

8. Läheisten huomioiminen

Pyydä iäkkään luvalla hänen läheisensä mukaan kotiutumisen suunnitteluun, sillä

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

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

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

Tutkimuksen laatu: Hyvä (JBI 8/10)

Näytön vahvuus: 3

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

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

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

Tutkimuksen laatu: Hyvä (JBI 8/10)

Näytön vahvuus: 3

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

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

Potilaat kokivat, että perheen tuki antoi heille itseluottamusta kotiutua sairaalasta. Potilaat myös kokivat, että sairaalasta kotiutuminen ja kotona selviytyminen olivat läheisistä riippuvaisia. Perheenjäsenten apu postoperatiivisessa kuntoutusvaiheessa oli

merkittävä. Potilaat eivät olleet valmiita kotiutumaan ilman virallista tai epävirallista apua kotona. He hyödynsivät usein perheen epävirallista apua, koska se oli ilmaista. Perheenjäsenet muodostivat iäkkäälle potilaalle turvaverkon. Potilaat tiesivät voivansa luottaa läheisiin ja heidän läsnäolonsa saattoi ehkäistä kaatumisia tai muita onnettomuuksia.

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

Tutkimuksen laatu: Tasokas (JBI 10/10)

Näytön vahvuus: 3

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

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

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

Tutkimuksen laatu: Hyvä (JBI 8/10)

Näytön vahvuus: 3

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

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

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

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

Tutkimuksen laatu: Hyvä (JBI 6/8)

Näytön vahvuus: 4b

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

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

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

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

Tutkimuksen laatu: Hyvä (JBI 8/10)

Näytön vahvuus: 3

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

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

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

Tutkimuksen laatu: Tasokas (JBI 9/10)

Näytön vahvuus: 3

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

➤ **tiedonsaanti ja sen oikea-aikaisuus ovat merkityksellisiä läheisten valmistautuessa iäkkään kotiutumiseen. (A)**

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

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

Tutkimuksen laatu: Tasokas (JBI 9/10)

Näytön vahvuus: 3

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

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

Suomalaisessa poikkileikkaustutkimuksessa⁸ kuvattiin päivystyspoliklinikalta kotiutuneiden yli 75-vuotiaiden potilaiden ($n = 135$) ja heidän läheistensä ($n = 128$) itsearvioitua kotiutumisvalmiutta kaksi viikkoa kotiutumisen jälkeen PREPARED-mittarilla arvioituna. Potilaista oli naisia 73. Läheisten ikä vaihteli 29 ja 93 vuoden välillä, heistä 67 oli potilaan puolisoita, 44 lapsia ja 12 muita läheisiä.

Tutkimuksen laatu: Tasokas (JBI 8/8)

Näytön vahvuus: 4b

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

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

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

Tutkimuksen laatu: Hyvä (JBI 8/10)

Näytön vahvuus: 3

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

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

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

Norjalaisessa, fenomenologis-hermeneuttisessa haastattelututkimuksessa⁹ kuvattiin yli 67-vuotiaiden potilaiden perheenjäsenten ($n = 11$) kokemuksia kotiutumisesta sairaalahoidon jälkeen.

Tutkimuksen laatu: Tasokas (JBI 10/10)

Näytön vahvuus: 3

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

lääkäiden potilaiden läheiset kokivat tullessa hylätyiksi ja jääneensä vaille tukea tilanteissa, joissa kotiutuminen tapahtui äkillisesti tai nopeammin kuin he olivat kuvitelleet. Läheiset kokivat, että potilaat jäivät pimementoon kotiutuessaan sairaalasta. He odottivat kunnallisten palveluiden alkamista ilman tietoa, koska tämä tapahtuu tai miten voisivat nopeuttaa prosessia. Tämä tietämättömyys lisäsi erityisesti läheisten paineita.

Läheisille oli epäselvää, miksi osa kotiutuneista potilaista sai palveluita ja toiset eivät. He tiesivät, että palveluiden järjestämisessä on logiikka, mutta sen toteutuminen ei ollut aina selvää. Läheiset arvostivat, että heillä oli joku puhelimella tavoitettavissa, kun ensimmäisinä päivinä kotiutumisen jälkeen piti tehdä iäkkään tilanteeseen liittyviä vaikeita päätöksiä. Tuetuksi tulemisen kokemuksesta vahvistivat pienet asiat, jotka ylläpitivät jatkuvuuden tunnetta, kuten päiväsairalaan ohjaaminen tai fysioterapeutin käynnit pian kotiutumisen jälkeen.

