tehty Yhdysvalloissa (n = 7), Turkissa (n = 2), Kana-
dassa (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 hy-
vin vähäisiä

Aineiston rikkaus ja riittävyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Kommentti: Tutkimuksen aineistona oli laadulliset tutkimukset sekä
monimenetelmälliset tutkimukset, joista laadullisten aineistojen tulok-
set olivat erotettavissa. Tulos perustuu kahteen tutkimukseen.

**Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden ja oppilaitosten yhteistyönä tulee var-
mistaa, että sairaalasta kotiutuvia henkilöitä kohtaavalla henkilöstöllä on riittävää ge-
rontologisen hoitotyön osaamista, sillä**

- **sairaalasta kotiutuvia iäkkäitä kohtaavien ammattilaisten gerontologisen hoito-
työn osaamisessa ja koulutuksessa saattaa olla puutteita. (C)**

Terveydenhuollon ammattilaiset kokivat, että hoitohenkilökunnalla on geriatrisen tiedon ja kou-
lutuksen puutetta.

*Australialaisessa haastattelututkimuksessa¹ kuvattiin moniammatilli-
sesta näkökulmasta iäkkäiden hoitamista sairaalan päivystysosastolla.
Tutkimuksessa toteutettiin yhdeksän fokusryhmähaastattelua (n = 54)
ja yksilöhaastatteluita (n = 7). Työaikajärjestelyistä johtuen ryhmähaas-
tatteluihin osallistui hoitotyöntekijöitä sekä muita terveydenhuollon am-
mattihenkilöitä ja yksilöhaastatteluihin lääkäreitä. Tutkimus oli osa Safe
Elderly Emergency Discharge (SEED) -tutkimushanketta.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/10

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

*menetelmäkuvaus on laadittu vuoden 2020 Hotus-hoitosuositusohjeistuksen mukaisesti

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

Yhdenkään iäkkään potilaan kotiutumisesta vastaava hoitotyöntekijä ei ollut kotiutushoitaja, kliininen asiantuntija tai gerontologinen sairaanhoitaja.

*Sveitsiläisessä poikkileikkaustutkimuksessa¹¹ tutkittiin sisätautien osastolla hoidossa olevien potilaiden (n = 235, naisia 46 %) kotiutumisvalmiutta ja hoitotyöntekijöiden kotiutuksen suunnitteluprosessin Transitional Care Model (TCM) elementtien toteutumisen välistä yhteyttä. Potilaiden keski-ikä oli 79,7 vuotta (keskihajonta 7,6).

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/8

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: Transitional Care Model (TCM) komponentit olivat kliininen asiantuntija/erikoissairanhoitaja

Kotipalvelun ammattilaisten toiminnassa oli kotiutumiseen liittyvä haittatapahtuma noin viidenneksellä geriatrisesta arviointiyksiköstä kotiutuvista potilaista (19,5 %; n = 23). Esimerkiksi ei ollut varmistettu, että kotiutuspalaverissa sovitut asiat (mm. potilas syö ruokansa) olisivat toteutuneet.

*Norjalaisessa havainnointitutkimuksessa⁸ tutkittiin geriatrisesta arviointiyksiköstä kotiutuneiden kotihoitotiimin asiakkaiden (n = 118) haittatapahtumia siirtymäprosessissa. Asiakkaiden keski-ikä oli 82,3 vuotta ($\pm$ 6,2/66–98). Tutkimukseen osallistuneiden ja tutkimuksesta kieltäytyneiden välillä ei ollut eroa sukupuolella, iässä tai asumisen itsenäisyydessä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 9/9

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Lähteet

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

5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.