

Suosituksen perustana olevat tutkimukset

Interventio- ja kohorttitutkimukset

*Lähdenumeromerkintä hoitosuosituksen lähdeluettelossa

**Suosituksen kannalta olennaiset tulokset

Sukunimi ^{lähde*} vuosi	Tutkimus- asetelma ja menetelmä	Näytön vahvuus	Toiminta- ympäristö	Potilas- ryhmä (P)	Interventio (I)	Vertailu (C)	Lopputulospuuttajat (O)	Tulokset**
Abad-Corbay ⁷⁶ . 2013	Kvasikokeellinen tutkimus: interventioryhmä n = 56 kontrolliryhmä n = 87	2c	Kaksi yliopistollista sairaalaa ja niiden alueella olevat perusterveydenhuollon terveyskeskukset	COPD-diagnosin 18 kk sisällä saaneet potilaat, joiden kognitiivinen toimintakyky oli hyvä ja jotka oli mahdollista tavoittaa puhelimitse.	Sairaanhoitajan toteutettava interventio <u>Sairaalassa:</u> Kesto vähintään 5 vuorokautta, sairaanhoitaja tapasi potilaan päivittäin (24 tunnin välein). Sairaanhoitaja 1) selvitti omaishoitajan ja antoi potilaalle ja omaiselle sairautteen liittyvää ohjausta 2) tunnisti sairaalassaoloaikana ilmeneviä mahdollisia ongelmia sekä ongelmia, joita saattaisi ilmetä kotona 3) ohjasi potilaan, omaisen ja/tai henkilökunnan ottamaan tar-	Tavanomainen hoito, seuranta puhelimitse 2, 6, 12 ja 24 viikon kuluttua kotiutumisesta	Elämänlaatu Sairautta ja sen hoitoa koskeva tieto Uusintakäynnit 24 t –6 kk kuluessa kotiutumisesta Tyytyväisyys hoitotyöhön Lääkehoitoon sitoutuminen	Elämänlaatu parani: interventioryhmässä elämänlaadun paranemisen suuruus (Magnitude of the improvement of the quality of life) oli tilastollisesti merkitsevästi parempi 12 viikon (p = 0,008) ja 24 viikon (p = 0,028) jälkeen kotiutumisesta verrattuna kontrolliryhmään. Tieto sairaudesta ja sen hoidosta parani: Interventioryhmässä tieto sairauden hoidosta oli tilastollisesti merkitsevästi parempi sekä 2 viikon (p < 0,001) että 24 viikon (p = 0,003) kuluttua kotiutumisesta verrattuna kontrolliryhmään. Interventioryhmässä tiedon taso parani tilastollisesti merkitsevästi enemmän sekä 2 viikon (p < 0,001) että 24 viikon (p < 0,001) kuluttua kotiutumisesta verrattuna kontrolliryhmään.

				<p>vittaessa yhteyttä muihin ammattilaisiin (sosiaalityöntekijä).</p> <p>Interventiona oli terveysohjaus COPD:hen ja sen hoitoon liittyen (tiedot, hoitolaitteiden hallinta, hoitoon sitoutuminen, elintavat) apuna kirjalliset ja kuvalliset ohjeet.</p> <p><u>Kotiutumisen jälkeen:</u></p> <p>Sairaanhoidaja oli yhteydessä perusterveydenhuollon hoitajaan vuorokauden (24 t) kuluessa kotiutumisesta ja tiedotti tätä hoitosuunnitelmasta.</p> <p>Sairaalan ja perusterveydenhuollon sh:t tekivät yhdessä kotikäynnin 2 vrk kuluessa (72 t) kotiutumisesta. Sekä interventio- että kontrolliryhmän seuranta toteutui puhelimitse 2, 6, 12 ja 24 viikon kuluessa kotiutumisesta.</p>			<p>Uusintakäynnit: ei tilastollisesti merkitsevää eroa interventio-ryhmässä verrattuna kontrolliryhmään</p> <p>Tyytyväisyys hoitotyöhön: ei tilastollisesti merkitsevää eroa interventio-ryhmässä verrattuna kontrolliryhmään</p> <p>Lääkehoitoon sitoutuminen: ei tilastollisesti merkitsevää eroa interventio-ryhmässä verrattuna kontrolliryhmään</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

Agmon ym. ⁶⁴ 2016	Kohortti, seurantatut- kimus (n = 556)	3e	Kahden sai- raalan sisä- tautiosastot	Yli 70- vuotiaat akuutti- hoidossa olevat si- sätauti- potilaat	Itseraportoidut kaatu- miset 1kk kotiutuksen jälkeen	-	Itseraportoidut ahdistuneisuus (SAST), fyysi- nen toiminta- kyky (MBI), kognitiivinen status (SPMSQ), ma- sennus, moni- sairastavuus, sairauden va- kavuus	<p>Ahdistuneisuutta raportoineilla po- tilailla oli kaksi kertaa korkeampi riski kaatumiselle kuin muilla (OR = 1,89, 95 % CI = 1,04–3,48; p = 0,04)</p> <p>Potilailla, joilla oli alentunut toimin- takyky, oli yli kaksi kertaa korke- ampi riski kaatumiselle kuin muilla (OR = 2,11, 95 % CI = 1,22–3,66; p = 0,008)</p> <p>Ikä ei lisännyt kaatumisriskiä (OR = 1,01, 95 % CI = 0,97–1,06; p = 0,542)</p> <p>Sukupuoli ei lisännyt kaatumisris- kiä (nainen: OR = 1,12, 95 % CI = 0,65–1,94, p = 0,675)</p> <p>Arvioitu toimintakyky ennen sai- raalaan tuloa ei lisännyt kaatumis- riskiä (OR = 1,01, 95 % CI = 0,99– 1,03, p = 0,308)</p>
Altfeld ym. ⁸⁹ 2013	RCT: interven- tioryhmä (n = 360) kontrolli- ryhmä (n = 380)	1c	Sairaala- kotiutumi- nen	Yli 65- vuotiaat potilaat, joilla ko- tiutuessa vähin- tään 7 eri lääkettä ja joilla täytyi vähin- tään yksi	EDPP-interventio (En- hanced Discharge Planning Program) ko- tiutumisen jälkeen: so- siaalityöntekijän to- teuttama puhelininter- ventio, jossa varmistee- taan kotiutuksen jälkeinen hoitosuunni- telma sekä tunniste- taan mahdolliset lisä-	Tavan- omainen hoito	-lääkkään poti- laan kokema stressi -Omaisien ko- kema stressi -Yhteydenotto lääkəriin (kes- kustelu, vas- taanotto tai ajan varaus)	<p>83,3 %:lla interventioryhmään kuu- luneista ilmeni erilaisia ongelmia ja tuen tarpeita kotiutumisen jälkeen, joita olivat esim.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - omahoidon toteutuminen 45,8 % - omaisen uupumus 35 % - muutoksessa selviytyminen 34,4 %