Iso-Britannialaisessa haastattelututkimuksessa¹⁰ kuvattiin sairaalasta kotiutuvien AVH-potilaiden (n = 20) ja heidän läheistensä (n = 13) kokemuksia kotiutumisesta ja palveluiden järjestämisestä. Potilaiden keski-ikä oli 70 vuotta (vaihteluväli 53–85 vuotta), joista 12 oli miehiä, 10 asui yksin ja 10 puolison kanssa. Läheisistä kaksi oli potilaan lapsia ja 10 puolisoita.

Tutkimuksen laatu: Hyvä (JBI 8/10)

Näytön vahvuus: 3

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

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

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

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

Tutkimuksen laatu: Hyvä (JBI 8/10)

Näytön vahvuus: 3

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

Osa potilaista luotti perheenjäsenten tulkintaan lääkeshoidon yhteenvedosta.

Uusiseelantilaisessa puolistrukturoidussa haastattelututkimuksessa¹¹ kuvattiin potilaiden (n = 40) kokemuksia lääkemuuoksista kaksi viikkoa sisätautiosastolta kotiutumisen jälkeen. Tutkimukseen valitut potilaat olivat yli 75-vuotiaita, ja heillä oli käytössään yli neljä eri lääkettä. Potilaista 21 oli naisia.

Tutkimuksen laatu: Hyvä (JBI 8/10 JBI)

Näytön vahvuus: 3

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

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

Kiinalaisessa kartoittavassa poikkileikkaustutkimuksessa¹² tarkasteltiin yliopistosairaalan kardiovaskulaarisen osaston potilaiden (n = 769, miehiä 59 %) depressiota ja lääkitysongelmia vähintään kuukausi

kotiutumisen jälkeen. Tutkimukseen valitut potilaat olivat yli 59-vuotiaita (mediaani 69,0), ja heillä oli käytössään vähintään yksi suun kautta otettava lääke.

Tutkimuksen laatu: Tasokas (JBI 8/8)

Näytön vahvuus: 4b

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

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

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

Tutkimuksen laatu: Hyvä (JBI 8/10)

Näytön vahvuus: 3

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

lökkäiden potilaiden perheenjäsenillä oli pyrkimys ylläpitää turvallisuutta ja jatkuvuutta toimiessaan sairaalasta kotiin siirron tarkkailijoina. Perheenjäsenet kokivat olevansa korvaamattomia ja kokonaisvastuussa potilaan siirtymävaiheesta sairaalasta kotihoitoon. Tämä liittyi perheenjäsenten huoleen potilaasta, epäluottamukseen terveydenhuoltoa kohtaan sekä kokemukseen siitä, että asioita ei voi koskaan ottaa itsestäänselvyytenä. Tämä sai heidät entistä tietoisemmiksi potilaan avuttomuudesta ja toisista riippuvuudesta. Perheenjäsenet kontrolloivat potilaan lääkitystä, selvittelivät kotiutumisen edellytyksenä olevia palveluita ja pyrkivät varmistamaan, ettei sairaalan ja kotihoidon välillä ole väärinymmärryksiä. Puutteet eri ammattilaisten roolien ja vastuiden selkeydessä oli saanut perheenjäsenet alistumaan tilanteeseen sellaisena kuin se on. Pyrkimys turvallisuuden ja jatkuvuuden ylläpitämiseen sai perheenjäsenet tuntemaan ylpeyttä omasta osallisuudestaan potilaan kotiutumisprosessissa.

Norjalaisessa, fenomenologis-hermeneuttisessa haastattelututkimuksessa⁹ kuvattiin yli 67-vuotiaiden potilaiden perheenjäsenten (n = 11) kokemuksia kotiutumisesta sairaalahoidon jälkeen.

