

# Hotus



**Säker hemkomst från sjukhuset för den äldre**

**Hotus-vårdrekommendation®**

# ARBETSGRUPPENS SAMMANSÄTTNING

## Ordförande

**MIRA PALONEN**, sjukskötare (YH), HVD, specialforskare, Stiftelsen för vårdforskning; docent, Tammerfors universitet

## Medlemmar

**HANNA-MARI PESONEN**, sjukskötare, HVD, överlärare, Yrkeshögskolan Centria

**ANJA RANTANEN**, sjukskötare, HVD, universitetslektor, docent, Fakulteten för samhällsvetenskaper, Enheten för hälsovetenskaper, Tammerfors universitet

**HEIDI SIIRA**, fysioterapeut (YH), HVD, universitetslektor, Forskningsenheten för medicinteknik och hälsovetenskap, Uleåborgs universitet

**ANNIINA TOHMOLA**, sjukskötare (YH), HVD, överlärare, Lapplands yrkeshögskola

**HENNA TIITINEN**, sjukskötare/hälsovårdare (YH), HVM-studerande (hälsoekonomi), yngre forskare, Stiftelsen för vårdforskning; projektforskare, Östra Finlands universitet, institutionen för social- och hälsoledning

## Experter

**SATU ELO**, sjukskötare (YH), HVD, docent, överlärare, Uleåborgs yrkeshögskola

**OSMO HEKKALA**, erfarenhetsexpert

**NIINA HELDAN**, sjukskötare, utskrivningsskötare, Mejlans samjour, HUS

**RAUHA ISOAHO**, erfarenhetsexpert

**KIRSI KARINIEMI**, hälsovårdare, HVM, ansvarig enhetschef för hemvård, Norra Österbottens välfärdsområde

**HANNA KERMENEN**, MD, specialistläkare inom geriatri, specialkompetens som läkarutbildare, Tammerfors universitet och Birkalands välfärdsområde

**PÄIVI PELTOLA**, sjukskötare (YH), Hjärtsjukhuset, Tammerfors universitetssjukhus

**REETTA SAARNIO**, specialsjukskötare, HVD, överlärare, Uleåborgs yrkeshögskola

**TEIJA SUUNIITU**, geronom (högre YH), kundhandledning för tjänster som stöder boende hemma, Birkalands välfärdsområde

**VILMA WESTERSUND**, provisor, HVM (hälsoekonomi), specialplanerare nationella HTA-samordningsenheten FinCCHTA (medlem i arbetsgruppen fram till 11/2024)

**BINDNINGAR:** Medlemmarna i arbetsgruppen och expertgruppen har inga bindningar till det aktuella ämnet som kunde ge dem ekonomiska fördelar eller påverka rekommendationernas tillförlitlighet.

ISSN 2489-5024

# Innehåll

ARBETSGRUPPENS SAMMANSÄTTNING _____	2
Inledning _____	5
Rekommendationens syfte, mål och centrala begrepp _____	6
Rekommendationens syfte och mål _____	6
Målgrupper _____	6
Centrala begrepp _____	6
Ekonomisk utvärdering _____	8
Rekommendationsfraser _____	9
1. Att låta den äldre få sin röst hörd _____	9
2. Bedömning av den äldres individuella situation _____	10
3. Yrkesansvar _____	11
4.Handledning _____	12
5. Att förstå handledningen _____	14
6. Närståendes delaktighet _____	15
7. Planering av utskrivningen _____	16
8. Stöd för och uppföljning av utskrivningen _____	18
9. Läkemedelsbehandling _____	19
10. Nutrition _____	22
11. Organisationer, resurser och utbildningssystem _____	22
Källor _____	25

## Inledning

I Finland finns över 650 000 personer som fyllt 75 år, varav nästan 500 000 bor hemma och cirka 278 000 är ensamboende<sup>1,2</sup>. I denna åldersgrupp hjälper var sjätte sin partner som har nedsatt funktionsförmåga<sup>3</sup>. Antalet äldre personer ökar, och även om de äldre bibehåller funktionsförmågan längre kommer behovet av social- och hälsovårdstjänster i denna åldersgrupp att öka. Detta påverkar i sin tur servicesystemets förmåga att erbjuda tillräckliga tjänster för alla som behöver dem.<sup>4</sup> Antalet sjukhusplatser i Finland är ett av de lägsta i Europeiska unionen (EU) och antalet sjunker fortfarande i linje med den internationella trenden. Den största minskningen av sängplatser finns inom långtidsvården av äldre.<sup>5</sup>

I enlighet med det som beskrivits ovan är vårdperioderna på sjukhus korta och patienterna övergår snabbt till hemvården<sup>6</sup>. Även en kort sjukhusvistelse och särskilt orörlighet under vårdperioden utgör betydande risker för en äldre persons funktionsförmåga<sup>7-9</sup>. Upprepade vårdrelaterade förflyttningar mellan hemmet och sjukhuset ökar risken för sociala och hälsorelaterade incidenter hos äldre<sup>10,11</sup>, till exempel fallolyckor<sup>12</sup>, där risken är störst direkt efter utskrivningen<sup>13</sup>.

En del äldre återvänder till sjukhusvård kort efter utskrivningen. Bakom fenomenet kan utöver medicinska orsaker finnas till exempel en äldre persons osäkerhet eller rädsla för att inte klara sig hemma<sup>14,15</sup> samt brister i vårdens kontinuitet<sup>16</sup>, tjänsterna för äldre<sup>17,18</sup> och i handledningen<sup>19</sup>.

Det nationella målet är att äldre personer ska klara sig så självständigt som möjligt hemma med hjälp av tjänster som ordnas i hemmet samt närståendevård<sup>20</sup>. En lyckad planering av utskrivningen av äldre patienter är en lång och mångfacetterad process som i praktiken innebär många utmaningar och för vilken det sällan finns tillräckligt med tid och resurser<sup>21,22</sup>. Detta ökar risken för oönskade händelser i samband med utskrivningen, såsom läkemedelsordinationer som är olämpliga för patienten eller bristfälliga anvisningar för fortsatt vård<sup>23,24</sup>. För att undvika risker och säkerställa en säker utskrivning är det viktigt med enhetliga evidensbaserade rutiner för en äldre persons hemkomst från sjukhuset. Det centrala är att stärka den äldres och de närståendes aktiva delaktighet samt känslan av att bli hörd och uppmärksammas.

Vårdrekommendationen som nu har utarbetats ersätter rekommendationen med samma namn som publicerades 2020.