				seuraa- vista eh- doista: -asuu yk- sin -ei koti- hoidon palvelu- jen pii- rissä -kohon- nut kaa- tumisriski -on ollut vähin- tään 1 sairaala- jakso vii- meisten 12 kuu- kauden aikana -emotio- naalisen tuen puute -doku- mentoitu psyko-	arviota vaativat ongel- mat ja iäkkään tar- peet. Lisäksi kotiin tuotavien palvelujen ja psykososiaalisen tuen saannin varmistami- nen.		-Uusintakäyn- nit sairaalaan -Kuolleisuus	<ul style="list-style-type: none"> - kotihoidon palvelujen saanti 25,6 % (51,4 % niistä, joilla kotihoitoon palvelut oli tilattu) - lääkehoidon toteuttaminen 16,4 % <p>29,2 % interventioryhmään kuulu- neista oli yhteydessä sosiaalityön- tekijään ja tarvitsi lisätukea / -apua vielä intervention päätyttyä.</p> <p>Suurella osalla potilaista ongelmat ilmenivät kotiutumisen jälkeen.</p> <p>30 päivän seurannassa interven- tioryhmän ja kontrolliryhmän välillä ei ollut eroa</p> <ul style="list-style-type: none"> - potilaan kokemassa stressissä - omaisen kokemassa stres- sissä - koetussa terveydessä - uusintakäynneissä - kuolleisuudessa <p>30 päivän seurannassa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interventioryhmään kuuluvat potilaat olivat tavanomaista hoitoa saaneisiin verrattuna useammin yhteydessä lääkä- riin, joko keskustelemalla (IR 90,3 %, KR 81,9, p = 0,002), vastaanotolla (IR 74,9 %, KR 57,4, p < 0,001) tai varaamalla vastaanottoajan (IR 92,5 %, KR 81,4, p < 0,001)
--	--	--	--	---	---	--	---	---

				sosiaali- nen on- gelma				
Beck ym. ¹¹² 2013	Yksinkertaisesti sokkoutettu (single-blind) RCT: N = 152, interventoryhmä (n = 73), kontrolliryhmä (n = 79). Aineistonke- ruun ensim- mäisessä vaiheessa mukana oli 132 (87 %) ja toisessa vaiheessa 124 (82 %) geriatrasta potilasta.	1c	Geriatrisen potilaan sairaalasta kotiutumisen seuranta kotiympäristössä	Aliravitsemusriskissä (tasolla 1 Nutritional Risk Screening (NRS2002-seulonassa) olevat geriatriset yli 65-vuotiaat potilaat	Osallistujat satunnaisesti kotiutumisen yhteydessä, intervention kesto 12 viikkoa. Kolme ravitsemusterapeutin toteuttamaa yksilöllistä ravitsemusneuvonnallista kotikäyntiä yhdistettynä kolmeen yleislääkärin (general practitioner) seurantakäyntiin yhden, kolmen ja kahdeksan viikon kuluttua kotiutumisesta. Ravitsemusterapeuttien kotikäynnit suunniteltiin toteutumaan noin yhden, kolmen ja kahdeksan viikon kuluttua kotiutumisesta. Yleislääkärin seurantakäynti toteutettiin joko lääkärin vastaanotolla tai kotikäyntinä riippuen ikääntyvän potilaan yleistilasta.	Kolme seurantaikäyntiä yleislääkärin (general practitioner) luona yhden, kolmen ja kahdeksan viikon kuluttua kotiutumisesta.	Ensisijainen: - riski uusintakäynneille Toissijaiset: - toimintakyky (käden puristusvoima, tuoli- lta ylösnousu, liikkuvuus, haasteet ja väsymys päivittäisissä toimissa, kuntoutumiskyky) - ravitsemustila (paino, BMI, energian ja proteiinien saanti) - sosiaalipalvelujen käyttö (kotihoito ja kotisairaanhoido, ateriapalvelu) - kuolleisuus Uusintakäynnit sairaalassa	Uusintäkäyntejä koskevat tulokset osoittautuivat paremmiksi kontrolliryhmällä: Odds ratio (OR) uusintakäynnille ja kuolleisuudelle 26 viikon jälkeen oli 1,62 (CI 95 % 0,85–3,10) ja 0,60 (CI 95 % 0,17–2,13). Toimintakyky parani yleisesti sekä interventio- että kontrolliryhmässä. Tilastollisesti merkitsevästi parani: – liikkuvuus (p = 0,0029) interventoryhmässä Ravitsemustaso pysyi kontrolliryhmässä ennallaan, mutta parani interventoryhmässä. Tilastollisesti merkitsevästi interventoryhmässä parani: – paino p = 0,035 – energian saanti p < 0,001 – proteiinin saanti p = 0,001 Sosiaalipalveluista ateriapalvelun käyttö väheni interventoryhmässä tilastollisesti merkitsevästi (p = 0,084). Johtopäätös: Laillistettujen ravitsemusterapeuttien seurantakotikäyn-

							<p>(kotikäyntien 1 ja 2 välillä) sekä 26 viikkoa kotiutumisen jälkeen sekä kuolleisuutta (26 viikkoa kotiutumisen jälkeen) koskevat tiedot kerättiin sairaalan tietojärjestelmistä.</p> <p>Toissijaiset lopputulosmuuttajat kerättiin osallistujien luona kotikäynnillä niin pian kuin mahdollista kotiutumisen jälkeen (1. kotikäynti) ja kahdentoista viikon jälkeen (toinen kotikäynti).</p>	<p>neillä on positiivinen vaikutus geriatristen potilaiden toimintakykyyn ja ravitsemustilaan sairaalasta kotiutumisen jälkeen.</p>
Biese ym. ⁹⁸ 2018	RCT, aineisto kerättiin vuosina 2013–2016. N = 2000,	1c	Yliopistosairaala (large academic medical center)	Yli 65-vuotiaat, ensiavusta	Puhelinseuranta: hoitajan strukturoitu puhelinsoitto 1–3 ja 30 päivää ensiapuosas-	Tyytyväisyyskysely	<p>Ensisijaiset lopputulosmuuttajat:</p> <p>Aika kotiutumisesta</p>	<p>Interventio ei ollut tehokas tarkasteltuna sekä ensisijaisia että toissijaisia lopputulosmuuttajia.</p> <p>Paluu ensiapuun tai sairaalaan tai kuolema 30 päivän kuluessa oli 15,5 % (95 % CI = 13,2–17,8 %)</p>

