

11. Kotiutumisen tuki ja seuranta

Arvioi iäkkään tarvetta kotona toteutetulle kotiutumisen tuelle ja seurannalle, sillä

- **sairaanhoitajan ja lääkärin toteuttama kotiutumisen tuki ja seuranta saattavat vähentää puolen vuoden seuranta-aikana iäkkään uusintakäyntejä sairaalaan. (C)**

Päivystyksestä kotiutumisen tuki-interventio vähensi iäkkäiden riskipotilaiden akuutteja päivystyksellisiä uusintakäyntejä 30 ja 60 päivän kuluessa kotiutumisesta verrattuna tavanomaiseen kotiutumiskäytäntöön. Interventoryhmällä oli pienentynyt riski joutua akuutisti sairaalaan 30 päivän (10 % vs. 27 %, HR = 0,34; 95 % CI 0,22–0,52, p < 0,001) ja 60 päivän (18 % vs. 33 %, HR = 0,48; 95 % CI 0,34–0,69, p < 0,001) kuluessa verrattuna kontrolliryhmään.

Singaporelaisessa retrospektiivisessä kvasikokeellisessa tutkimuksessa¹ arvioitiin SAFE-ohjelman (Subacute Ambulatory care for Functionally challenged and Elderly) vaikuttavuutta iäkkäiden riskipotilaiden (N = 647, interventoryhmä n = 438, keski-ikä 80 ± 12 vuotta, naisia n = 60 % ja vertailuryhmä n = 209, keski-ikä 79 ± 11 vuotta, naisia n = 57 %) akuutteihin uusintakäynteihin 30 ja 60 päivän kuluessa päivystyksestä kotiutumisesta. Riskipotilaiksi tässä tutkimuksessa määriteltiin potilaat, joilla oli esimerkiksi pieni trauma (kontuusio, murtuma), tulehdus, sairauden pahenemisvaihe (esim. COPD, diabetes, sydän- tai verisuonisairaus, muistisairauteen liittyvä käyttäytymisoire, toimintakyvyn alenema tai enemmän kuin kaksi päivystyskäyntiä kuukauden aikana. Tutkimuksessa kotiutumisen tuki ja seuranta sisälsivät puhelinsoiton potilaalle kotiutumista seuraavana päivänä sekä sairaanhoitajan ja lääkärin toteuttaman kotikäynnin viikon kuluessa. Kotikäynti sisälsi kattavan geriatrisen arvioinnin, kokonaisvaltaisen hoitosuunnitelman laatimisen, kattavan palvelutarpeen arvioinnin ja tarvittavien läheteiden laatimisen. Potilaan tilanteen seuranta jatkettiin, kunnes potilaalla oli riittävä seuranta perusterveydenhuollossa. Vertailuryhmä sai päivystyksestä kotiutuessa tavanomaista hoitoa ja seurantaa.

Tutkimuksen laatu: Hyvä (JBI 8/9)

Näytön vahvuus: 2d

Sovellettavuus suomalaiseseen väestöön: Hyvä

Lääkärin ja kotisairaanhoitajan toteuttamassa kotiutumisen seurainterventiossa puolen vuoden kuluttua (26 viikkoa) interventoryhmässä uusintakäyntejä oli 40 %:lla ja kontrolliryhmässä 52 %:lla potilaista, interventoryhmässä uusintakäyntien suhteellisen riskin alenema oli 23 %.

Tanskalaisessa RCT-tutkimuksessa² arvioitiin kotiutumisen jälkeen tapahtuvan lääkärin ja kotisairaanhoitajan toteuttaman seurannan vaikutuksia lääketieteellisen hoidon laatuun, uusintakäyntiriskiin ja moniammatillisen hoidon toteuttamiseen iäkkäillä geriatriselta tai sisätautien osastolta kotiutuneilla potilailla (N = 331) puolen vuoden (26 viikkoa) seurannassa. Interventoryhmään kuului N = 166 (naisia 66 %, mediaani-ikä 84 vuotta) ja kontrolliryhmään n = 165 potilasta

(naisia 66 %, mediaani-ikä 83 vuotta). Kontrolliryhmä sai tavanomaista hoitoa. Tutkimuksessa lääkäri ja kotisairaanhoidaja tekivät yhteisen kotikäynnin noin viikon kuluttua iäkkään kotiutumisesta. Kotikäynnillä tarkistettiin potilaan hoitosuunnitelman ja lääkityksen (mukaan lukien kodin lääkekaapin sisältö) asianmukaisuus sekä psykososiaalisen tuen saatavuus. Uusintakäynnit toteutettiin joko koti- tai vastaanottokäyntinä kolme ja kahdeksan viikkoa kotiutumisesta.