# Rekommendationens syfte, mål och centrala begrepp

## Rekommendationens syfte och mål

Syftet med denna vårdrekommendation är att sammanställa evidens som baserar sig på kritiskt utvärderade studier och expertutlåtanden samt att ge tillhörande rekommendationer om en säker utskrivning av den äldre från sjukhuset och de ekonomiska aspekter som är kopplade till detta. Målet med vårdrekommendationen är att harmonisera praxis för att stödja säker utskrivning av äldre patienter.

## Målgrupper

Vårdrekommendationen är avsedd för alla yrkespersoner inom social- och hälsovården som i sitt arbete vårdar och möter äldre personer som skrivs ut från sjukhuset. Vårdrekommendationen omfattar äldre personer som skrivs ut från sjukhuset ensamma eller med stöd av när-stående och/eller tjänster som ordnas i hemmet. Patienter som förflyttas till en annan plats för fortsatt vård eller rehabilitering med heldygnsvård i stället för hemmet omfattas inte av rekommendationen, eftersom vårdansvaret och informationen i dessa situationer huvudsakligen överförs mellan yrkespersoner. Äldre som skrivs ut från andra hälsovårdsorganisationer än sjukhuset omfattas inte heller av rekommendationen, eftersom vårdtiderna och förberedelserna för utskrivningen i dessa organisationer är annorlunda jämfört med sjukhuset.

## Centrala begrepp

### En äldre person

Att definiera en äldre person är inte entydigt. Definitionen påverkas inte endast av personens kronologiska ålder utan också av dennes funktionsförmåga. Världshälsoorganisationen (WHO) använder i sin statistik 60 år som minimiålder i definitionen av en äldre person, vilket bland annat beror på den låga förväntade livslängden i vissa länder<sup>25,26</sup>. I den internationella forskningslitteraturen om äldre är intagningskriterierna för kronologisk ålder ännu lägre, till och med 55 år. I Finland är definitionen som baserar sig på den kronologiska åldern ofta högre än de internationella kriterierna, eftersom den utgår bland annat från pensionsåldern eller en bedömning av funktionsförmågan.

I den här vårdrekommendationen avses med en äldre person en person som fyllt 65 år, vilket baserar sig inte bara på kriterierna i internationell forskningslitteratur utan även på Finlands lagstiftning och officiella statistik, där äldre avser den befolkningsdel som fyllt 65 år och som har rätt till ålderspension. Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012) ger ingen kronologisk åldersdefinition för en äldre person, men karaktäriserar detta som en person vars "fysiska, kognitiva, psykiska eller sociala funktionsförmåga är nedsatt på grund av sjukdomar eller skador som har uppkommit, tilltagit eller förvärrats i

och med hög ålder, eller på grund av degeneration i anslutning till hög ålder<sup>27</sup>. I rekommendationsfraserna i denna vårdrekommendation använder vi begreppet äldre för att göra texten mer lättläst.

## Säker utskrivning

Med säker utskrivning avses i den här rekommendationen att en äldre person skrivs ut från sjukhuset genom en lyckad process sett ur den äldres, de närståendes och organisationens perspektiv. Processen får inte äventyra den äldres hälsa, funktionsförmåga och välbefinnande och den ska trygga en fortsatt vård hemma. Rekommendationsfraserna kan tillämpas både på korta besök av jourtyp samt på längre sjukhusvårdperioder.

En säker utskrivning består av många olika faktorer, såsom planmässighet, individualitet samt tillräckligt med tid och resurser för både hälsovårdspersonalen och patienten att förbereda sig för utskrivningen. Äldre personer läggs in för avdelningsvård oftare än yngre och det kan finnas många orsaker till varför deras sjukhusvård kan dra ut på tiden<sup>28</sup>. Trots kortare vårdtider ökar sjukhusvården risken för nedsatt funktionsförmåga hos äldre<sup>29</sup>. Ibland kan en lite längre vårdperiod på sjukhuset eller en annan vårdinrättning emellertid vara till fördel för äldre, eftersom de behöver tid och möjligheter att förbereda sig för en säker hemkomst<sup>30</sup>. Under vård-perioden har vårdpersonalen dessutom tid att bedöma riskerna i hemmiljön i samband med utskrivningen<sup>13</sup>.

I regel är det säkert att skrivas ut från sjukhuset. I bakgrunden för de utskrivningssituationer där den äldres säkerhet äventyras ligger ofta beslut som man skulle kunna undvika genom att utveckla enhetliga tillvägagångssätt.<sup>16,31</sup> Syftet med utskrivningsplaneringen är att förbättra patientnöjdheten, säkerställa smidiga tjänster efter utskrivningen, hålla hälsovårdskostnaderna i styr samt minska oförutsedda återbesök<sup>32</sup>, även om evidensen för effekten av olika interventioner är knapp<sup>33</sup>. Dessutom avses med utskrivningsplanering en process som beaktar patientens egenvård, patientorienteringen och den fortsatta uppföljningen<sup>34,35</sup>. Vid utskrivningen bör man även beakta eventuella riskfaktorer som kan försämra den äldres hälsotillstånd och funktionsförmåga efter hemkomsten från sjukhuset<sup>36,37</sup>. Med planmässighet avses inte att varje person skrivs ut på samma sätt, utan huvudvikten ska alltid ligga på individuella mål<sup>32,38</sup>.

För att säkerställa en säker utskrivning ska den äldre utöver tillräcklig funktionsförmåga ha förtroende för att ta hand om sig själv hemma. En bra vardag efter utskrivningen förutsätter tillräcklig handledning samt stöd för patienten och närstående.<sup>39-41</sup>

I denna uppdatering av vårdrekommendationen granskas sådana åtgärder i vårdarbetet som har omedelbar betydelse för en säker utskrivning av en äldre. Därför har granskningstiden för utskrivning och tillhörande interventioner begränsats till 30 dygn i andra studier än de som granskar kostnadseffektiviteten. Även om det finns olika uppfattningar om en lämplig granskningstid anses 30 dygn allmänt vara ett kliniskt relevant tidsfönster, eftersom den största risken till exempel för incidenter har observerats vara under de första två veckorna efter utskrivningen.<sup>42</sup> Vid utskrivning av äldre personer är det dessutom svårt att obestridligt påvisa effekterna av till exempel interventioner mer än en månad efter sjukhusbesöket, eftersom äldre personer kan ha flera sjukdomar, många

medicineringar och andra orsaker som leder till sjuk-husbesök, varvid antalet mellanliggande variabler ökar avsevärt.