	<p>interventioryhmä (n = 999), kontrolliryhmä (n = 1001)</p> <p>Interventioryhmässä 974 ja kontrolliryhmässä 975 potilasta täytti kaikki tutkimuksen kyselylomakkeet, näiden tutkittavien vastaukset otettiin mukaan analyysiin.</p>			(ED) kotiutetut potilaat	<p>tolta kotiutumisen jälkeeseen (a scripted telephone call).</p> <p>Strukturoidulla kyselylomakkeella tunnistettiin mahdollisia siirtymään ja kotiutumisen liittyviä ongelmia ja haasteita sekä tarjottiin apua lääkitykseen, kotihoito-ohjeisiin, seurantakäynteihin ja yleiseen terveydentilaan liittyen.</p>		<p>- ensiavun uusintakäyntiin</p> <p>- joutumiseen sairaalaan tai</p> <p>- kuolema 30 päivän sisällä kotiutumisesta</p> <p>Toissijaiset lopputulosmuuttajat:</p> <p>-vaikeudet saada ensiavussa määrättyjä lääkkeitä</p> <p>-seurantatapaamisten noudattaminen</p>	<p>interventioryhmässä ja 15,2 % (95 % CI = 12,9–17,5 %) kontrolliryhmässä (p = 0,86).</p> <p>Kuolema oli harvinaista: interventioryhmä 0, kontrolliryhmä 5 (0,51 %), 95 % CI = 0,06–0,96 %.</p> <p>Ensiapuun palasi 12,2 % interventioryhmäläisistä (95 % CI = 10,1–14,3 %) ja 12,5 % kontrolliryhmäläisistä (95 % CI = 10,4–14,6).</p> <p>Sairaalaan joutui 30 päivän kuluessa kotiutumisesta 9 % interventioryhmäläisistä (95 % CI = 7,2–10,8) ja 7,4 % kontrolliryhmäläisistä (95 % CI = 5,8–9,0 %).</p> <p>Johtopäätös: Koulutetun hoitajan strukturoitu puhelinsoitto ikääntyvälle tämän kotiuduttua ensiapu-osastolta ei vähentänyt paluuta takaisin ensiapuun tai sairaalaan (uusintakäyntejä) eikä kuolemia 30 päivän sisällä kotiutumisesta.</p>
Bo ym. ¹⁰⁵ 2018	Havainnoiva kohorttitutkimus (n = 1000)	3e	2 sairaalan sisätauti- ja geriatrian osastot	Yli 65-vuotiaat potilaat	-	-	Lääkevirheet (PIP, Beers kriteereillä)	Lääkkeiden lukumäärä (7 tai enemmän) oli yhteydessä lääkevirheisiin potilaan kotiutuessa (OR 1,15, 95 % CI 1,08–1,23).
Bowles ym. ⁸⁸ 2015	Kaksivaiheinen (ennen-jälkeen) kvassikoekellinen tutkimus	2d	Neljä osastoa yliopistosairaalassa (uni-	Yli 55-vuotiaat sairaalapotilaat (keski-	Näyttöön perustuva seulontatyökalu (Discharge Decision Support System, D2S2),	Tavanomainen hoito, jossa tie-	Aika kotiutus-päivästä uusintakäyntiin, ja uusintakäynnit 30 ja 60 päivän	"Lähetä" ja "älä lähetä" –potilaiden vertailu tavanomaisen hoidon vaiheessa: "Lähetä" -ryhmässä potilaat olivat tilastollisesti merkitsevästi vanhempia (keski-ikä 69,7 v,

	<p>Tavanomaisen hoidon vaihe (n = 319) kesti 8 kuukautta. Siinä D2S2-tiedonkeruu, mutta ei tiedonvälitystä eteenpäin hoidon koordinoijille (case managers)/ lääkäreille (clinicians). Analysoitu otoskoko n = 281.</p> <p>Tätä vaihetta seurasi henkilöstön koulutus ja yhden vuoden kestävä kokeellinen vaihe (n = 282), jossa D2S2-tieto potilaiden kohonneesta riskistä jaettiin hoidon koordinoijille</p>		<p>versity medical center)</p>	<p>ikä 69 vuotta).</p>	<p>joka auttaa lääkärin lähetepäätöksentekoa tunnistamalla korkean riskin potilaat, jotka tulevat tarvitsemaan lähetteen post-akuuttiin hoitoon jo sairaalaan tulovaiheessa.</p> <p>Molemmissa tutkimuksen vaiheissa osallistujat jaettiin kahteen ryhmään: "älä lähetä" (matala riski) ja "lähetä" (korkea riski)</p>	<p>toa riskistä ei jaettu eteenpäin.</p>	<p>kuluessa kotiumisesta</p>	<p>SD = 10,1) verrattuna "Älä lähetä" –potilaisiin (keski-ikä 67,3 v, SD = 7,7. v) p = 0,037. Heillä oli myös merkitsevästi enemmän lääkkeitä (keskimäärin 10,4 vs. 8,4, p = 0,001), he olivat monisairaampia (more comorbid conditions 6,8 vs. 5,7, p = 0,003), näkivät lääkäriään useammin (p = 0,038), ja heillä oli useampia sairaalassa käyntejä kuluneiden kuuden kuukauden aikana (p = <0,001) kuin "Älä lähetä" -potilailla. Lisäksi sairauden APR-DRG vakavuusaste oli merkitsevästi korkeampi niillä, joiden tunnistettiin tarvitsevan lähetteen (p < 0,001). D2S2 suositteli lähetettä 61 %:lle. Hoitavat lääkärit (case managers) suosittelivat lähetettä 76 %:lle. 31 % niistä, joille suositeltiin lähetettä ei ohjelmoitu palveluja, koska 22 % kieltäytyi ja 9 % ei ottanut vastaan/tilannut (not ordered). Näin ollen, postakuutti läheteaste oli 55 % (154/281).</p> <p>"Lähetä" ja "älä lähetä" –potilaiden vertailu tutkimuksen kokeellisessa vaiheessa: "Lähetä" –potilaat olivat merkitsevästi vanhempia 70,7 vs. 65,5 vuotta (p = <0,001), he olivat monisairaampia (keskimäärin 7,6 vs. 6,5, p = 0,039), heillä oli useampia sairaalakäyntejä kuluneen kuuden kuukauden aikana (p =</p>
--	---	--	--------------------------------	------------------------	--	--	------------------------------	--

	<p>(case managers) varoituksena. Analysoitu otoskoko n = 252.</p> <p>Tutkittiin korkean riskin potilaiden varoitustiedon jakamisen vaikutuksia uusintakäynteihin.</p>						<p>0,030), ja korkeampi sairauden APR-DRG-vakavuusaste kuin "Älä lähetä" -potilailla ($p < 0,001$). D2S2 suositteli lähetettä 69 %:lle, lääkäri 74 %:lle. 23 % niistä, joille suositeltiin lähetettä ei ollut ohjelmoitu palveluja, koska 17 % oli kieltäytynyt niistä ja 6 % ei ollut ti-lannut/ ottanut vastaan (not ordered). Näin ollen, postakuutti lähety-saste oli 57 % (144/252).</p> <p>"Älä lähetä" -potilaiden välillä ei ollut eroja tavanomaisen hoidon vaiheessa ja kokeellisen vaiheessa.</p> <p>"Lähetä" -potilailla oli kokeellisessa vaiheessa merkitsevästi enemmän monisairautta (keskimäärin 7,6 vs. 6,8, $p = 0,024$) ja määrällisesti enemmän ensiapukäyntejä (72 % vs. 54 %, $p < 0,001$) kuin tavanomaisen hoidon vaiheessa. Tavanomaisen hoidon vaiheessa potilaat kävivät useammin lääkärin vastaanotolla (52 % vs. 39 % enemmän kuin kuusi kertaa) ja aikaisempia sairaalassa käyntejä (36 % vs. 28 % kaksi tai enemmän) kuin koevaiheen potilailla. Potilaat, joille tarjottiin lähetettä tavanomaisen hoidon vaiheessa, ei todellisuudessa lähetetty kotiutumisen hetkellä jatkohoitoon 31 % tapauksista. Koe-vaiheessa tämä</p>
--	---	--	--	--	--	--	---