Tutkimuksen laatu: Kelvollinen (JBI 9/13)

Näytön vahvuus: 1c

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

➤ **kotiutumisen jälkeen toteutettu seurainterventio saattaa parantaa iäkkään lääkehoidon seurantaa. (C)**

Hoitavalla lääkärillä oli totuudenmukaisempi käsitys interventioryhmän potilaiden lääkityksestä, kuin kontrolliryhmään kuuluvien potilaiden lääkityksestä. Interventioryhmässä 34 % ja kontrolliryhmässä 48 % potilaista käytti lääkkeitä, joista lääkäri ei ollut tietoinen ($p = 0,02$). Interventioryhmässä 28 % ja kontrolliryhmässä 39 % ei noudattanut hänelle määrättyä lääkitystä ($p = 0,05$). Interventioryhmän potilailla oli lääkkeitä käytössä keskimäärin 7 (IQR 5–10) ja kontrolliryhmään kuuluvilla potilailla keskimäärin 6 lääkettä (IQR 4–8), $p = 0,0005$. Suunnitellut kontrollikäynnit toteutuivat interventioryhmässä 95 %:lla potilaista ja kontrolliryhmässä 72 %:lla potilaista ($p = 0,02$).

Tanskalaisessa RCT-tutkimuksessa² arvioitiin kotiutumisen jälkeen tapahtuvan lääkärin ja kotisairaanhoidajan toteuttaman seurannan vaikutuksia lääketieteellisen hoidon laatuun, uusintäkäyntiriskiä ja moniammatillisen hoidon toteuttamiseen iäkkäillä geriatriselta tai sisätautien osastolta kotiutuneilla potilailla (N = 331) puolen vuoden (26 viikkoa) seurannassa. Interventioryhmään kuului N = 166 (naisia 66 %, mediaani-ikä 84 vuotta) ja kontrolliryhmään n = 165 potilasta (naisia 66 %, mediaani-ikä 83 vuotta). Kontrolliryhmä sai tavanomaista hoitoa. Interventio sisälsi potilaan hoitavan lääkärin ja kotisairaanhoidajan yhteisen kotikäynnin noin yhden viikon kuluttua kotiutumisesta. Kotikäynnillä tarkistettiin potilaan hoitosuunnitelman ja lääkityksen (mukaan lukien kodin lääkekaapin sisältö) asianmukaisuus sekä psykososiaalisen tuen saatavuus. Viikoilla kolme ja kahdeksan hoitava lääkäri tapasi potilaan joko vastaanotollaan tai teki kotikäynnin tarkistaen edellä mainitut asiat. Kotisairaanhoidaja oli mukana tarvittaessa.

Tutkimuksen laatu: Kelvollinen (JBI 9/13)

Näytön vahvuus: 1c

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

Varmista, että iäkkään kotiutumisen tuki ja ohjaus toteutuvat moniammatillisena, sillä

➤ **moniammatillinen sairausspesifinen kotiutumisen tuki saattaa vähentää uusintakäyntejä ja kuolleisuutta. (C)**

Lääkärin ja sairaanhoidajan toteuttama kotiutumisen tuen ja seurannan sairausspesifinen interventio (postdischarge transitional care, PDTTC) vähensi kotiutumisen jälkeisiä

uusintakäyntejä ja kuolleisuutta 30 päivän sisällä kotiutumisesta. Vertailuryhmässä oli enemmän uusintakäyntejä ja kuolemia kuin interventoryhmässä (n = 24 (25 %) vs. n = 32 (15 %); p = 0,021).

Taiwanilaisessa kvasikokeellisessa tutkimuksessa³ arvioitiin PDTC-intervention vaikutuksia yhdyslääkäriosastolta kotiutuneiden potilaiden (N = 313) uusintakäynteihin ja kuolleisuuteen 30 päivän kuluessa kotiutumisesta. Interventoryhmän potilaille (n = 219, miehiä n = 115) laadittiin sairausspesifinen hoitosuunnitelma. Vertailuryhmä (n = 94; miehiä n = 42) sai tavanomaista hoitoa. Interventoryhmän potilaat ja omaiset saivat sairaalassa ohjausta sairauden oireiden tunnistamiseen, laadittuun hoitosuunnitelmaan ja lääkehoitoon sitoutumiseen liittyen. Potilaiden jatkohoito järjestettiin perusterveydenhuollossa tai jos omalääkäreä ei ollut, seuranta tapahtui sairaalan yhdyslääkärijohtoisella osastolla. Sairaanhoidaja toteutti puhelinseurannan 1, 3, 7, 14 ja 30 päivän kuluttua kotiutumisesta, jolla varmistettiin hoitosuunnitelmaan sitoutuminen ja sen toteutuminen. Lisäksi potilailla oli käytössään sairaalan puhelinpalvelu, johon he saattoivat olla yhteydessä tarvittaessa. Mikäli potilaan tila huononi, hänet ohjattiin sopivaan jatkohoitopaikkaan.