## Ekonomisk utvärdering

Ekonomisk utvärderingsinformation utgör en central del av evidensbaserad social- och hälso-vård. Med hjälp av en ekonomisk utvärdering kan man systematiskt granska kostnaderna för olika interventioner i förhållande till de uppnådda hälsofördelarna, vilket stöder en ändamålsenlig allokering av resurser. Säker hemkomst från sjukhuset för den äldre är den första Hotus-vårdrekommendationen<sup>®</sup> där man målinriktat och systematiskt integrerar ekonomisk utvärderingsinformation. Den ekonomiska utvärderingsinformationen har granskats som en del av projektet Kostnadseffektivitet som en del av rekommendationer (RRP2), som ingår i EU:s program för hållbar tillväxt. Rekommendationens ekonomiska utvärdering har utarbetats i samarbete med Hotus och samordningsenheten Finnish Coordinating Center for Health Technology Assessment (FinCCHTA).

Ekonomisk utvärdering avser ett metodiskt tillvägagångssätt där man granskar kostnaderna för hälso- och sjukvårdsåtgärder i förhållande till deras effekter. Centrala metoder är kostnadsminimeringsanalys, kostnadsnyttoanalys, kostnadskonsekvensanalys, kostnadseffektivitetsanalys och kostnadsnyttjandeanalys. Dessa metoder skiljer sig från varandra särskilt när det gäller mätning och utvärdering av konsekvenser. Andra centrala metodiska val som gäller den ekonomiska utvärderingen är aspekter som gäller betalaren (patienten, social- och hälso-vårdens betalare, samhället) och granskningsperioden.<sup>43</sup>

Även om det för närvarande finns begränsad tillgång till ekonomisk utvärderingsinformation om interventioner inom vårdarbetet<sup>44,45</sup> ökar utvärderingsinformationens betydelse i takt med att resurserna inom social- och hälsovården minskar. I takt med att befolkningen åldras är det viktigt att fästa särskild uppmärksamhet vid beslutsfattandet om social- och hälsovårdstjänster för äldre och resurser som anknyter till ordnandet av dem. Som stöd för beslutsfattandet om interventioner för utskrivning av äldre beskriver denna rekommendation, baserat på forskningslitteratur, vilka interventioner som stöder utskrivning av äldre som är kostnadseffektiva.

## Rekommendationsfraser

### 1. Att låta den äldre få sin röst hörd

**Lyssna på den äldre och ta hänsyn till hens synpunkter när du planerar utskrivningen, eftersom**

- **det är viktigt för den äldre att bli hörd och uppmärksammas i frågor som gäller utskrivningen<sup>46-48</sup>. (A)**
  - Hälsovårdspersonalen bör fästa uppmärksamhet vid sin egen attityd för att undvika att göra antaganden till exempel om de äldres dagliga funktionsförmåga eller rörlighet utan en ändamålsenlig bedömning av funktionsförmågan eller utan att lyssna på den äldre<sup>49</sup>. I en australiensisk intervjustudie beskrev till exempel hälsovårdspersonal som arbetar på jouten att de strävar efter att anamma ett kommunikationssätt som är lämpligt för äldre. Personalens medvetenhet om att vissa äldre har nedsatt kognition eller hörsel ledde emellertid till att man använde enkla fraser och pratade högre, även om detta inte var nödvändigt<sup>50</sup>, vilket i ljuset av nuvarande kunskap inte är rätt tillvägagångssätt.
- **att få sin röst hörd i samband med utskrivningen från sjukhuset kan stöda de äldres självständighet<sup>47</sup>. (C)**
  - Enligt äldre personers och deras närståendes erfarenhet ökar känslan av stöd bland annat av att
    - hemkomsten förbereds så att det är synligt för patienten och de närstående
    - fysioterapiövningarna fokuserar på sådana rörelser som patienterna kan och är motiverade att göra hemma
    - en ergoterapikartläggning utförs på sjukhuset eller hemma
    - patienten erbjuds hjälpmedel och -redskap<sup>51</sup>
- **den äldre kan bli lämnad utanför planeringen av utskrivningen vid informationsutbyte mellan yrkespersoner<sup>47,52</sup>. (C)**
  - Man kan be den äldre beskriva sina bekymmer och hur hen uppfattar sin nuvarande funktionsförmåga samt förväntningarna kring hemkomsten. Det är viktigt att lyssna till önskemålen, även om det inte skulle vara möjligt att genomföra dem i praktiken.<sup>49</sup>
  - Klient- och patientsäkerhetscentret har utarbetat en checklista för att säkerställa informationsflödet när en klient inom hemvården övergår från en tjänst till en annan inom social- och hälsovården. I checklistan har man beaktat att informationen överförs mellan organisationer, yrkespersoner samt patienten och närstående.<sup>53</sup>

\*erfarenhet hos äldre, deras närstående och yrkespersoner inom social- och hälsovården

**Sträva efter att börja planera utskrivningen av den äldre från sjukhuset så tidigt som möjligt, eftersom**

- **äldre kan uppleva det som betydelsefullt att bli hörda i frågor som gäller utskrivningen i god tid<sup>54</sup>. (C)**

## **2. Bedömning av den äldres individuella situation**

**Beakta den äldres övergripande individuella situation och förmåga att klara sig hemma efter sjukhusvården, eftersom**

- **andra än hälsorelaterade orsaker ibland är kopplade till de äldres vilja och beredskap att bli utskriven från sjukhuset<sup>46,55-58</sup>. (A)**
  - Utskrivningen kan försvåras av att patienten bor långt från sjukhuset, vilket kan påverka tillgången till tjänster efter utskrivningen<sup>46</sup>. Detta framhävs särskilt i områden med långa avstånd, till exempel i norra Finland.
  - Enligt en studie som riktats till äldre personer som skrivits ut från akutmottagningen verkar utskrivning på morgonen eller på dagen vara en bättre tidpunkt med tanke på utskrivningsberedskapen än utskrivning på kvällen eller natten<sup>58</sup>.
- **tidigare erfarenheter av sjukhusvård och återhämtning uppenbarligen är kopplade till de äldres vilja att skrivas ut från sjukhuset eller till att söka vård på nytt<sup>48,55,56</sup>. (B)**
  - Enligt äldre personers erfarenhet kan de efter utskrivningen känna sig otrygga hemma efter den goda och omsorgsfulla vård de fick på sjukhuset. Men de kommer på återbesök först då de känner sig så dåliga att de inte anser sig ha några andra alternativ.<sup>48</sup>
- **äldre personers svaga färdigheter i användningen av elektroniska kommunikationsmedel kan upplevas\* försvåra interaktionen i samband med utskrivningen<sup>46</sup>. (C)**
  - Enligt enkäten Hälsosamma Finland 2024 bedömer cirka hälften (49,4 %) av dem som fyllt 75 år att deras kunskaper i att sköta ärenden på webben är åtminstone måttliga. Majoriteten av respondenterna (98,2 %) hade upplevt hinder och bekymmer i samband med användningen av elektroniska tjänster. Mindre än en femtedel (14,5 %) av dem som använt social- och hälsovårdstjänster berättade att de hade varit i kontakt med en yrkesperson digitalt.<sup>59</sup>