								<p>epäonnistuminen jatkohoitoon ohjauksessa väheni 8 %:lla 23 %:iin ja oli tilastollisesti merkitsevä (p= 0,041).</p> <p>D2S2 -tulosten jakamisen jälkeen lähete- tai korkean riskin potilaiden uusintakäynnit vähenivät 6 %:lla (30 päivää) ja 9 %:lla (60 päivää), edustaen 26 % suhteellista vähenystä uusintakäynneissä molemmissa ajanjaksoissa. Verrattaessa eroja sairaaloiden uusintakäyntikaavoissa D2S2 -seulan ja tutkimuksen vaiheen mukaan, ero oli tilastollisesti merkitsevä (p < 0,0001) ottaen huomioon APRDRG-tason, muiden sairauksien lukumäärän, sairaalaan tulo-tyypin, lääkärikäynnit, aiemmat sairaalassaolot ja sairaalan osaston.</p> <p>Keskimääräinen uusintakäyntiaste tutkimuksen kohteena olleilla sairaalan osastoilla kaikilla potilailla kontrollivaiheen aikana oli 17,8 % ja tutkimukseen mukaan valikoitu- neilla potilailla 17 %. Koe- vaiheessa kaikkien potilaiden uusintakäyntiaste oli 17,3 % ja tutkimuksessa mukana olleilla potilailla 14 %, osoittaen vakautta ajan suhteen.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

								<p>Aika uusintakäyntiin tavanomaisen hoidon vaiheessa: Uusintakäyntiaste korkean riskin "Lähetä" –potilaille 30 päivän kuluessa kotiutumisesta oli 23 % ja 60 päivän kuluessa 34 %. Vastaavat luvut matalan riskin "Älä lähetä" –potilailla olivat 18 % ja 27 %. D2S2 –seula pystyi tunnistamaan korkean riskin potilaat, koska kyseiseen ryhmään kuuluvat tulivat uusintakäynnille matalan riskin potilaita huomattavasti aiemmin.</p> <p>Uusintakäynnit koevaiheessa: "Lähetä" –potilailla uusintakäyntiaste 30 päivää: 17 % ja 60 päivää: 25 %. Matalan riskin ja "Älä lähetä" –potilailla 16 % ja 24 % vastaavasti. Ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä (p = 0,495).</p>
Chow & Wong ⁷⁷ 2014	RCT; N = 281, kontrolliryhmä n = 98, interventoryhmä A (kotikäynti ja puhelu) (n = 87) ja interventoryhmä	1c	Sairaala	Yli 65-vuotiaat pitkäaikaista keuhko-, sydän- tai munuaissairautta tai 2-tyyppidiabetesta sairastavat	NCM-interventio (nurse case management): integroitu, moniosainen motivointiin ja voimaantumiseen perustuva itsepuohjelma viitekehysten, yksilöllinen, räätälöity interventio (pitkäaikaissairauden omahoito, sairauden hallinta).	Kontrolliryhmälle soitetiin 2 kertaa neljän viikon aikana: puheluissa keskusteltiin tavanomaisista ar-	Uusintakäynnit Elämänlaatu Sairauden (omahoidon) hallinta Itseluottamus	<p>Intervention aikana (28 päivää, 4 viikkoa) uusintakäyntien määrä oli interventoryhmässä A (kotikäynti & puhelu; 15,4 %) ja interventoryhmässä B (puhelu; 16,0 %) matalampi, kuin kontrolliryhmässä (22,9 %). Ero ei ollut kuitenkaan tilastollisesti merkitsevä (p = 0,311).</p> <p>Kuitenkin 84 päivän (12 viikon) kuluessa kotiutumisesta interventoryhmissä havaittiin tilastollisesti merkitsevä muutos (p = 0,018) uusintakäyntien määrässä. Kontrolliryhmässä oli uusintakäyntejä 45,4</p>

	B (puhelu) (n = 96)				<p><u>Kotiutumisen jälkeen:</u> Interventoryhmä A: kotikäynti 72 t (3 vrk) kuluessa kotiutumisesta, 2. viikolla puhelu, 3. viikolla kotikäynti (omahoidon toteutumisen arviointi) ja 4. viikolla puhelu (motivointi ja tukeminen jatkoon).</p> <p>Interventoryhmä B: Puhelut x 4: 1., 2., 3. ja 4. viikolla.</p>	kiasi- oista. Jos potilaalla oli kysyttävää hoidostaan tai terveydestään, hänet ohjattiin ottamaan yhteyttä terveydenhuoltoon.	Itsearvioitu terveys	<p>%, interventio A:ssa 33 % ja interventio B:ssä 28,3 %.</p> <p><u>Uusintakäyntien</u> määrä oli tilastollisesti merkitsevästi pienempi interventio B:ssä (puhelut) kontrolliryhmään verrattuna (p = 0,007).</p> <p>Uusintakäyntien määrä oli lähes tilastollisesti merkitsevästi pienempi interventio A:ssa (kotikäynti & puhelut) kontrolliryhmään verrattuna (p = 0,059).</p> <p><u>Elämänlaadun</u> osalta interventiot paransivat fyysisen toimintakyvyn ulottuvuutta tilastollisesti merkitsevästi (p = 0,014) mutta eivät psyykkisen hyvinvoinnin ulottuvuutta (p = 0,064).</p> <p>Interventiot paransivat tilastollisesti merkitsevästi viittä elämänlaadun osa-aluetta kahdeksasta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - fyysinen toimintakyky (p < 0,001) - roolitoiminnot, fyysinen (p < 0,001) - tarmokkuus (p < 0,001) - sosiaalinen toimintakyky (p = 0,001) - psyykinen hyvinvointi (p < 0,001) <p>Interventoryhmissä sekä <u>itseluottamus että itsearvioitu terveys</u> olivat tilastollisesti merkitsevästi parempia, kuin kontrolliryhmässä:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Itseluottamus oli interventio A:ssa (kotikäynti & puhelut, p =
--	---------------------	--	--	--	--	---	----------------------	--

								<p>0,005) ja interventio B:ssä (puhelut, $p = 0,001$) parempi, kuin kontrolliryhmässä.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Itsearvioitu terveys koettiin interventio A:ssa (kotikäynti & puhelut, $p = 0,008$) ja interventio B:ssä (puhelut, $p < 0,001$) paremmaksi, kuin kontrolliryhmässä. <p>Yhteenveto:</p> <p>Räätälöidyt interventiot (sekä A että B) vähensivät tilastollisesti merkitsevästi uusintakäyntejä 84 päivän (12 vko) seurannassa. Puheluinterventio oli tässä vaikuttavampi, kuin kotikäynti & puheluinterventio.</p> <p>Interventiot olivat vaikuttavia tiettyihin fyysisen toimintakyvyn ja psyykkisen hyvinvoinnin osa-alueisiin.</p> <p>Interventiot paransivat itseluottamusta ja koettua terveyttä.</p>
Cossette ym. ⁷⁸ 2015	RCT; N = 203, interventio-ryhmä (n = 108), kontrolliryhmä (n = 95)	1c	Sydänsairauksiin erikoistunut erikoissairaanhoidon päivystysosasto	Päivystysosaston potilaat, joilla oli kohonnut riski päivystyskeskuksen uusintakäynnille	Hoitajan toteuttama interventio. <u>Ennen kotiutumista:</u> hoitajaan ja potilaan tapaaminen <u>Kotiutumisen jälkeen:</u> puhelintseuranta 2–4 päivää ja 7–10 päivää kotiututtua. Potilailla oli mahdollisuus myös soittaa hoitajalle.	Tavanomainen hoito	Uusintakäynnit päivystysosastolle (raportoitu aikaisemmin) Potilaan kokemus hoidon jatkuvuudesta Potilaan käsitys sairaudestaan	<u>30 päivän mittauksessa:</u> (Interventiolla ei ollut vaikutusta uusintakäynteihin, tulos raportoitu vuonna 2013) Potilaiden kokemus hoidon jatkuvuudesta oli tilastollisesti merkitsevästi parempi interventioyhmässä verrattuna kontrolliryhmään ($p = 0,033$).