Tutkimuksen laatu: Hyvä (JBI 7/9)

Näytön vahvuus: 2c

Sovellettavuus suomalaiseseen väestöön: Hyvä

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

➤ **sairaanhoidajan yksin toteuttamalla ohjausinterventiolla ei ole vaikutusta iäkkäiden uusintakäynteihin. (A)**

Etniseen ja kielelliseen vähemmistöön kuuluvien potilaiden kotiutumisen tuen ohjausinterventiossa interventio- ja kontrolliryhmien välillä ei ollut eroa päivystyksellisissä uusintakäynneissä 30, 90 ja 180 päivän kuluttua kotiutumisesta. Kuitenkin kiinalaistautaisilla potilailla päivystyksellisten uusintakäyntien riski oli kohonnut 30 päivän kohdalla (HR 2,87; CI 1,13–7,33; p = 0,03), mutta ei 90 ja 180 päivän kohdalla.

Yhdysvaltalaisessa RCT-tutkimuksessa⁵ arvioitiin sairaanhoidajan toteuttaman kotiutumisen tuen ja seurannan ohjausintervention vaikuttavuutta päivystyksellisiin uusintakäynteihin etniseen ja kielelliseen vähemmistöön kuuluvilla iäkkäillä potilailla (N = 700; keski-ikä 66,2 vuotta). Sairaanhoidaja antoi interventoryhmään kuuluville potilaille (n = 347; naisia n = 159) yksilöllistä sairausspesifiä potilasohjausta potilaan omalla kielellä (espanja, kiina) tai tulkin välityksellä oireisiin, lääkehoitoon ja terveyspalveluihin liittyen. Potilasohjaus toteutettiin motivoivan haastattelun menetelmällä, jolla pyrittiin vahvistamaan potilaan hoitoon sitoutumista. Suullisen ohjauksen lisäksi hyödynnettiin kirjallista materiaalia ja käytettiin taikaisinopetusmenetelmää. Lisäksi sairaanhoidaja jatkoi potilasohjausta

puhelimitse 1–3 päivän sekä 6–10 päivän kuluttua kotiutumisesta ja ohjasi potilaan tarvittaessa jatkohoitoon. Potilailla oli myös mahdollisuus soittaa puhelintukipalveluun, jossa potilaalle vastattiin 24 tunnin kuluessa.

Tutkimuksen laatu: Hyvä (JBI 10/13)

Näytön vahvuus: 1c

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Kohtalainen

Kommentti: Monikulttuurisuusnäkökulma (kiinalais- ja espanjalaistaustaiset osallistujat). Lisäksi terveystakuutusjärjestelmä on erilainen: kontekstina Safetynet-sairaala, jonka asiakkaina on vähätuloisia ja henkilöitä, jotka eivät ole terveydenhuollon vakuutusturvan piirissä.

Sairaanhoitajan toteuttama strukturoitu puhelinohjaus- ja seurainterventio kotiutumisen jälkeen ei vähentänyt päivystyksellisiä uusintakäyntejä 30 päivän kuluttua kotiutumisesta.

Yhdysvaltalaisessa RCT-tutkimuksessa⁶ arvioitiin sairaanhoitajan toteuttaman puhelinohjauksen ja seurannan vaikutuksia sairaalasta kotiutuneiden iäkkäiden potilaiden (N = 2 000) päivystyksellisiin uusintakäynteihin tai kuolleisuuteen 30 päivän kuluessa kotiutumisesta. Sairaanhoitaja soitti keskitetystä puhelinpalvelusta interventioryhmän potilaille (n = 999) strukturoidun ohjauspuhelun 1–3 päivää ja 30 päivää päivystyksestä kotiutumisen jälkeen. Ohjauksessa selvitettiin mahdollisia kotiutumiseen liittyviä ongelmia sekä neuvottiin lääkityksessä, kotihoito-ohjeissa, seurantakäynteissä ja terveydentilan seurannassa. Vertailuryhmä (n = 1 001) sai tavanomaista hoitoa ja täytti tyytyväisyyskyselyn kotiutuessa.

Tutkimuksen laatu: Hyvä (JBI 9/13)

Näytön vahvuus: 1c

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

Sairaanhoitajan toteuttama yksilöllinen potilasohjausinterventio ei vähentänyt päivystyksellisiä uusintakäyntejä 30, 90, 180 tai 365 päivän kuluessa.