\*erfarenhet hos äldre, deras närstående och yrkespersoner inom social- och hälsovården

➤ **hemkomsten från sjukhuset kan väcka motstridiga känslor hos äldre<sup>57</sup>. (C)**

- Positiva känslor som utskrivningen väcker är till exempel glädje, entusiasm, villighet att komma hem och en känsla av lugn. Negativa känslor är till exempel oro, förvirring, osäkerhet, otrygghet, trötthet och ilska.<sup>57</sup>



**Grundförutsättningen är att den äldres fysiska hälsotillstånd möjliggör en säker utskrivning.** Till exempel i en amerikansk kohortstudie var de äldres återbesök på akutmottagningen kopplade till ett lågt systoliskt blodtryck (sRR < 97 mmHg), hög puls (P > 101 ggr/minut), förhöjd kroppstemperatur (oto > 37,3°) samt låg syresaturation (SpO2 < 92 %) som uppmätts vid akutbesök nära utskrivningstidpunkten. På motsvarande sätt hade äldre patienter med normala vitala värden 96 % sannolikhet att undvika ett återbesök.<sup>60</sup>

### 3. Yrkesansvar

**Bär ditt yrkesmässiga ansvar i frågor som gäller den äldres utskrivning, eftersom**

➤ **äldre och deras närstående uppenbarligen känner att de i fråga om utskrivningsbeslutet litar på yrkespersonerna inom hälsovården<sup>14,56,61</sup>. (B)**

➤ **yrkespersoner upplever att en överföring av ansvaret för informationsflödet mellan organisationerna till de äldre när de skrivs ut kan äventyra patientsäkerheten<sup>52</sup>. (C)**

- Enligt hälsovårdspersonalens uppfattning i en intervjustudie kan väsentlig information saknas om patienten inte anser att informationen är viktig, om informationen försvinner och inte når den mottagande yrkespersonen eller om man inte bokar ett fortsatt besök<sup>52</sup>.

➤ **yrkespersoners likgiltighet för äldres ärenden kan upplevas\* försvåra utskrivningen<sup>46</sup>. (C)**

- Likgiltighet kan framträda i attityden och tonfallen i interaktioner med patienten eller en närstående, i användning av terminologi som är svår att förstå samt i att patientens personlighet och tal ignoreras<sup>46</sup>.

\*erfarenhet hos äldre, deras närstående och yrkespersoner inom social- och hälsovården

- **utskrivningsskötare upplever att utskrivningen av äldre kan försvåras av bristande ömsesidig uppskattning av yrkespersoner inom social- och hälsovården<sup>62</sup>. (C)**

**Främja med din egen verksamhet ett yrkesövergripande samarbete när en äldre person skrivs ut, eftersom**

- **samarbete mellan yrkesgrupper upplevs\* som något som främjar en smidig övergång från sjukhuset till hemmet<sup>46,47,62</sup>. (A)**
  - I en systematisk översikt och metasyntes av kvalitativa studier nämndes regelbundna möten mellan hälsovårdspersonal, ömsesidigt förtroende, stöd och hjälp samt kommunikation och informationsutbyte som faktorer som främjar utskrivningen från sjukhuset för äldre patienter<sup>46</sup>.
  - Samarbete mellan yrkespersonalen kan genomföras exempelvis mellan sjukhuset, hemvården och apoteket<sup>47</sup>.

## 4.Handledning

**Säkerställ att handledningen i anslutning till utskrivningen av en äldre är individuell, tillgänglig, konsekvent och att den sker i rätt tid, eftersom**

- **det uppenbarligen finns brister i den information och handledning de äldre får angående utskrivningen<sup>58,61,63,64</sup>. (B)**
  - Enligt de äldres erfarenhet
    - behövs mer information bland annat om läkemedelsbehandling, offentliga tjänster (bl.a. hemtjänst, färdtjänster, ändringsarbeten i hemmet) och hur man får tillgång till dessa, användningen av hjälpmedel, rörlighet, tillåtna aktiviteter hemma, lyftbegränsningar och återhämtning
    - oroar sig de äldre över till exempel smärta, rädslan att falla, sömnen och att vara ensam samt över ovissheten om vilka aktiviteter som är lämpliga eller hur man kan sköta sitt hem.<sup>55</sup>
- **de äldre upplever att bristen på information orsakar osäkerhet i frågor som gäller utskrivningen<sup>47,48,51,55,58,61,65</sup>. (A)**
  - På arbetsenheterna är det bra att säkerställa att äldre personer har tillgång till en kontaktkanal där de kan ställa frågor om fortsatt vård efter utskrivningen<sup>14</sup>.

\*erfarenhet hos äldre, deras närstående och yrkespersoner inom social- och hälsovården

- de äldre och yrkespersonerna upplever att bristande information i samband med utskrivningen kan leda till oplanerade återbesök<sup>48,50</sup>. (C)
- en individuell handledning som stärker resurserna kan förbättra de äldres beredskap för egenvård, den psykiska hälsan och deras upplevelse av vårdens kontinuitet<sup>66</sup>. (C)

Erbjud den äldre proaktivt information om utskrivningen och hur hen klarar sig hemma, eftersom

- de äldre uppenbarligen upplever att tydlig och proaktiv information är betydelsefull med tanke på vårdkontinuiteten<sup>54,57</sup>. (B)



Det rekommenderas att organisationerna **upprätthåller en diskussionskultur som utvecklar handledningen för äldre personer och tillhandahåller tillhörande utbildning** som personalen aktivt deltar i. Utöver handledningens informationsinnehåll är det bra att fokusera på handledningsmetoder som hjälper de äldre att förstå och komma ihåg handledningen.<sup>67,68</sup>

\*erfarenhet hos äldre, deras närstående och yrkespersoner inom social- och hälsovården