				(=vähintään 1 päivystyskäynti vuoden aikana ja käytössä vähintään 6 lääkettä)	<p>Hoitaja arvioi potilaan kykyä sairauden hallintaan ja omahoitoon, pt:n kotiutumisvalmiutta, ADL & IADL, mielialaa, kognitiivista toimintakykyä ja epävirallisen tuen mahdollisuutta.</p> <p>Yksilöllinen, räätälöity interventio: potilasopeutus, normalisointi, kuunteleminen, rauhoittaminen, uudelleen määrittely, kohtaaminen, neuvonta, varoitaminen, myönteisen palautteen antaminen, ohjaaminen muiden tukimuotojen käyttöön.</p>		<p>Potilaan itsehoitovalmius</p> <p>Psyykkiset oireet</p> <p>Lääkehoitoon sitoutuminen</p>	<p>Potilaiden itsehoitovalmius oli tilastollisesti merkitsevästi parempi interventioryhmässä verrattuna kontrolliryhmään ($p = 0,037$).</p> <p>Potilaiden ahdistuneisuus ($p = 0,007$) ja masennusoireet ($p = 0,043$) olivat tilastollisesti merkitsevästi pienemmät interventioryhmässä verrattuna kontrolliryhmän.</p> <p>Potilaiden käsityksessä sairaudesta tilastollisesti merkitsevä ero interventio- ja kontrolliryhmien välillä ilmeni vain yhden osa-alueen osalta (perceived treatment control, $p = 0,037$).</p> <p>Lääkehoitoon sitoutumisessa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa ryhmien välillä.</p>
Cossette ym. ⁹⁶ 2013	RCT; N = 265, interventioryhmä (n = 132), kontrolliryhmä (n = 133)	1c	Sydänsairauksiin erikoistunut erikoissairaanhoidon päivystysosasto	Päivystysosaston iäkkäät potilaat, joilla oli kohonnut riski päivystyk-	Sairaanhoitajan toteuttama potilasohjausinterventio. Sairaanhoitaja tapasi interventioryhmän potilaat päivystyksessä ennen kotiutumista, tapaamisen kesto oli keskimäärin 13 minuuttia. Kotiutumisen jälkeen	Tavanomainen hoito	Päivystykselliset uusintakäynnit	Sairaanhoitajan toteuttama yksilöllinen potilasohjausinterventio ei vähentänyt päivystyksellisiä uusintakäyntejä 30, 90, 180 tai 365 päivän kuluessa.

				sen uusintakäynnille (=vähintään 1 päivystyskäynti vuoden aikana ja käytössä vähintään 6 lääkettä)	potilaille soitettiin kaksi kertaa: 2–4 päivän (keskimääräinen kesto 22 minuuttia) ja 7–10 päivän (keskimääräinen kesto 18 minuuttia) kuluttua kotiutumisesta. Potilaille oli tarvittaessa mahdollisuus myös soittaa sairaanhoitajalle suunniteltujen yhteydenottojen välillä. Yhteensä ohjausta annettiin keskimäärin 43 minuuttia. Potilasohjausinterventio toteutettiin yksilöllisenä ja voimavaroja vahvistavana.			
Dedhia ym. ⁸⁷ 2009	Kvasikokeellinen; pre-interventoryhmä (n = 237), interventoryhmä (n = 185)	2c	Kolme sairaalaa, joissa hospitalisti- eli sairaalayleislääkäritoimintaa	Yli 65-vuotiaat sairaalan hospitalisti-/sairalayleislääkäripalveluita saavat potilaat	The Safe and Successful Transition of Elderly Patients Study (Safe STEPS) interventio: Yhdyslääkäri teki perusteellisen sairaalaan tulovaiheessa: strukturoitu lomake ohjasi huomiomaan mm. kaatumisriskin, ADL, toimintakyvyn muutokset,	Tavanomainen hoito	1 viikon ja 30 päivän seurannassa – uusintakäynnit sairaalaan – uusintakäynnit päivystysosastolle – tyytyväisyys kotiutumiseen	Viikon seurannassa tapahtuneita uusintakäyntejä päivystysosastolle oli interventoryhmässä vähemmän (pre interventio 10 %; interventio 3 %, OR = 0,25, 95 % CI 0,10–0,62) <u>Lisäksi viikon seurannassa:</u> Interventoryhmään kuuluneet potilaat (99 %) tiesivät pre-interventoryhmää (93 %) useammin, keeneen ottaa yhteyttä kotiutumiseen liittyvissä kysymyksissä ja huolenaiheissa (OR = 15,9, 95 % CI 2,05–125).

				<p>omaishoitajan, lääkeshoidon jne.</p> <p>Palveluohjaaja tarkisti potilaan sairaalaan tulotiedot hospitalistin kanssa ja täytti lomakkeen, jonka avulla tiedotettiin perustehon lääkäreitä ja pyydettiin tarvittaessa lisätietoja.</p> <p>Moniammatillinen tiimi (lääkäri, toimintaterapeutti, farmaseutti, ravitsemushoitaja, sosiaalityöntekijä ja kotish) laativat hoitosuunnitelman. Palveluohjaaja koordinoi potilaalle räätälöidyn, potilaskeskeisen kotiutus-suunnitelman toteutusta yhdessä lääkärin ja hoitajien kanssa.</p> <p>Sairaalaan tulovaiheessa hospitalisti arvioi potilaan lääkityksen ja teki tarvittavia muutoksia. Farmaseutti tarkisti lääkehoidon suunnitelman.</p> <p>Kotiutumista koskeva kokous, jossa paikalla hoitaja, hospitalisti, potilas ja mahdollisesti omaiset. Potilaan kanssa käytiin läpi hoitajakso ja hoito-ohjeet</p>	<p>– itsearvioitu terveys</p>	<p>Interventoryhmään kuuluneilla potilailla kotiutuminen oli onnistuneempaa (15-mittari: OR = 6,83, 95 % CI 3,63–12,8; 3-mittari: 3,49 (2,06–5,92))</p> <p>Interventoryhmään kuuluneet potilaat (87 %) kokivat terveytensä paremmaksi, kuin pre-interventoryhmä (78 %), OR = 2,33, 95 % CI 1,34–4,05.</p> <p><u>30 päivän seurannassa</u> interventoryhmässä (14 %) oli vähemmän uusintakäyntejä sairaalaan, kuin pre-interventoryhmässä (22 %), OR = 0,59, 95 % CI 0,34–0,97.</p> <p><u>30 päivän seurannassa</u> interventoryhmässä (14 %) oli vähemmän uusintakäyntejä päivystysosastolle, kuin pre-interventoryhmässä (21 %), OR = 0,61, 95 % CI 0,36–1,03.</p> <p><u>30 päivän seurannassa:</u> Niiden potilaiden osuus, jotka kokivat kotiutumisen laadukkaana, kasvoi 68 %:sta 89 %:iin (OR = 3,49, 95 % CI = 2,06–5,92).</p> <p><u>30 päivän seurannassa:</u> Interventoryhmässä (84 %) potilaat kokivat terveytensä paremmaksi, kuin pre-interventoryhmässä (71 %), OR = 2,36, 95 % CI 1,41–3,92.</p> <p>Yhteenveto: Moniammatillisella, kokonaisvaltaisella ja monipuolisella kotiutumisinterventiolla on myönteisiä vaikutuksia iäkkäiden kotiutumiseen.</p>
--	--	--	--	---	-------------------------------	---

