

9. Yksilölliset tarpeet ja kotiutumisen suunnittelu

Arvioi sairaalasta kotiutumisen yhteydessä iäkkään kotiympäristöä ja palveluiden tarpeita yhteistyössä iäkkään ja hänen läheistensä kanssa sekä hyödynnä tietoa yksilöllisessä kotiutumis- ja kuntoutussuunnitelmassa, sillä

➤ **kotiin tuotavien palveluiden toteutumisessa saattaa olla puutteita. (C)**

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

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

Tutkimuksen laatu: Tasokas (JBI 6/7)

Näytön vahvuus: 4b

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

➤ **iäkkään yksilöllinen kotiutumisen suunnittelu todennäköisesti vähentää uusintakäyntejä sairaalaan. (B)**

Kotiutumiskoordinaattorin toteuttamassa kotiutumisinterventiossa 180 päivän seuranta-aikana interventioryhmän potilailla oli vähemmän keuhkohtaumataudista johtuvia uusintakäyntejä sairaalaan, kuin kontrolliryhmän potilailla ($n = 17$ (14 %) vs. $n = 42$ (31 %), $p = 0,002$). Interventio vähensi myös muista syistä johtuvia uusintakäyntejä sairaalaan (31 % vs. 44 %, $p = 0,033$). Interventio vähensi riskiä joutua sairaalaan keuhkohtaumataudin vuoksi (HR 0,43; 95 % CI 0,24–0,77, $p = 0,002$) tai muista syistä (HR 0,64; 95 % CI 0,42–0,98, $p = 0,039$).

Slovenialaisessa RCT-tutkimuksessa² arvioitiin kotiutumiskoordinaattorin toteuttaman intervention vaikutuksia uusintakäynteihin sairaalaan iäkkäillä keuhkohtaumatautipotilailla ($N = 253$; miehiä 72 %) 180 päivän ajan tai potilaiden kuolemaan asti. Interventioryhmään kuuluvien potilaiden ($n = 118$) kotiolut ja kotihoitotarpeet arvioitiin sairaalassa osana kotiutumisen suunnittelua. Potilaat ja omaiset olivat aktiivisesti mukana kotiutumisen suunnittelussa. Lisäksi hoidon jatkuvuus varmistettiin olemalla yhteydessä perusterveydenhuollon moniammatilliseen työryhmään. Sopeutuminen kotiympäristöön ja mahdolliset uudet palvelutarpeet selvitetiin puhelimitse 48 tuntia kotiutumisen jälkeen. Potilaan kokonaistilanne arvioitiin 7–10 päivää kotiutumisesta kotikäynnillä. Kontrolliryhmä ($n =$

135) sai tavanomaista hoitoa ja potilasohjausta keuhkohtaumataudin hoitoon liittyen.

Tutkimuksen laatu: Hyvä (JBI 9/13)

Näytön vahvuus: 1c

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

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

Yhdysvaltalaisessa kvasikokeellisessa³ tutkimuksessa arvioitiin moniammatillisen ja kokonaisvaltaisen sairaalassa toteutetun Safe STEPS -kotiutumisintervention soveltuvuutta ja vaikuttavuutta yli 65-vuotiailla iäkkäillä sairaalapotilailla (N = 422). The Safe and Successful Transition of Elderly Patients Study (Safe STEPS) -interventiossa yhdyslääkäri (hospitalisti) tutki interventioryhmän potilaat (n = 185) sairaalaan tulovaiheessa strukturoidusti huomioiden mm. kaatumisriskin, ADL-toiminnoista selviytymisen, toimintakyvyn, tiedon omaishoitajasta ja lääkityksen. Farmaseutti tarkisti lääkehoitosuunnitelman. Palveluohjaaja oli mukana tarkistamassa sairaalaantulotiedot ja täytti lomakkeen, jonka avulla tiedotettiin perusterveydenhuollon lääkäriä ja pyydettiin tarvittaessa lisätietoja. Moniammatillinen tiimi, johon kuuluivat lääkäri, toimintaterapeutti, farmaseutti, ravitsemusterapeutti, sosiaalityöntekijä ja kotisairaanhoidaja, laati potilaalle hoitosuunnitelman. Palveluohjaaja koordinoi yksilöllisen kotiutussuunnitelman toteutumista. Kotiutumista koskevassa kokouksessa paikalla olivat kotiutumisesta vastaava sairaanhoitaja, yhdyslääkäri, potilas ja mahdollisesti omainen. Potilaan kanssa keskusteltiin hoitojaksosta ja hän sai selkokieliset hoito-ohjeet suullisesti ja kirjallisesti sekä yhdyslääkärin yhteystiedot. Vertailuryhmään kuuluneet potilaat (n = 237) saivat tavanomaista hoitoa ja kotiutuivat normaaliprotokollan mukaisesti.