## 5. Att förstå handledningen

**Säkerställ genom olika metoder att den äldre har förstått handledningen, eftersom**

- **det finns skillnader mellan äldre personer i hur de förstår handledningen**<sup>52,69-72</sup>. (A)
  - Hos äldre patienter som skrivs ut från sjukhuset observerades brister i förståelsen av utskrivningsanvisningarna. För de flesta gällde problemen i förståelsen symtomens förväntade varaktighet (50–63 %) <sup>70,71</sup>, biverkningar av läkemedel (30 %) <sup>71</sup>, diagnosen (21–40 %) <sup>70-72</sup>, anvisningarna för egenvård (17 %) <sup>70</sup> eller vilka symtom som gör det nödvändigt att uppsöka sjukhusvård på nytt (29–56 %) <sup>70,71</sup>. Bättre hälsolitteracitet verkar ha samband med en bättre förståelse för anvisningar <sup>52,69</sup>.
  - Individualiteten kan beaktas i handledningssituationer till exempel genom att beakta kulturell känslighet och individuella specialbehov – såsom användning av tolk eller lätt språk vid behov <sup>73</sup>.
  - Enligt en australiensisk kvalitativ studie upplevde äldre patienter som följde med vårdpersonalens handlingar då dessa gav insulininjektioner, mätte blodsockret eller hanterade urinkatetern (t.ex. bytte påse) att de lärde sig tekniska saker för egenvården. De kunde samtidigt ställa frågor. <sup>47</sup>
- **de äldre enligt yrkespersonernas erfarenhet kan vara osäkra på den fortsatta vården, eftersom ingen har säkerställt att de har förstått handledningen**<sup>74</sup>. (C)



**Teach back-metoden**<sup>75,76</sup> är ett sätt att försöka säkerställa att den äldre personen har förstått handledningen. En äldre person kan ombes att med egna ord berätta om de viktigaste frågorna i anslutning till den fortsatta vården och på så sätt säkerställa att båda parter har en gemensam förståelse av den samt rikta handledningen till de detaljer som ännu är oklara.

\*erfarenhet hos äldre, deras närstående och yrkespersoner inom social- och hälsovården

## 6. Närståendes delaktighet

**Be om den äldres tillstånd till att närstående deltar i planeringen av utskrivningen, eftersom**

- **de äldre upplever\* att stödet från närstående stärker tron på att de klarar sig självständigt hemma<sup>46,47,52,55,56,61,64,74</sup>. (A)**
- **tillgången till information i rätt tid är av betydelse för närstående så att de kan förbereda sig på den äldres hemkomst<sup>51,58,64,74,77</sup>. (A)**
- **de närstående upplevs\* ha en betydande roll vid vården av den äldre både vid utskrivningen från sjukhuset och därefter<sup>47,52,77-79</sup>. (A)**
- **uppmärksammandet av närstående upplevs\* vara inkonsekvent när den äldre skrivs ut<sup>14,47,58,80</sup>. (A)**
  - De närståendes deltagande i vården av den äldre förutsätter en positiv interaktion med vårdpersonalen som får de närstående att känna sig uppmärksammade. Som motsats till att bli uppmärksammad har närstående beskrivit att en misslyckad interaktion (till exempel orsakad av brådska eller undvikande av kontakt) har orsakat dem bland annat besvikelse, undergivenhet, ilska, stress och frustration samt upplevelsen av att vara osynlig och övergiven. Dessa upplevelser har hindrat de närstående från att ställa frågor de funderar över.<sup>77</sup>
- **de äldre och deras närstående kan ha en avvikande uppfattning om den närståendes delaktighet i vården<sup>50,64</sup>. (C)**

**Ge individuellt stöd till närstående till en äldre som skrivs ut från sjukhuset, eftersom**

- **de närstående uppenbarligen belastas av sin centrala roll i vården av den äldre vid hemkomsten från sjukhuset och därefter<sup>64,77</sup>.(B)**
  - Baserat på finländsk experterfarenhet konstaterar rekommendationsarbetsgruppen att en öppen diskussion om fortsatt vård kan lindra de närståendes oro för hur vardagen ska löpa efter den äldres hemkomst. Det är viktigt att ge konkret information om till exempel vilka uppgifter som hör till hemvården, var man kan få nödvändiga hjälpmedel och vem man kan kontakta om situationen kräver en ny bedömning av om den äldre klarar sig hemma.

\*erfarenhet hos äldre, deras närstående och yrkespersoner inom social- och hälsovården

- **de närståendes behov av information och stöd då den äldre skrivs ut kan variera<sup>56,58</sup>. (C)**
- **individuellt stöd riktat till de närstående i samband med de äldres utskrivning kan förbättra närståendes beredskap att fungera som närståendevårdare efter utskrivningen<sup>81,82</sup>. (C)**



*Man kan fråga en äldre person om familjeförhållandena och vem hen vill att ska informeras om vården. Dessutom är det bra att notera att alla äldre personer inte har familj eller närstående. Att inte ha familj ska emellertid inte vara ett hinder för god vård eller en god utskrivning. I servicesystemet är det viktigt att fästa särskild uppmärksamhet vid äldre personer som inte har närstående.<sup>61,83,84</sup>*

## 7. Planering av utskrivningen

**Bedöm i samband med utskrivningen den äldres behov av tjänster och hemmiljöns säkerhet i samarbete med den äldre och dennes närstående, eftersom**

- **det kan finnas brister i genomförandet av tjänster för de äldre som ordnas i hemmet<sup>85</sup>. (C)**
- **en individuell planering av den äldres utskrivning sannolikt minskar antalet återbesök på sjukhuset<sup>86,87</sup>. (B)**
  - Centrala element i interventioner som minskar antalet återbesök verkar vara ett multiprofessionellt och övergripande perspektiv samt stöd för beslutsfattande<sup>86,87</sup>.
- **en individuell och yrkesövergripande planering av utskrivningen kan öka de äldres nöjdhet med utskrivningen samt förbättra den självupplevda hälsan<sup>86</sup>. (C)**
- **äldre som skrivits ut från sjukhuset kan ha olika problem som gör det svårare för dem att klara sig hemma samt stödbehov som framträder först efter utskrivningen<sup>88</sup>. (C)**