Tutkimuksen laatu: Tasokas (JBI 10/10)

Näytön vahvuus: 3

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

➤ **läheisten huomioiminen iäkkään kotiutuessa toteutuu ilmeisesti epäjohdonmukaisesti. (B)**

lökkäät potilaat, läheiset ja hoitajat kokivat, että perheen osallistuminen kotiutusohjaukseen oli epäjohdonmukaista. Tämä ilmeni siten, että toisaalta perheiden osallistuminen nähtiin tärkeänä, mutta osittain perheet kuitenkin suljettiin ohjauksen ulkopuolelle. Perheitä saatettiin myös käyttää hoitajien apuna ja läheisten saatettiin olettaa olevan aloitteentekijöitä ohjauksen toteutumisessa. Hoitajat arvioivat läheisten osallisuuden ohjauksessa olevan tilanne- ja henkilöriippuvaista. Läheisiä arvostettiin, kun jotakin

tavanomaisesta poikkeavaa tapahtui, kuten hoitajien havaitessa iäkkäällä olevan vaikeuksia noudattaa ohjeita. Hoitajat olivat tietoisia läheisten osallistumisen tärkeydestä kotiutusohjaukseen, iäkkään läheiset eivät kuitenkaan kokeneet tämän tietoisuuden välittyvän hoitajien toimintatavoissa. Läheisiin ei oltu yhteydessä kotiutusohjauksen saamiseksi. Läheiset kokivat, että heidät eristettiin kotiutusprosessista. Hoitajat kertoivat, että läheisten osallistuminen kotiutukseen ei tapahtunut kuten sen olisi pitänyt tapahtua (läheisiä ei informoitu päivystyskäynnistä, koska käynti oli ajallisesti lyhyt tai läheinen asui eri paikkakunnalla). Hoitajat olivat toisinaan eri mieltä potilaan hoidosta läheisten kanssa. Hoitajat näkivät läheisten osallistumisen tosinaan riesana ja haastavana. Hoitajat saivat arvokasta tietoa läheisiltä ja kannustivat heitä osallistumaan päätöksentekoon. Hoitajat pitivät läheisiä tasavertaisina. Hoitajat saattoivat luottaa läheisiin tiedonantajina; tarjosivat luotettavampaa tietoa kuin iäkkäät. Läheiset olivat pakotettuja olemaan aloitteentekijöitä, jotta he pääsivät osalliseksi kotiutusohjauksesta. Ne läheiset, jotka olivat mukana päivystyksessä, otettiin mukaan ohjaukseen useammin kuin ne, jotka eivät olleet.

Suomalaisessa laadullisessa tutkimuksessa¹³ kuvattiin teemahaastattelujen avulla päivystyspoliklinikalta kotiutuneiden yli 75-vuotiaiden potilaiden (n = 7), heidän perheenjäsentensä (n = 5) sekä hoitajien (n = 15) kokemuksia perheenjäsenen osallistumisesta ohjaukseen noin kaksi viikkoa kotiutumisen jälkeen. Potilaista kuusi oli naisia. Läheisistä kolme oli potilaiden puolisoita ja kaksi lapsia. Hoitajilla oli 2–31 vuoden kokemus työskentelystä päivystyspoliklinikalla.

Tutkimuksen laatu: Hyvä (JBI 8/10)

Näytön vahvuus: 3

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

Katsauksessa todettiin, että muistisairautta sairastavien potilaiden ja perheenjäsenten osallistumiselle kotiutumisen suunnitteluun oli esteitä. Kotiutumispäätökset keskittyivät riskinhallintaan. Riskiarviointi kohdistui pääsääntöisesti iäkkään henkiseen toimintakykyyn ja fyysisiin riskeihin. Keskittyminen riskeihin vaikutti kotiutusprosesseihin ja tehtäviin kotiutumispäätöksiin. Perheenjäsenten antamaa tukea sekä potilaiden ja läheisten näkemyksiä kotiutumisesta huomioitiin vain rajallisesti. Perheenjäsenten osallistuminen oli rajoitettua. Perheenjäsenten todettiin todellisuudessa toimivan potilaiden hoitajina, mutta heille tarjottiin vain vähän tai ei lainkaan tukea. Terveystuon ammattilaisilta puuttui tietotaitoa sekä aikaa tehokkaasti osallistaa perheenjäseniä muistisairautta sairastavien potilaiden hoitoon. Perheenjäsenet halusivat osallistua hoidon järjestämiseen, mutta päätöksentekoprosessi ja ammattilaisten tieto pelotti heitä. Omaishoitajat turhautuivat ja kokivat mielipahaa siitä, että henkilökunta ei pyytänyt heiltä tietoa tai arvostanut sitä. Ammattilaiset eivät aina vahvistaneet omia oletuksiaan perheenjäsenten kompetensseista tai kiinnostuksenkohteista. Perheenjäsenillä oli vaihteleva sitoutumisen aste ja kompetenssi täyttää edunvalvojan rooli sekä turvata muistisairautta sairastavan oikeuksia. Lisäksi oli epäselvyyttä koskien sopivan perheenjäsenen sisällyttämistä kotiutuskeskusteluihin. Aina perheenjäsenet eivät toimi muistisairautta sairastavan kannalta parhaalla tavalla tehdessään kotiutumispäätöksiä.