Tutkimuksen laatu: Hyvä (JBI 6/9)

Näytön vahvuus: 2c

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

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

Discharge Decision Support System (D2S2) -interventio vähensi kotiutumisen jälkeisten haittatapahtumien riskissä olevien potilaiden uusintakäyntejä sairaalaan 30 päivän kuluessa 6 % ja 60 päivän kuluessa 9 % verrattuna vertailuryhmän potilaisiin. Uusintakäyntien suhteellinen vähennys oli 26 % kumpanakin ajankohtana.

Yhdysvaltalaisessa kvasikokeellisessa tutkimuksessa⁵ arvioitiin parantaako kotiutumisen jälkeisten haittatapahtumien riskissä olevien potilaiden tunnistaminen sairaalakäynnin aikana kotiutumisen suunnittelua ja jatkohoitoa koskevaa päätöksentekoa sekä vähentääkö se uusintakäyn- tejä sairaalaan. Tutkimuksessa kerättiin sairaalaan tulovaiheessa strukturoidusti tietoa D2S2-työkalulla potilaan liikkumisesta, sairauden vaikeusasteesta, psyykkisestä voinnista, taloudellisesta tilanteesta sekä omaishoitajasta. Kerätyn tiedon avulla muodostettiin riskiarvio kotiutumisen jälkeisiin haittatapahtumiin sekä tarpeelle akuutin vaiheen jälkeisille lähetille mm. kotihoitoon, hoivakotiin, kuntoutukseen tai pitkäaikaishoi- toon. Työkalu auttoi tunnistamaan riskipotilaat, jotka tarvitsevat post-akuutin jatkohoitolähetteen sairaalasta kotiuduttuaan. Palveluohjaaja sai tiedon interventioryhmään kuuluvien potilaiden (n = 252) D2S2-tulok- sesta ja sitä käytettiin lähetepäätöksenteon tukena. Vertailuryhmään kuu- luvien potilaiden (n = 281) D2S2-tuloksesta ei tiedotettu palveluohjaajaa.

Tutkimuksen laatu: Hyvä (JBI 6/9)

Näytön vahvuus: 2c

Sovellattavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

Kommentti: D2S2, The Discharge Decision Support System

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

Moniammatillinen ja kokonaisvaltainen kotiutumisinterventio paransi iäkkäiden potilaiden tyytyväisyyttä kotiutumiseen ja itsearvioituun terveyteen. Viikon seurannassa interventioryhmään kuuluneet potilaat tiesivät vertailuryhmään kuuluneita useammin, ke- neen ottaa yhteyttä kotiutumiseen liittyvissä kysymyksissä ja huolenaiheissa (vertailu- ryhmä 93 %, interventioryhmä 99 %, OR = 15,9; 95 % CI 2,05–125). Viikon seurannassa interventioryhmään kuuluneet potilaat arvioivat kotiutumisen onnistuneemmaksi kuin vertailuryhmän potilaat (3 väittämän mittari: OR = 6,83; 95 % CI 3,63–12,84; 15- väittämän mittari: OR = 3,49; 95 % CI 2,06–5,92). Lisäksi viikon seurannassa interven- tioryhmään kuuluneet potilaat arvioivat terveytensä paremmaksi kuin vertailuryhmän potilaat (vertailuryhmä 78 %, interventioryhmä 87 %, OR = 2,33; 95 % CI 1,34–4,05). 30 päivän seurannassa interventioryhmään kuuluneet potilaat arvioivat terveytensä pa- remmaksi, kuin vertailuryhmän potilaat (vertailuryhmä 71 %, interventioryhmä 84 %, OR = 2,36; 95 % CI 1,41–3,95).