**Hemrehabilitering** kan riktas till en äldre person som skrivs ut från sjukhuset. Med tidsbunden och målinriktad hemrehabilitering strävar man efter att förbättra och bevara den äldre personens funktionsförmåga, livskvalitet och känsla av att kunna bo tryggt i det egna hemmet så länge som möjligt. Med hjälp av hemrehabilitering strävar man efter att minska behovet av hem- och institutionsvård och flytta fram behovet av heldygnsomsorg. Internationellt kan hemrehabilitering (reablement, restorative care) innebära många olika tillvägagångssätt. I Finland består hemrehabiliteringen i allmänhet av en inledande bedömning, fastställande av mål, en hemrehabiliteringsplan och dess genomförande, en slutbedömning samt utarbetande av en fortsatt plan. För den övergripande hemrehabiliteringen ansvarar ett yrkesövergripande team som består av rehabiliteringsspecialister och hemvårdspersonal samt, beroende på situationen, andra specialister och den äldres närstående. Vid yrkesövergripande hemrehabilitering stöder rehabiliteringsspecialisterna den äldre personen i rehabiliteringsprocessen samt vägleder och stöder hemvårdens personal i vårdarbetet och tillvägagångssätten som främjar rehabiliteringen.<sup>89-91</sup> Utskrivningsstödet bör pågå under en på förhand fastställd tid och utgöra en samordnad, regelbunden, yrkesövergripande uppföljning som utgår från en övergripande vårdplan, utvärdering och omfattande servicehandledning antingen med hjälp av distanstjänster och/eller genom hembesök.<sup>92</sup>



Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre förpliktar kommunerna att ansvara för att en **serviceplan** för den äldre utarbetas utan dröjsmål efter att servicebehovet har utretts. I serviceplanen definieras de övergripande social- och hälsovårdstjänsterna för att stödja den äldre personens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och att klara sig självständigt samt för att trygga en god vård. För att bilda en helhet bör man rådgöra med den äldre och vid behov med hens närstående eller intressebevakare om tillgängliga alternativ. Planen baserar sig på en bedömning av den äldre personens funktionsförmåga. Den äldres åsikter om alternativen ska antecknas i planen. Serviceplanen ska revideras utan onödigt dröjsmål alltid när det sker väsentliga förändringar i den äldre personens funktionsförmåga som påverkar dennes servicebehov.<sup>27</sup>

\*erfarenhet hos äldre, deras närstående och yrkespersoner inom social- och hälsovården

## 8. Stöd för och uppföljning av utskrivningen

**Bedöm och stöd den äldres funktionsförmåga på ett övergripande sätt vid utskrivningen, eftersom**

➤ **vårdpersonalens omfattande bedömning av funktionsförmågan och servicebehovet kan minska antalet återbesök på sjukhuset<sup>93</sup>. (C)**

- I en amerikansk observationsstudie ökade emellertid risken för återbesök på akutmottagningen inom 72 timmar efter utskrivning hos en del av de patienter som utvärderades. Utskrivningsskötare utförde en bedömning av de äldres kognitiva funktionsförmåga (Short Portable Mental Status Questionnaire eller Mini-Cog), konfusionstillstånd (Confusion Assessment Method, Richmond Agitation Sedation Scale eller CAM-ICU) dagliga funktionsförmåga (Katz-indexet för dagliga aktiviteter), fallrisker (Timed Up and Go-test), övergången i vårdprocessen (Care Transitions Measure-3) samt närståendevårdarens belastning (Modified Caregiver Strain Index).<sup>93</sup>

➤ **äldre med en kronisk sjukdom kan känna att de behöver stöd för att återgå till vardagslivet<sup>57</sup>. (C)**



**En övergripande geriatrisk bedömning** är en yrkesövergripande process som tar hänsyn till alla aspekter av en äldre persons liv: funktionella och kognitiva förmågor, socialt stöd, den ekonomiska situationen, miljöfaktorer samt den fysiska och psykiska hälsan. Utifrån bedömningen upprättas en individuell vårdplan. En lyckad bedömning kan förbättra den äldres livskvalitet, sakta ner progressionen av gerasteni och minska både antalet sjukhusbesök och längden på sjukhusvistelser.<sup>94,95</sup>



Evidensen för kostnadseffektiviteten av interventioner som stöder utskrivning är motstridig. I studier om patienter med hjärtsvikt konstaterades emellertid indikationer på att en yrkesövergripande uppföljning på en enhet som specialiserat sig på behandlingen av sjukdomen i fråga<sup>96</sup> samt att kombinera yrkesövergripande och vårdpersonalens sjukdomsspecifika kompetens med användning av distansmetoder<sup>97</sup> kan vara kostnadseffektiva interventioner som stöder utskrivningen jämfört med den konventionella vården.

\*erfarenhet hos äldre, deras närstående och yrkespersoner inom social- och hälsovården

## 9. Läkemedelsbehandling

**Fäst uppmärksamhet vid läkemedelsbehandlingens säkerhet för den äldre som skrivs ut från sjukhuset, eftersom**

- **det sker misstag i läkemedelsbehandlingen av äldre<sup>23,52,98-103</sup>. (A)**
  - Fel i läkemedelsbehandlingen är bland annat:
    - felaktiga läkemedelsordinationer (fel läkemedel eller dosering)<sup>52,98-100,102</sup>
    - information om gjorda läkemedelsjusteringar förmedlas inte till patienten eller hälsovårdspersonalen<sup>52</sup>
    - användning av en föråldrad eller på annat sätt felaktig läkemedelslista<sup>23,102</sup>
    - ordination av läkemedel som rekommenderas att undvikas för äldre<sup>99,100</sup>.
  - Exempel på medicineringsfel är att den äldre helt försummar att ta läkemedlen eller tar fel dos<sup>98</sup>, fortsätter att regelbundet ta läkemedel som är avsedda att tas som en kur<sup>52</sup>, använder utsatta läkemedel eller inte börjar ta nyförskrivna läkemedel<sup>102</sup>. Bakgrunden till detta kan till exempel vara brister i handledningen av medicineringen eller fel i läkemedelslistan<sup>99</sup>.
  
- **man kan uppleva\* att läkemedelsbehandlingen av äldre som skrivs ut från sjukhuset är inkonsekvent<sup>104,105</sup>. (C)**
  - Inkonsekvenser i läkemedelsordinationer var till exempel ordinationer från olika aktörer, motstridiga eller svårförståeliga anvisningar för läkemedel samt att läkemedel ofta byts ut till ett annat preparat. Dessutom upplevdes det som problematiskt att de läkemedel som används inte kontrolleras i patientens egen läkemedelslista, utan uppgifterna kopieras som sådana från tidigare listor.<sup>105</sup>
  - För att utveckla samordningen av den övergripande läkemedelsbehandlingen föreslår hälsovårdspersonalen bland annat 1) att läkarna inom primärvården följer upp läkemedelsbehandlingshelheten, 2) utnyttjande av det elektroniska patientdatasystemet, 3) ordnande av uppföljningsbesök, 4) utnyttjande av patientens egen läkemedelslista och att den jämförs med uppgifterna i patientdatasystemet samt 5) farmaceuthjälpen om möjligt<sup>105</sup>.