					suullisesti ja kirjallisesti. Potilas sai selkokieliset kirjalliset ohjeet ja hospitalistin yhteystiedot.			
Gabayan ym. ⁵⁹ 2017	Retrospektiivinen kohorttitutkimus, päivystyskäynnit (n = 104 025)	3e	Päivystyspoliklinikka	Yli 65-vuotiaat kotiin tai siihen verrattavissa olevaan paikkaan siirtyvät potilaat pois lukien ympärivuorokautinen hoito	Vitaaliarvot (sRR, P, oto ja SpO2)	-	Uusintakäynti 7 vrk kotiutumisen jälkeen	Uusintakäyntiin oli yhteydessä päivystyskäynnillä juuri ennen kotiutusta mitattu sRR < 97 mmHg (OR = 2,02, 95 % CI = 1,57–2,60), P > 101 krt/min (OR = 2,00, 95 % CI = 1,75–2,29), oto > 37,3° (OR = 2,14, 95 % CI = 1,90–2,14) sekä SpO2 < 92 % (OR = 2,04, 95 % CI = 1,55–2,68). Potilailla, joiden vitaaliarvot olivat normaalit (sRR > 97 mmHg, P < 101 krt/min, oto < 37,3°, SpO2 < 92 %) oli 96 % todennäköisyys olla tulematta uusintakäynnille (NPV, negative predictive value, = 0,96).
Goldman ym. ⁹⁷ 2014	RCT; N = 700, interventioryhmä (n = 347), kontrolliryhmä (n = 353)	1c	Sairaala	Yli 55-vuotiaat kotiutumassa olevat syntyperältään ja kielitautaltaan monimuotoiset sair	Sairaalasta käsin toteutettu, yksilöllinen sairausspesifi potilasohjaus, joka toteutettiin potilaan valitsemalla kielellä (espanja, kiina) tai tulkin välityksellä. Sairaanhoitaja tapasi potilaan hänen tullessaan mukaan tutkimukseen sekä uudelleen 24	Tavanomainen hoito, joka sisälsi sairaanhoitajan kotiutumishoukuseen sekä tarvittaessa lääkityksen 10 päiväksi ja	Käynnit ensiavussa tai uusintakäyntillä tahansa osastolla/laitoksessa 30, 90 ja 180 päivää alkuperäisestä sairaalasta kotiutumisesta.	Tutkimukseen osallistuneiden keski-ikä oli 66,2 vuotta (SD = 9,0). Interventio- ja kontrolliryhmät eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi suhteessa ensisijaisiin lopputulosmuuttujiin ts. käynteihin ensiavussa tai uusintakäynteihin sairaalassa: 30 päivää (0,33 vs. 0,26 per henkilökuukausi (person-month); 112 vs. 89 tapahtumaa), 90 päivää

				<p>raalapoti- laat. 62,1 % poti- laista haasta- teltiin englan- niksi, 23,3 % kiinaksi ja 14,6 % espan- jaksi.</p>	<p>tunnin kuluessa kotiutumisesta</p> <p>Potilasohjauksessa käytettiin motivoivan haastattelun elementtejä sekä valmennusta hoitoon sitoutumisen edistämiseksi. Suullista ohjausta täydennettiin asiakkaalle sopivalla kirjallisella materiaalilla. Ohjauksessa käytettiin takaisinopetusmenetelmää, minkä lisäksi hoitaja oli yhteydessä potilasta hoitavaan perusterveydenhuollon yksikköön. Kotiutumisen yhteydessä potilaille annettiin kirjanen heidän omalla kielellään "After Hospital Care Plan", (AHCP).</p> <p>Lisäksi sairaanhoitaja soitti potilaille 1–3. päivänä ja 6–10 päivää kotiutumisen jälkeen, jolloin potilasohjausta jatkettiin ja autettiin mahdollisissa haasteissa esim. kontrollikäynteihin liittyen.</p>	<p>sosiaalityöntekijän tuen kotiutuksessa. Perusterveydenhuoltoon lähetettiin hoitoyhteen-</p>	<p>Aineistonkeruussa hyödynnettiin useiden sairaaloiden hallinnollista dataa/tietojärjestelmiä.</p>	<p>(0,23 vs. 0,20 per henkilökuukausi; 238 vs. 203 tapahtumaa), tai 180 päivää (0,20 vs. 0,18 per henkilökuukausi; 392 vs. 370 tapahtumaa). HR ei eronnut ryhmien välillä; 1,26, 95 % CI 0,89–1,78, 30 päivän kohdalla, 1,21, 95 % CI, 0,91–1,62, 90 päivän kohdalla ja 1,11, 95 % CI, 0,86–1,43, 180 päivän kohdalla.</p> <p>Kiinaa puhuvilla potilailla oli kohonnut riski käynneille ensiavussa ja uusintakäynneille 30 päivän kohdalla (HR, 2,87, 95 % CI, 1,13–7,33, p = 0,03, mutta ei 90 ja 180 päivän kohdalla.</p>
--	--	--	--	--	--	--	---	---

					Interventoryhmän potilailla oli lisäksi tarjolla puhelintukipalvelu, josta puheluun vastattiin 24 h:n kuluessa.			
Hastings ym. ⁶² 2008	Sekundaari-analyysi, kyselytutkimus, potilaat (n = 1851)	3e	Päivystyspoliklinikka	Yli 65-vuotiaat, päivystyksestä 30 vrk sisällä kotiutuneet potilaat		-	Hauraus (DAI-indeksi) Haittatapahtumat (uusintäkäynnit, sairaalakäynti, hoitokotiin siirto, kuolema)	<p>20,8 %:lla (n = 349) oli haittatapahtuma 30 vuorokauden sisällä päivystyksestä kotiutumisesta.</p> <p>10,3 % (n = 199) potilasta palasi päivystykseen, muttei kirjattu osastolle 30 vuorokauden kuluessa kotiutumisesta.</p> <p>10,9 % (n = 205) potilasta siirrettiin osastolle 30 vuorokauden kuluessa kotiutumisesta.</p> <p>1,4 % (n = 27) potilasta siirrettiin hoitokotiin 30 vuorokauden kuluessa kotiutumisesta.</p> <p>2,2 % (n = 38) potilasta kuoli 30 vuorokauden kuluessa kotiutumisesta.</p> <p>Haittatapahtumia oli vähiten alhaisimmat haurauspisteet saaneilla ja eniten korkeimmat haurauspisteet saaneilla potilailla (16,2 % vs. 27,4 %)</p> <p>Kaksi korkeinta haurauskvartiilia oli yhteydessä suurempaan haittatapahtumariskiin (HR = 1,43, 95 % CI = 1,10–1,87; HR = 1,76, 95 % CI = 1,31–2,36). Taustamuuttujien</p>