Australialaisessa integratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa¹⁴ (n = 15) kuvattiin muistisairautta sairastavien henkilöiden ja perheenjäsenten sairaalasta kotiutumisen suunnitteluun osallistumista estäviä ja edistäviä tekijöitä.

Tutkimuksen laatu: Tasokas (JBI 10/11)

Näytön vahvuus: 4a

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

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

Suomalaisessa poikkileikkaustutkimuksessa⁸ kuvattiin päivystyspoliklinikalta kotiutuneiden yli 75-vuotiaiden potilaiden (n = 135) ja heidän läheistensä (n = 128) itsearvioitua kotiutumisvalmiutta kaksi viikkoa kotiutumisen jälkeen PREPARED-mittarilla arvioituna. Potilaista oli naisia 73. Läheisten ikä vaihteli 29 ja 93 vuoden välillä, heistä 67 oli potilaan puolisoita, 44 oli lapsia ja 12 oli muita läheisiä.

Tutkimuksen laatu: Tasokas (JBI 8/8)

Näytön vahvuus: 4b

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

Läheishoivaajat kokivat, ettei heidän tarpeitaan ollut huomioitu tilanteissa, joissa hoitajat eivät ottaneet läheishoivaajia mukaan kotiutumisesta koskeviin keskusteluihin, eivätkä jakaneet tietoa tai kuunnelleet heitä. läkkään potilaan läheishoivaajat kokivat hoitosuhteen huolehtivana, kun heidän tarpeitaan ja toiveitaan kuunneltiin, otettiin huomioon ja sisällytettiin jatkohoitosuunnitelmaan. Tämä tuki potilaan palaamista itsenäisenä kotiin.

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

Tutkimuksen laatu: Hyvä (JBI 8/10)

Näytön vahvuus: 3

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

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

➤ **iäkkäällä ja hänen läheisellään voi olla erilainen käsitys läheisen osallistumisesta hoitoon. (B)**

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

Australialaisessa haastattelututkimuksessa¹⁵ kuvattiin moniammatillisesta näkökulmasta iäkkäiden hoitamista sairaalan päivystysosastolla.

Tutkimuksessa toteutettiin yhdeksän fokusryhmähaastattelua (n = 54) ja yksilöhaastatteluita (n = 7). Työaikajärjestelyistä johtuen ryhmähaastatteluihin osallistui hoitajia sekä hoitoavustajia ja yksilöhaastatteluihin lääkäreitä. Tutkimus oli osa Safe Elderly Emergency Discharge (SEED) -tutkimushanketta.

Tutkimuksen laatu: Hyvä (JBI 8/10)

Näytön vahvuus: 3

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

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

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

Tutkimuksen laatu: Hyvä (JBI 8/10)

Näytön vahvuus: 3

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

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

Tue sairaalasta kotiutuvan iäkkään läheisiä yksilöllisesti, sillä

- **läheisiä ilmeisesti kuormittaa heidän keskeinen roolinsa iäkkään hoidossa sairaalasta kotiutuessa ja sen jälkeen (B)**