**Fäst särskild uppmärksamhet vid läkemedelsbehandlingen för den äldre som skrivs ut från sjukhuset med flera läkemedel, eftersom**

- **användningen av flera läkemedel uppenbarligen är förknippad med medicineringsfel hos äldre<sup>98,106</sup>. (B)**

\*erfarenhet hos äldre, deras närstående och yrkespersoner inom social- och hälsovården

- **äldre som använder flera läkemedel och deras närstående kan ha särskilda behov i planeringen och genomförandet av läkemedelsbehandlingen<sup>107</sup>. (C)**
  - Närstående som sköter om läkemedelsbehandlingen av äldre som använder flera läkemedel uppgav att de själva behöver mer stöd för att kunna hjälpa den äldre med läkemedelsbehandlingen efter utskrivningen<sup>107</sup>.
- **en geriatrisk helhetsbedömning kan minska mängden läkemedel hos äldre som skrivs ut från sjukhuset efter en hjärninfarkt och som använder flera läkemedel<sup>108</sup>. (C)**

**Utnyttja om möjligt farmaceutens tjänster då den äldre skrivs ut från sjukhuset, eftersom**

- **äldre och deras närstående kan uppleva att farmaceutens handledning om medicineringen är betydelsefull vid hemkomst från sjukhuset<sup>47</sup>. (C)**

**Vägled den äldre individuellt i läkemedelsbehandlingen, eftersom**

- **alla äldre inte upplevs\* ha tillräcklig kunskap och beredskap i anknytning till sin medicinering<sup>52,78,105</sup>. (A)**
  - Dessutom är det bra att beakta att den äldres ekonomiska situation kan påverka hens vilja att använda läkemedlen enligt anvisningarna<sup>105</sup>.
- **de äldre uppenbart upplever att ändringar i läkemedelsbehandlingen försvårar genomförandet av den<sup>64,65,78,79,109</sup>. (A)**
  - Äldre engagerar sig nödvändigtvis inte i ändringar i deras regelbundna medicinering om de känner att läkemedlet är onödigt eller ger biverkningar, dosen upplevs vara för låg för att ha en inverkan eller den äldre upplever att hen tar för många läkemedel<sup>110</sup>.
  - Baserat på finländsk experterfarenhet konstaterar rekommendationsarbetsgruppen att man efter ändringar i läkemedelsbehandlingen ska förstöra de gamla läkemedelslistorna och sammanställa en ny och tydlig läkemedelslista. Dessutom är det viktigt att ta reda på vem som tar hand om medicineringen hemma, om läkemedlen tas direkt från förpackningarna eller doseras på annat sätt och om en övervakad läkemedelsbehandling är nödvändig. Om den äldre har dosdispensering av läkemedel från apoteket ska man komma överens om vem som hämtar läkemedlen och sköter om eventuella förändringar i läkemedelsbehandlingen.

\*erfarenhet hos äldre, deras närstående och yrkespersoner inom social- och hälsovården

**Var uppmärksam på läkemedelsbehandlingen som helhet och diskutera läkemedelsbehandlingen med andra yrkespersoner när den äldre skrivs ut från sjukhuset, eftersom**

- **det uppenbarligen upplevs\* att det finns brister i kommunikationen och samordningen mellan yrkespersoner gällande läkemedelsbehandlingen av äldre<sup>65,74,107,111</sup>. (B)**
  - Baserat på finländsk experterfarenhet konstaterar rekommendationsarbetsgruppen att det är bra för vårdaren att i sin egen roll diskutera den övergripande läkemedelsbehandlingen med läkaren innan den äldre skrivs ut, särskilt i fråga om äldre som använder flera läkemedel, och vid behov diskutera ändringar i läkemedelsbehandlingen med anställda inom hemvården.
- **yrkespersoner kan anse att det är viktigt att beakta den övergripande läkemedelsbehandlingen särskilt för multistjuka äldre personer<sup>105</sup>. (C)**
  - Hälsovårdspersonalen beskrev att det är viktigt att samordna läkemedelsbehandlingen av multistjuka äldre personer och eventuellt tillhörande uppföljningsblodprover i samarbete med apoteket. Dessutom bör patienternas beredskap och engagemang för att självständigt genomföra medicineringen hemma stärkas.<sup>105</sup>



*För finländska yrkesutbildade personer inom hälsovården har man utvecklat till exempel databasen Medicin 75+ för att stödja det kliniska beslutsfattandet om läkemedelsbehandling av äldre personer och förbättra läkemedelssäkerheten inom primärvården<sup>112</sup>.*



*Interventioner som genomförts av farmaceuter för att trygga kontinuiteten i läkemedelsbehandlingen granskades i två ekonomiska utvärderingsstudier. I studien<sup>113</sup> där interventionen som tryggar kontinuiteten i läkemedelsbehandlingen mellan primärvården och specialistsjukvården var omfattande och yrkesövergripande, observerades inga betydande skillnader i kostnader eller återbesök mellan interventions- och kontrollgrupperna. En lättare intervention<sup>114</sup> där farmaceuten deltog i utvärderingen och uppföljningen av patientens läkemedelsbehandling per telefon inom tio dagar efter utskrivningen minskade däremot antalet återbesök jämfört med konventionell behandling under en uppföljningsperiod på 30 och 90 dagar.*

\*erfarenhet hos äldre, deras närstående och yrkespersoner inom social- och hälsovården

## 10. Nutrition

Fäst uppmärksamhet vid den äldres näringstillstånd, särskilt vid risk för näringsbrist eller undernäring, och utnyttja vid mån om möjlighet en näringsterapeuts specialkunnande, eftersom

- en individuell och motiverande näringshandledning av en näringsterapeut och uppföljningen av den kan minska jourmässiga återbesök för ensamboende äldre som har eller riskerar näringsbrist eller undernäring<sup>115</sup>. (C)



Närmare information om faktorer som främjar och stöder nutritionen hos äldre personer finns till exempel i Institutet för hälsa och välfärds rekommendation Livskraft på äldre dar: kostrekommendation för äldre personer<sup>116</sup> samt på Gerontologinen ravitsemus Gery rf:s webbplats<sup>117</sup>.