								<p>lisääminen malliin ei muuttanut tulosta tilastollisesti merkitsevästi.</p> <p>Taustamuuttajat huomioiden hauraudella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä uusintakäyntien todennäköisyyteen päivystyspoliklinikalla. <i>(saattaa viitata muiden kuin terveysperäisten syiden vaikutukseen)</i></p> <p>Kaksi korkeinta haurauskvartiilia oli yhteydessä suurempaan riskiin vakaviin (sairaalahoido, hoitokoti, kuolema) haattatapahtumiin (HR = 1,66, 95 % CI = 1,11–2,48; HR = 2,42, 95 % CI = 1,63–3,59). Taustamuuttajien lisääminen malliin ei muuttanut tulosta tilastollisesti merkitsevästi.</p>
Hastings ym. ⁶³ 2011	Puhelinkysely: potilaat tai potilaan edustajat (n = 92)	3e	Päivystyspoliklinikka	Yli 65-vuotiaat potilaat tai heidän edustajansa, jotka olivat mukana päivystyskäynnillä	Kotiutusohjaus	-	Haattatapahtumat	<p>35,6 % (n = 26) oli yksin – ilman perheenjäseniä– kun kotiutusohjaus annettiin.</p> <p>20,7 % (n = 19) ei ymmärtänyt saamaansa diagnoosia, 16,5 % (n = 15) ei ymmärtänyt itsehoito-ohjeita, 63 % (n = 58) ei ymmärtänyt kuinka pitkään oireiden voi olettaa kestävän.</p> <p>55,7 % (n = 49) ei ymmärtänyt voinnin huonontumisesta kertovia oireita, joiden esiintyessä tulee palata sairaalaan.</p>

								<p>Uuden lääkkeen saaneista 96,4 % (n = 54) ymmärsi lääkitysaikataulun, 89,3 % (n = 50) ymmärsi lääkityksen keston ja 58,9 % (n = 33) ymmärsi mahdolliset sivuvaikutukset.</p> <p>14 päivää päivystyskäynnin jälkeen 39,3 % (n = 22) raportoi lääkitykseen liittyvistä ongelmista, joista yleisin (63,6 %) oli lääkereaktio tai sivuvaikutus.</p> <p>14 päivää päivystyskäynnin jälkeen 33,8 % (n = 25) raportoi, että päivystyskäyntiin johtanut ongelma ei ollut ratkennut, 22,8 % (n = 21) oli yksi tai useampi uusintakäynti päivystyspoliklinikalla ja 18,5 % (n = 17) oli otettu sairaalahoitoon.</p> <p>90 päivää päivystyskäynnin jälkeen 14,1 % (n = 9) fyysinen toimintakyky oli alentunut, 42,3 % (n = 39) oli yksi tai useampi uusintakäynti päivystyspoliklinikalla, 30,4 % (n = 28) oli otettu yhden tai useamman kerran sairaalahoitoon ja 4,3 % (n = 4) oli kuollut.</p> <p><i>Yhteyksiä ei ole raportoitu mikäli kotiutusohjeiden ymmärtämisen ja häirtätapahtumien välillä ei ole tilastollisesti merkitseviä eroja.</i></p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Lainscak ym. ⁸⁶ 2013	<p>RCT; N = 253, interventioryhmä (n = 118), kontrolliryhmä (n = 135)</p> <p>Potilaita seurattiin vähintään 180 päivää tai kuolemaan asti</p>	1c	Erikoistunut keuhkosairaala	<p>Potilaat, jotka ovat joutuneet sairaalaan COPD:n akuutin pahenemisen vuoksi.</p> <p>Keski-ikä 71±9 vuotta, 72 % miehiä</p>	Kotiutumiskoordinaattori –interventio: tavanomaisen hoidon lisäksi potilaan kotiolojen arviointi ja kotihoitotarpeiden kartoitus. Potilaat ja omaiset olivat aktiivisesti mukana kotiutumisen suunnittelun prosessissa, josta oliin yhteydessä perusterveydenhuollon palveluntarjoajille hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi.	Tavanomainen hoito sisältäen potilasohjausta, ohjattua inhalerin käyttöä, hengitysfysioterapiaa ja sairautteen liittyvä kommunikaatiota.	<p><u>Ensisijainen:</u> COPD:n pahe- nemisen vuoksi uudelleen sairaalaan joutuneiden potilaiden määrä.</p> <p><u>Toissijaiset:</u> aika COPD:stä johtuvaan sairaalaan joutumiseen, kuolleisuus minkä syyn vuoksi tahansa, sairaalaan joutuminen mistä syystä tahansa, päivät elossa ja pois sairaalasta sekä terveyteen liittyvä elämänlaatu.</p>	<p>180 päivän seuranta-aikana harvemmat potilaat interventioryhmässä joutuivat sairaalaan COPD:stä johtuen: 17 (14 %) vs. 42 (31 %), p = 0,002.</p> <p>Aika tapahtumaan –analyysi: ensisijaisten tulosmuuttujien osuudet olivat tilastollisesti merkitsevästi erilaiset: 0.29 per potilasvuosi interventioryhmässä ja 0.68 per potilasvuosi kontrolliryhmässä (p=0.001). Interventio oli siis yhteydessä harvempiin sairaalaan joutumisiin johtuen COPD:stä.</p> <p>Interventio oli tehokas myös suhteessa minkä muun syyn vuoksi tahansa sairaalaan joutumisen suhteen (31 % vs. 44 %, p = 0,033), mutta ei suhteessa kuolleisuuteen, tai päiviin elossa pois sairaalasta tai terveyteen liittyvä elämänlaatu.</p> <p>Interventio vähensi riskiä joutua sairaalaan johtuen COPD:stä (hazard ratio 0,3, 95 % CI 0,24-0,77, p = 0,002) tai mistä syystä tahansa (HR 0,64, 95 % CI 0,42-0,98, p = 0,039), mutta vaikutusta ei ollut kuolleisuuteen (HR 0,54, 95 % CI 0,23-1,28, p = 0,164).</p> <p>Johtopäätös: COPD:n akuutin pahenemisen vuoksi sairaalahoito-</p>
------------------------------------	---	----	-----------------------------	---	--	--	---	--