Yhdysvaltalaisessa kvasikokeellisessa tutkimuksessa³ arvioitiin moniam- matillisen ja kokonaisvaltaisen sairaalassa toteutetun kotiutumisinterven- tion soveltuvuutta ja vaikuttavuutta yli 65-vuotiailla iäkkäillä sairaalapoti- lailla (N = 422). The Safe and Successful Transition of Elderly Patients Study (Safe STEPS) -interventiossa yhdyslääkäri (hospitalisti) tutki inter- ventioryhmän potilaat (n = 185) sairaalaan tulovaiheessa strukturoidusti huomioiden mm. kaatumisriskin, ADL-toiminnoista selviytymisen, toimin- takyvyn, tiedon omaishoitajasta ja lääkityksen. Farmaseutti tarkisti lääke- hoidon suunnitelman. Palveluohjaaja oli mukana tarkistamassa sairaala- laantulotiedot ja täytti lomakkeen, jonka avulla tiedotettiin perustervey- denhuollon lääkäriä ja pyydettiin tarvittaessa lisätietoja. Moniammatillinen tiimi, johon kuuluivat lääkäri, toimintaterapeutti, farmaseutti, ravitse- musteraapeutti, sosiaalityöntekijä ja kotisairaanhoidaja, laati potilaalle hoi-

tosuunnitelman. Palveluohjaaja koordinoi yksilöllisen kotiutussuunnitelman toteutumista. Kotiutumista koskevassa kokouksessa paikalla olivat kotiutumisesta vastaava sairaanhoitaja, yhdyslääkäri, potilas ja mahdollisesti omainen. Potilaan kanssa keskusteltiin hoitajaksosta ja hän sai selkokieliset hoito-ohjeet suullisesti ja kirjallisesti sekä yhdyslääkärin yhteystiedot. Vertailuryhmään kuuluneet potilaat (n = 237) saivat tavanomaista hoitoa ja kotiutuivat normaaliprotokollan mukaisesti.³

Tutkimuksen laatu: Hyvä (6/9 JBI)

Näytön vahvuus: 2c

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

Kommentti:

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

- **sairaalasta kotiutuneella, erityisen tuen tarpeessa olevalla iäkkäällä saattaa olla erilaisia kotona selviytymistä vaikeuttavia ongelmia ja tuen tarpeita, jotka ilmenevät vasta kotiutumisen jälkeen. (C)**

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

Yhdysvaltalaisessa RCT-tutkimuksessa⁶ tunnistettiin iäkkäiden sairaalasta kotiutuneiden potilaiden tuen tarpeita ja arvioitiin sosiaalityöntekijän toteuttaman puhelinintervention vaikutusta potilaiden ja omaisten kokemaan stressiin, terveyspalvelujen käyttöön, uusintakäynteihin ja kuolleisuuteen. Tutkimuspotilaat (N = 740) olivat yli 65-vuotiaita, he käyttivät useita lääkkeitä ja heillä toteutui vähintään yksi seuraavista kriteereistä: asuu yksin, ei ole kotihoidon palvelujen piirissä, kohonnut kaatumisriski, vähintään yksi sairaalajakso viimeisten 12 kuukauden aikana, emotionaalisen tuen puute tai psykososiaalinen ongelma. Interventioyhmään kuului 360 ja vertailuryhmään 380 tutkimuspotilasta. Kotiutumisen jälkeisessä EDPP-interventiossa (Enhanced Discharge Planning Program) varmistettiin kotiutuksen jälkeinen hoitosuunnitelma sekä tunnistettiin mahdolliset lisäselvitystä vaativat ongelmat ja iäkkään tarpeet. Lisäksi varmistettiin kotiin tuotavien palvelujen ja psykososiaalisen tuen saanti.

Tutkimuksen laatu: Kelvollinen (JBI 7/131)

Näytön vahvuus: 1c

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Kohtalainen

➤ **jatkuva kuntoutus yhdistettynä kotiympäristön riskiarviointiin saattaa parantaa iäkkään lonkkamurtumapotilaan fyysistä suoriutumista, päivittäisistä toiminnoista selviytymistä sekä vähentää masennusoireita. (C)**

Interventoryhmään kuuluvilla oli parempi lonkan koukistus ($\beta = 5,43$, $P < 0,001$), he suoriutuivat paremmin päivittäisistä toiminnoista (ADL) ($\beta = 9,22$, $P < 0,001$), heidän kävelykykynsä palautui paremmin OR = 2,23, $P = <0,001$), heillä oli vähemmän kaatumisia (OR = 0,56, $P = 0,03$) ja depressiivisiä oireita ($\beta = -1,31$, $P = 0,005$), sekä paremmat SF-36 fyysisen suoriutumisen arvot ($\beta = 6,08$, $P < 0,001$) kuin vertailuryhmällä ensimmäisen 24 kuukauden kuluttua kotiutumisesta.