## 11. Organisationer, resurser och utbildningssystem

På organisationsnivå är det viktigt att beakta tillräckliga resurser för utskrivning av äldre, eftersom

- arbetsförhållandena kan hindra yrkespersoner från att tillgodose de individuella behoven hos äldre som skrivs ut från sjukhuset<sup>46,50</sup>. (B)
  - Brist på tidsmässiga och ekonomiska resurser kan bland annat orsaka problem i informationsflödet, planeringen av patientvården och bedömningen av situationen samt i helhetsansvaret för patientens vård. Bristfälliga resurser kan också orsaka onödiga besök inom hälsovården för äldre. I allokeringen av tid och resurser bör man fästa särskild uppmärksamhet vid de äldre som har behov av särskilt stöd till exempel utifrån den sociala situationen eller funktionsförmågan.<sup>74</sup>
- knappa social- och hälsovårdsresurser kan leda till äldres återbesök på sjukhuset<sup>56</sup>. (C)
- en misslyckad utskrivningsprocess sannolikt orsakar rädsla och osäkerhet hos äldre<sup>48,65</sup>. (B)

\*erfarenhet hos äldre, deras närstående och yrkespersoner inom social- och hälsovården



*Vid planeringen av interventioner som stöder en säker utskrivning ska man fästa uppmärksamhet vid att resurserna används förnuftigt. Det finns viss evidens för att omfattande och resurskrävande interventioner för att stödja utskrivningen inte är kostnadseffektiva under en uppföljningsperiod på tre och sex månader<sup>118-120</sup>. Det är möjligt att införandet av mer omfattande interventioner som stöder utskrivningen kräver resurser som orsakar höga kostnader i förhållande till de uppnådda fördelarna. Däremot finns det viss evidens för att interventioner som integrerats i den konventionella vården och som samordnar tjänsterna<sup>121</sup> kan vara kostnadseffektiva under en uppföljningsperiod på sex månader. Evidens på kostnadseffektivitet fanns även i förenklade interventioner som inkluderade telefon- eller distansuppföljning och/eller enskilda hembesök<sup>96,97,122</sup>.*

**På organisationsnivå är det viktigt att säkerställa att det inte finns några strukturella eller funktionella hinder för samarbete mellan aktörerna i samband med utskrivningen av en äldre, eftersom**

- **en obruten vårdkedja mellan organisationerna främjar en säker utskrivning för äldre<sup>46,62</sup>. (A)**
  - En obruten vårdkedja främjas av vårdkoordineringspraxis, såsom en utskrivningsskötare, ett fungerande yrkesövergripande team som ordnar gemensamma möten, patientens och familjens deltagande i beslutsfattandet och komplettering av nödvändig information samt av avancerade elektroniska system och skriftlig information om patientens övergripande situation.<sup>46</sup>
  - Vårdkedjans kontinuitet försvåras av bristen på standardiserade processer och fragmenterad kommunikation, hälsovårdspersonalens olika roller och mål i patientens vård, brister i planeringen av utskrivningen och överföringen av vårdansvaret samt personaladministrationsproblem, såsom otillräckligt personalantal och bristande kompetens och färdigheter hos personal<sup>46</sup>.
- **informationen och kommunikationen mellan organisationerna vid utskrivning av en äldre enligt flera aktörer är bristfällig<sup>23,52,62,104</sup>. (A)**
- **det splittrade ansvaret mellan olika aktörer upplevs\* vara ett hinder för samarbete mellan organisationerna vid utskrivning av en äldre<sup>46,80</sup>. (A)**

\*erfarenhet hos äldre, deras närstående och yrkespersoner inom social- och hälsovården

**Social- och hälsovårdsorganisationerna och läroanstalterna ska i samarbete säkerställa att personalen som bemöter personer som skrivs ut från sjukhuset har tillräcklig kompetens inom gerontologiskt vårdarbete, eftersom**

➤ **det kan finnas brister i kompetensen och utbildningen inom gerontologiskt vårdarbete hos yrkespersoner som bemöter äldre som skrivs ut från sjukhuset<sup>23,50,123</sup>. (C)**

- Social- och hälsovårdsministeriet har i sin utredning 2024 konstaterat att det gerontologiska vårdarbetet är ett särskilt kritiskt kompetensunderskott i Finland inom alla samarbetsområden. Behovet av specialutbildning inom gerontologiskt vårdarbete under de kommande åren ansågs vara tilltagande och nödvändigt. I utredningen föreslog flera välfärdsområden en högre högskoleutbildning i gerontologiskt vårdarbete.<sup>124</sup>

€ *Utöver beaktandet av kostnaderna för införandet av interventioner bör man vid en resurs-  
smart planering av interventioner som stöder utskrivning av äldre även fästa uppmärksamhet  
vid utnyttjandet och främjandet av personalens kompetens samt möjligheterna till yrkesövergri-  
pande samarbete. Baserat på forskningsevidens finns det indikationer på att främjande av per-  
sonalens specialkompetens per sjukdomsgrupp med hjälp av fortbildning eller specialiserings-  
utbildning<sup>96,97</sup> kan främja kostnadseffektiviteten av interventioner som stöder utskrivning.*

## Källor

1. Tilastokeskus. 2025. Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne [verkkajulkaisu]. 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/](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 [verkkajulkaisu]. 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/](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](https://www.thl.fi/terveysuomi_verkkoraportit/kyselyosuus_2024/ts_assist_spouse.html).
4. Sosiaali- ja terveysministeriö. Laatusuositus aktiivisen ja toimintakykyisen ikääntymisen ja kestävien palvelujen turvaamiseksi 2024-2027. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2024:4. Saatavilla: [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165460/STM\\_2024\\_4\\_J.pdf](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](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](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, Røsstad 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 terveystalvuluista. 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/emermed-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, 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.
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. Terveystieteiden tutkimuskeskus (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](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.
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. Andreassen 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.
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 JR. 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, Ziaeeian 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. *JBHI 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, p.223.
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/%20ikaantyyvien-kotikuntoutus/>.
91. Kotihoitoon tarvitaan lisää kuntoutusosaamista. Penttinen L, Kehusmaa S, Havulinna S, Alastalo H. 2018. TOIMIA-suositus. Saatavilla: <https://www.julkari.fi/handle/10024/137238>.
92. Ong CEC, 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](http://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, Puntscher 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.000000000000150.
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-](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. Terveysten 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](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 terveystieteiden tutkimuskeskus julkaisuja 2024:9. Saatavilla: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165470>. 2024.