Kanadalaisessa RCT-tutkimuksessa⁷ arvioitiin sairaanhoitajan toteuttaman potilasohjausintervention vaikuttavuutta iäkkäiden uusintakäyntiriskissä olevien potilaiden (N = 265) päivystyksellisiin uusintakäynteihin. Sairaanhoitaja tapasi interventioryhmän potilaat (n = 108) päivystyksessä ennen kotiutumista, tapaamisen kesto oli keskimäärin 13 minuuttia. Kotiutumisen jälkeen potilaille soitettiin kaksi kertaa: 2–4 päivän (keskimääräinen kesto 22 minuuttia) ja 7–10 päivän (keskimääräinen kesto 18 minuuttia) kuluttua kotiutumisesta. Potilailla oli tarvittaessa mahdollisuus myös soittaa sairaanhoitajalle suunniteltujen yhteydenottojen välillä. Yhteensä ohjausta annettiin keskimäärin 43 minuuttia. Potilasohjausinterventio toteutettiin yksilöllisenä ja voimavaroja vahvistavana. Vertailuryhmän potilaat (n = 95) saivat tavanomaista hoitoa.

Tutkimuksen laatu: Hyvä (JBI 10/13)

Näytön vahvuus: 1c

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

➤ **sairaanhoitajan yksin toteuttamalla ohjausinterventiolla ei liene vaikutusta iäkkäiden kuolleisuuteen. (C)**

Sairaanhoitajan toteuttama strukturoitu puhelinohjaus- ja seurainterventio kotiutumisen jälkeen ei vähentänyt kuolleisuutta 30 päivän kuluttua kotiutumisesta.

Yhdysvaltalaisessa RCT-tutkimuksessa⁶ arvioitiin sairaanhoitajan toteuttaman puhelinohjauksen ja seurannan vaikutuksia sairaalasta kotiutuneiden iäkkäiden potilaiden (N = 2000) päivystyksellisiin uusintakäynteihin tai kuolleisuuteen 30 päivän kuluessa kotiutumisesta. Sairaanhoitaja soitti keskitetystä puhelinpalvelusta interventiorryhmän potilaille (n = 999) strukturoidun ohjauspuhelun 1–3 päivää ja 30 päivää päivystyksestä kotiutumisen jälkeen. Ohjauksessa selvitettiin mahdollisia kotiutumiseen liittyviä ongelmia sekä neuvottiin lääkityksessä, kotihoito-ohjeissa, seurantakäynteissä ja terveydentilan seurannassa. Vertailuryhmä (n = 1 001) sai tavanomaista hoitoa ja täytti tyytyväisyyskyselyn kotiutuessa.

Tutkimuksen laatu: Hyvä (JBI 9/13)

Näytön vahvuus: 1c

Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä

Lähteet:

1. Ong CEC, Asinas-Tan M, Quek L-S, de Dios M, Cai X-T, Lim B-L. 2019. Effectiveness of a post-emergency department discharge multidisciplinary bundle in reducing acute hospital admissions for the elderly. *European Journal of Emergency Medicine* 26(2), 94–99.
2. Rytter L, Jakobsen HN, Ronholt F, Hammer AV, Andreasen AH, Nissen A, Kjellberg J. 2010. Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients: A randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 28(3), 146–153.
3. Shu C, Hsu N, Lin Y, Wang J, Lin J, Ko W. 2011. Integrated postdischarge transitional care in a hospitalist system to improve discharge outcome: an experimental study. *BMC Med* 9, 96
4. Wiik H, Koivukangas V, Laitakari K. 2018. Hospitalistit tulevat suomalaisiin sairaaloihin. Kuka tarvitsee hospitalistia? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 134(16), 1543–1544.
5. Goldman LE, Sarkar U, Kessel E, Guzman D, Schneidermann M, Pierluissi E, Walter B, Wittinghoff E, Critchfield J, Kushel M. 2014. Support from hospital to home for elders: a randomized trial. *Annals of Internal Medicine* 161(7), 472–481.
6. Biese KJ, Busby-Whitehead J, Cai J, Stearns SC, Roberts E, Mihos P, Emmet D, Zhou Q, Farmer F, Kizer JS. 2018. Telephone follow-up for older adults discharged to home from the emergency department: a pragmatic randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 66(3), 452–458.
7. Cossette S, Vadeboncoeur A, Frasure-Smith N, McCusker J, Guertin M-C. 2013. Randomized controlled trial of a nursing intervention to reduce emergency department revisits. *Canadian Journal Emergency Medicine* 15(9), 1-8.