Taiwanilaisessa RCT-tutkimuksessa⁷ arvioitiin laaja-alaisen geriatrisen kuntoutuksen ja kotiutumisen intervention vaikutuksia iäkkäiden lonkkamurtumapotilaiden (N = 162; interventoryhmä n = 80, vertailuryhmä n = 82) fyysiseen suoriutumiseen ja kaatumisiin, ADL-toiminnoista suoriutumiseen, terveyteen liittyvään elämänlaatuun, palvelujen käyttöön ja depressiivisiin oireisiin 1, 3, 6, 12, 18 ja 24 kuukautta kotiutumisen jälkeen. Kolmiosainen interventio sisälsi geriatrisen konsultaation, jatkuvan kuntoutuksen ja kotiutumisen suunnittelun. Vertailuryhmään kuuluvat saivat tavanomaista hoitoa.

Tutkimuksen laatu: Hyvä (JBI 7/13)

Näytön vahvuus: 1c

Sovellettavuus suomalaiseseen väestöön: Kohtalainen

Kommentit: Kolmiosaisen intervention geriatrisissa konsultaatioissa laadittiin sekä pre- että postoperatiiviset hoitosuunnitelmat geriatrin tai geriatrisen hoitajan toimesta. Geriatristen hoitajien ja fysioterapeuttien toteuttama jatkuva kuntoutus toteutui sekä sairaalassa että kotona ja se sisälsi sekä lonkkamurtumasta toipumisen että yleisen fyysisen kunnon parantamiseen tähtäävät kuntoutustoimet. Lisäksi geriatrinen hoitaja arvioi ennen kotiutumista omaishoitajan osaamisen, resurssit, potilaan itsehoitokyvyt ja tarpeen koti- tai pitkäaikaishoidon palveluille sekä tarvittaville läheteille. Lisäksi kotiolot ja -ympäristö arvioitiin ja potilaalle suositeltiin tarvittaessa kodinmuutostöitä. Kotiutumisen suunnittelulla pyrittiin turvaamaan hoidon jatkuvuus.

Lähteet:

1. Auslander GK, Soskolne V, Stanger V, Ben-Shahar I, Kaplan G. 2008. Discharge planning in acute care hospitals in Israel: services planned and levels of implementation and adequacy. *Health & social work* 33(3), 178–188.
2. Lainscak M, Kadivec S, Kosnik M, Benedik B, Bratkovic M, Jakhel T, Marcun R, Miklosa P, Stalc B, Farkas J. 2013. Discharge coordinator intervention prevents hospitalizations in patients with COPD: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association* 14(6), 450.e1–6.
3. Dedhia P, Kravet S, Bulger J, Hinson T, Sridharan A, Kolodner K, Wright S, Howell E. 2009. A quality improvement intervention to facilitate the transition of older adults from three hospitals back to their homes. *Journal of the American Geriatrics Society* 57(9), 1540–1546.
4. Wiik H, Koivukangas V, Laitakari K. 2018. Hospitalistit tulevat suomalaisiin sairaaloihin. Kuka tarvitsee hospitalistia? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 134(16), 1543–1544.

5. Bowles KH, Chittams J, Heil E, Topaz M, Rickard K, Bhasker M, Tanzer M, Behta M, Hanlon AL. 2015. Successful electronic implementation of discharge referral decision support has a positive impact on 30- and 60-day readmissions. *Research in Nursing & Health* 38(2), 102–114.
6. Altfeld SJ, Shier GE, Rooney M, Johnson TJ, Golden RL, Karavolos K, Avery E, Nandi V, Perry AJ. 2013. Effects of an enhanced discharge planning intervention for hospitalized older adults: A Randomized Trial. *Gerontologist* 53(3), 430–440.
7. Shyu Y-L, Liang J, Wu C-C, Su J-Y, Cheng H-S, Chou S-W, Chen M-C, Young C-T, Tseng M-Y. 2010. Two-year effects of interdisciplinary intervention for hip fracture in older Taiwanese. *Journal of the American Geriatrics Society* 58(6), 1081–1089.