Iäkkäiden potilaiden läheishoivaajat kokivat, että jatkohoitokäynnit esimerkiksi omalääkärillä ja laboratorioissa olivat hankalia, koska potilaan kuljettaminen etenkin talviaikaan saattoi olla hyvin haasteellista esimerkiksi huonontuneen liikuntakyvyn, kenkien pukeamisen tai autoon pääsyn vaikeutumisen vuoksi. Tämä kuormitti erityisesti läheishoivaajia. Läheishoivaajat, jotka olivat maallikoita eivät tunteneet kunnallisia palveluita hyvin, ja heillä oli vaikeuksia ymmärtää, miten palveluita tarjotaan, ja mistä he saisivat potilaan tai omia tarpeita vastaavia palveluita. Sillä, että kotiutumisen jälkeiset palvelut olivat iäkkäille ja heidän läheishoivaajilleen vieraita, oli vaikutusta potilaiden toipumiseen. Suora vaikutus näkyi pääsyssä palveluiden piiriin ja epäsuora vaikutus näkyi tarpeena opetella ja navigoida palvelujärjestelmässä, mikä kuormitti huoltajia henkisesti sekä fyysisesti. Hoidon organisointia hankaloitti, jos hoidosta vastasi useampi perheenjäsen. Tieto perutuista vastaanottoajoista tai tarvittavista puheluisista kunnallisiin palveluihin ei tavoittanut kaikkia perheenjäseniä tai yhteydenotot olivat päällekkäisiä. Ne perheenjäsenet, joille terveydenhuoltojärjestelmä oli tuttu, yleensä pitivät itseään vastuullisina henkilöinä hoidon järjestämisessä. Ne perheenjäsenet, joille järjestelmä ei ollut tuttu, toivoivat yhden henkilön koordinoivan ja järjestävän hoidon. Läheishoivaajat nähtiin myös kyvykkäinä avustamaan hoidollisissa tarpeissa. Läheishoivaajat itse sen sijaan olivat kuormittuneita ja uupuneita jatkuvaan hoidon koordinointiin sekä varmistamaan, että potilaan tarpeisiin vastattiin. Omasta mielestään heillä ei aina ollut riittäviä valmiuksia tai tietoa terveydenhuoltojärjestelmästä huolehtiakseen iäkkään hoidosta tai avustaakseen häntä.

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

Tutkimuksen laatu: Hyvä (JBI 8/10)

Näytön vahvuus: 3

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

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

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

Norjalaisessa, fenomenologis-hermeneuttisessa haastattelututkimuksessa⁹ kuvattiin yli 67-vuotiaiden potilaiden perheenjäsenten (n = 11) kokemuksia kotiutumisesta sairaalahoidon jälkeen.

Tutkimuksen laatu: Tasokas (JBI 10/10)

Näytön vahvuus: 3

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

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

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

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

Tutkimuksen laatu: Hyvä (JBI 8/10)

Näytön vahvuus: 3

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

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

Suomalaisessa poikkileikkaustutkimuksessa⁸ kuvattiin päivystyspoliklinikalta kotiutuneiden yli 75-vuotiaiden potilaiden ($n = 135$) ja heidän läheistensä ($n = 128$) itsearvioitua kotiutumisvalmiutta kaksi viikkoa kotiutumisen jälkeen PREPARED-mittarilla arvioituna. Potilaista oli naisia 73. Läheisten ikä vaihteli 29 ja 93 vuoden välillä, heistä 67 oli potilaan puolisoita, 44 oli lapsia ja 12 oli muita läheisiä.

Tutkimuksen laatu: Tasokas (JBI 8/8)

Näytön vahvuus: 4b

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

➤ **läheiselle suunnattu yksilöllinen iäkkään kotiutumiseen liittyvä tuki-interventio saattaa parantaa omaisen valmiuksia toimia omaishoitajana kotiutumisen jälkeen.** (C)

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

Taiwanilaisessa RCT-tutkimuksessa¹⁶ tutkittiin erikoissairaanhoidon neurologisten osastojen yli 65-vuotiaita aivohalvauksen saaneita korkean riskin potilaita, joilla oli tarve kotiutumisen suunnittelulle. Tutkimukseen valittiin potilas-omaishoitajaparit ($N = 158$: interventioryhmä $n = 72$, kontrolliryhmä $n = 86$). Osallistujat valittiin neljältä samankaltaiselta neurologiselta osastolta, jotka vastasivat toisiaan potilaspaikkamääriltään, potilaiden diagnooseilta, hoitohenkilökunnan koulutukselta ja tarjottavilta palveluiltaan. Osastot jaettiin sattumanvaraisesti interventio- ja kontrolliryhmiin, molempiin ryhmiin tuli potilaita kahdelta osastolta. Omaishoitajan tuli olla täysi-ikäinen ja pääasiallisessa vastuussa potilaan huolenpidosta. Osastolla työskentelevät hoitajat ja omaishoitajat arvioivat omaishoitajien

tarpeet 48 tunnin kuluessa potilaan sairaalaan tulosta ja uudelleen kotiutumisvaiheessa. Näiden tulosten perusteella suunniteltiin yksilölliset tuki-interventiot omaishoitajille. Tutkimuksessa toteutettiin omaishoitajakeskeinen kotiutumissuunnitelmainterventio: 4–5 ohjaukset sairaalassa, kotiutumisen tuki (omaishoitajien voimavarat, selviytyminen erilaisten tarpeiden kanssa, omaishoitajuuden tuki), kotiutumisen jälkeinen puhelinsuranta viikon kuluessa kotiutumisesta ja kotiutumisen jälkeiset kotikäynnit viikon ja kuukauden kuluttua kotiutumisesta. Intervention tavoitteena oli vastata omaishoitajien tarpeisiin potilaan kotiutuessa. Kontrolliryhmään kuuluvat saivat tavanomaista ohjausta.

Tutkimuksen laatu: Kelvollinen (JBI 7/13)

Näytön vahvuus: 1c

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

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

Kotiutumista seuraavien 12 kuukauden aikana omaishoitajakeskeisen kotiutumisen suunnitteluintervention saaneet omaishoitajat tarjosivat iäkkäille parempaa hoitoa ($\beta = 0,45$; $p = 0,03$) kuin kontrolliryhmän omaishoitajat.

Taiwanilaisessa RCT-tutkimuksessa¹⁷ tutkittiin interventio-ohjelman vaikuttavuutta omaishoitajien iäkkäille läheisilleen antaman hoidon laatuun neurologisilla osastoilla, jossa hoidettiin yli 65-vuotiaita aivohalvauksen saaneita, korkean riskin potilaita, joilla oli tarve kotiutumisen suunnittelulle. Tutkimukseen valittiin potilas-omaishoitajaparit (N = 158: interventio-ryhmä n = 72, kontrolliryhmä n = 86). Osallistujat valittiin neljältä samankaltaiselta neurologiselta osastolta, jotka vastasivat toisiaan potilaspaikkamääriltään, potilaiden diagnooseilta, hoitohenkilökunnan koulutukselta ja tarjottavilta palveluiltaan. Osastot jaettiin sattumanvaraisesti interventio- ja kontrolliryhmiin, molempiin ryhmiin tuli potilaita kahdelta osastolta. Omaishoitajan tuli olla täysi-ikäinen ja pääasiallisessa vastuussa potilaan huolenpidosta. Omaishoitajakeskeisen kotiutumisen suunnitteluintervention tavoitteena oli lisätä omaishoitajien valmiutta ja ymmärrystä hoidon tarpeista kotiutumistilanteessa. Interventio sisälsi yksilöllistä potilasohjausta sairaalassa, lähetepalvelut ja konsultaatiot, kotiutumisen jälkeisen seurannan puhelimitse sekä kotikäynnit. Tavanomaisten kotiutumistoimintojen lisäksi interventio oli suunniteltu tyydyttämään iäkkäiden halvauspotilaiden tiedontarpeet. Pitkän aikavälin lopputulospotilaita mitattiin omaishoitajan terveyteen liittyvää elämänlaatua (HRQoL), hoidon laatua, halvauspotilaan itsehoitokykyä, potilaan terveyteen liittyvää elämänlaatua (HRQoL) sekä palvelujen käyttöä. Aineisto kerättiin 1, 3, 6 ja 12 kk kotiutumisen jälkeen. Kontrolliryhmään kuuluvien kohdalla toteutettiin ainoastaan sattumanvaraisesti ja epäjohdonmukaisesti kotiutumisen suunnittelua.

Tutkimuksen laatu: Kelvollinen (JBI 7/13)

Näytön vahvuus: 1c

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

Kommentti: Korkean riskin potilaat määriteltiin Risk Screening Index for Hospital Discharge -työkalun avulla.

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

Australialaisessa rinnakkaisessa, yksöissokkoutetussa RCT-tutkimuksessa (parallel group, single blind RCT)¹⁸ tutkittiin yli 70-vuotiaita potilaita ja heidän omaishoitajiaan. Tutkimuksessa verrattiin tavanomaista hoitoa yhdistettynä Further Enabling Care at Home –ohjelmaan, jonka toteutti sitä varten koulutettu hoitaja puhelimitse. Osallistujat rekrytoitiin sairaalasta kotiutumisen yhteydessä (interventoryhmä n = 62, kontrolliryhmä n = 79). Intervention sisältö: kotiutumiskirjeen ymmärtäminen, omaishoitajan tuen tarpeiden kartoitus, akuuttien tarpeiden tunnistaminen ja yhteistyöohjeet. Ensisijainen lopputulosmuuttuja oli omaishoitajan itsearvioima valmius tarjota hoitoa läheiselleen. Muita lopputulosmuuttujia olivat: omaishoitajien arviot terveydestään, läheisen oireista ja itsenäisyydestä, omaishoitajuuden rasittavuudesta, perheen hyvinvoinnista, kokemastaan stressistä ja arvio omaishoitotyöstä. Aineisto kerättiin puhelimitse kolmena ajankohtana: ajankohta 1: neljän päivän sisällä kotiutumisesta, ajankohta 2: 15–21 päivää kotiutumisesta, ajankohta 3: kuusi viikkoa kotiutumisesta. Kontrolliryhmään kuuluvat saivat tavanomaista ohjausta.

Tutkimuksen laatu: Hyvä (JBI 9/13)

Näytön vahvuus: 1c

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

Lähteet:

1. Slatyer S, Toye C, Popescu A, Young J, Matthews A, Hill A, Williamson DJ. 2013. 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* 22(3–4), 445–455.
2. Allen J, Hutchinson AM, Brown R, Livingston PM. 2018. User experience and care for older people transitioning from hospital to home: Patients' and carers' perspectives. *Health Expectations* 21(2), 518–527.
3. Perry MAC, Hudson S, Ardis K. 2011. "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* 43(10), 916–922.
4. Neiterman E, Wodchis WP, Bourgeault IL. 2015. Experiences of older adults in transition from hospital to community. *Canadian Journal of Aging* 34(1), 90–99.
5. Rodrigue N, Laizner AM, Tze N, Sewitch M. 2017. Experiences of older adult trauma patients discharged home from a level I trauma center. *Journal of Trauma Nursing* 24(3), 182–192.
6. Groene RO, Orrego C, Suñol R, Barach P, Groene O. 2012. "It's like two worlds apart": an analysis of vulnerable patient handover practices at discharge from hospital. *BMJ Quality & Safety* 21(1), i67–i75.

7. Hansson A, Svensson A, Ahlström BH, Larsson LG, Forsman B, Alsén P. 2018. Flawed communications: Health professionals' experience of collaboration in the care of frail elderly patients. *Scandinavian Journal of Public Health* 46(7), 680–689.
8. Palonen M, Kaunonen M, Helminen M, Åstedt-Kurki P. 2015. Discharge education for older people and family members in emergency department: A cross-sectional study. *International Emergency Nursing* 23(4), 306–311.
9. Hvalvik S, Reiersen IÅ. 2015. 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* 10, 26554.
10. Ellis-Hill C, Robison J, Wiles R, McPherson K, Hyndman D, Ashburn A. 2009. Going home to get on with life: patients and carers experiences of being discharged from hospital following a stroke. *Disability and Rehabilitation* 31(2), 61–72.
11. Bagge M, Norris P, Heydon S, Tordoff J. 2014. Older people's experiences of medicine changes on leaving hospital. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 10(5), 791–800.
12. Xiong T, Li J, Mao J, Xu J. 2014. Medication-related problems among community-dwelling older adults after recent hospital discharge in mainland China. *Nursing Research* 63(6), 439.
13. Palonen, M, Kaunonen MP, Åstedt-Kurki PP. 2016. Family involvement in emergency department discharge education for older people. *Journal of Clinical Nursing* 25(21–22), 3333–3344.
14. Stockwell-Smith G, Moyle W, Marshall AP, Argo A, Brown LRM, Howe S, Layton K, Naidoo O, Santoso Y, Soleil-Moudiky-Joh, E, Grealish L. 2018. Hospital discharge processes involving older adults living with dementia: An integrated literature review. *Journal of Clinical Nursing* 27(5–6), e712–e725.
15. Lennox A, Braaf S, Smit DV, Cameron P, Lowthian JA. 2018. Caring for older patients in the emergency department: Health professionals' perspectives from Australia - The Safe Elderly Emergency Discharge project. *Emergency Medicine Australasia* 31(3), 83–89.
16. Shyu YL, Chen M, Chen S, Wang H, Shao J. 2008. A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. *Journal of Clinical Nursing* 17(18), 2497–2508.
17. Shyu YL, Kuo L, Chen M, Chen S. 2010. A clinical trial of an individualised intervention programme for family caregivers of older stroke victims in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing* 19(11), 1675–1685.
18. Toye C, Parsons R, Slatyer S, Aoun SM, Moorin R, Osseiran-Moisson R, Hill KD. 2016. 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* 64, 32–41.