								dossa olevien potilaiden kotiutumiskoordinaattori-interventio vähensi sekä COPD:stä että muista syistä johtuvia sairaalaan joutumisia.
Lindegaard Pedersen ym. ¹¹¹ 2017	RCT: Kaksi interventioryhmää (N = 208): kotikäyntiryhmä (n = 73), puhelininterventio-ryhmä (n = 68), yksi kontrolliryhmä (n = 67)	1c	Yliopistosairaalan geriatrian klinikka	Yli 75-vuotiaat yksin asuvat aliravitsemuksesta kärsivät tai aliravitsemuskissä olevat iäkkäät	Ravitsemusterapeutin toteuttama interventio potilaiden kotona, sairaalasta kotiututtua: läkkäille ja heidän päivittäin tukena oleville kotihoidon työntekijöille annettu <i>yksilöllinen ravitsemusneuvonta ja -seuranta joko kotona (45 min) tai puhelimitse (15 min) yhden, kahden ja neljän viikon kuluttua kotiutumisesta.</i> Interventio kohdistui ravitsemukselliseen ja ateriakäyttämiseen ruokahalun parantamiseksi ja ravinnonsaannin lisäämiseksi. Interventiossa huomiointiin yksilöllisyys niin, että ravitsemusterapeutti käytti erilaisia ohjausstrategioita ja	9/13	Uusintakäynnit sairaalaan 30 ja 90 päivän kuluessa kotiutumisesta	30 päivän kohdalla seurannassa sairaalaan oli joutunut uudelleen 11 % kotikäyntiryhmästä, 16 % puhelininterventio-ryhmästä ja 25 % kontrolliryhmän potilaista. 90 päivän kohdalla seurannassa sairaalaan oli joutunut uudelleen 18 % kotikäyntiryhmästä, 29 % puhelininterventio-ryhmästä ja 39 % kontrolliryhmän potilaista. Kotikäyntiryhmässä riski uusintakäynteihin oli pienempi kuin kontrolliryhmässä 30 päivän kuluttua hoidon päättymisestä (HR = 0,4; 95 % CI = 0,2–0,9; p = 0,03) ja 90 päivän kuluttua hoidon päättymisestä (HR = 0,4; 95 % CI = 0,2–0,8; p < 0,01). <u>Puhelininterventio-ryhmän ja kontrolliryhmän välillä ei havaittu merkitsevää eroa</u> 30 päivän kuluttua (HR = 0,6; 95 % CI = 0,3–1,3; p = 0,18) tai 90 päivän kuluttua hoidon päättymisestä (HR = 0,7; 95 % CI = 0,4–1,3; p = 0,23).

				<p>kannusti iäkkäitä osallistumaan aktiivisesti omaan ravitsemukselliseen hoitoon.</p> <p>-Kannustavan ohjauksen avulla annettiin tietoa, tuettiin ongelmanratkaisukykyä, huomioitiin yksilölliset sekä ympäristöön liittyvät tekijät ja pyrittiin tunnistamaan riskitekijät ja mahdolliset ongelmat</p>		<p>PP-analyysi osoitti uusintakäyntiriskin olevan merkitsevästi pienempi kotikäyntiryhmässä kontrolliryhmään verrattuna ja puhelininterventior ryhmässä kontrolliryhmään verrattuna sekä 30 että 90 päivän kuluttua kotiutumisesta.</p> <p>30 päivän seurannassa sairaalaan oli uudelleen joutunut 4 % kotikäyntiryhmästä, 7 % puhelininterventior ryhmästä ja 25 % kontrolliryhmästä.</p> <p>30 päivän kuluttua kotiutumisesta uusintakäyntiriski väheni sekä kotikäyntiryhmässä kontrolliryhmään verrattuna (HR = 0,1; 95 % CI = 0,03–0,6; p < 0,01) että puhelininterventior ryhmässä kontrolliryhmään verrattuna (HR = 0,2; 95 % CI = 0,07–0,8; p = 0,02).</p> <p>90 päivän seurannassa sairaalaan oli joutunut uudelleen 11 % kotikäyntiryhmästä, 22 % puhelininterventior ryhmästä ja 39 % kontrolliryhmän potilaista.</p> <p>90 päivän kuluttua kotiutumisesta uusintakäyntiriski väheni sekä kotikäyntiryhmässä kontrolliryhmään verrattuna (HR = 0,2; 95 % CI = 0,1–0,6; p < 0,01) ja puhelininterventior ryhmässä kontrolliryhmään</p>
--	--	--	--	--	--	--

								<p>verrattuna (HR = 0,5; 95 % CI = 0,2–1,0; p = 0,05).</p> <p><i>*PP-analyysissä oli mukana kaikki ne potilaat, jotka osallistuivat koko interventioon; kotikäyntiryhmässä interventio keskeytyi 20 potilaan kohdalla ja puhelininterventioryhmässä 22 kohdalla.</i></p> <p>JOHTOPÄÄTÖS: Yksilöllinen kotikäynteinä toteutettu ravitsemukseen liittyvä ohjaus ja seuranta vähentävät merkittävästi uusintakäyntejä sairaalaan 30 ja 90 päivän kuluttua kotiutumisesta.</p> <p>** Kotihoidon työntekijät sitoutuivat interventioon heikosti: vain n = 31 (26 %) työntekijöistä osallistui yhteen ohjaustilanteeseen, n = 13 (12 %) kahteen ja n = 6 (6 %) kaikkiin kolmeen ohjaustilanteeseen.</p>
Mesteig ym. ⁷ 2010	Havainnointitutkimus: potilaat (n = 118)	3e	Geriatrinen arviointiyksikkö	Yksiköstä kotiutuneet kotihoitotiimin asiakkaat	Siirtoprosessi	-	<p>Haattatapahtumat siirtymäprosessissa</p> <p>59 % (n = 70) potilaalla oli haattatapahtumia siirtymäprosessissa geriatrisesta yksiköstä kotihoitoon (Mediaani 2 tapahtumaa/potilas).</p> <p>Niillä potilailla, joita kotipalvelu avusti useita kertoja päivässä, oli enemmän haattatapahtumia kuin niillä, joita kotihoito avusti korkeintaan kerran päivässä (p = 0,02).</p> <p>Yleisimmät haattatapahtumat liittyivät:</p>	

								<ul style="list-style-type: none"> - virheisiin lääkemääräysten hallinnassa (30,5 %, n = 36) (esim. vanhaa lääkelistaa ei korvattu uudella sairaalakäynnin jälkeen ja potilas jatkoi vanhalla lääkityksellä kotona) - tiedonkulkuun (22,9 %, n = 27) (esim. puutteet jatkohoidon järjestämisessä, kirjallisten raporttien sisällöt puutteellisia, kotiutuspalaverin tiedot eivät välittyneet eteenpäin) - kotipalvelun toimintaan (19,5 %, n = 23) (esim. ei varmistettu, että potilas syö ruokansa, vaikka tästä oli sovittu kotiutuspalaverissa)
Mitchell ym. ¹¹⁰ 2016	Prospektiivinen kohorttitutkimus: potilaat (n = 68)	3e	Sisätautiosasto	Yli 60-vuotiaat potilaat, joilla on käytössä enemmän kuin 2 lääkettä	-	Potilaat, jotka noudattavat lääkkeitä	Lääkehoidon noudattamattomuus	<p>Ne potilaat, jotka hoitivat lääkityksensä itse, noudattivat lääkkeitä paremmin, kun ne, joiden lääkityksestä vastasi läheinen. (OR = 0,20; 95 % CI = 0,05–0,83; p = 0,027)</p> <p>Potilaat tekivät 52 muutosta säännölliseen lääkitykseen, josta 50 % oli tarkoituksellisia muutoksia. Lääkkeitä ei noudatettu koska potilaat kokivat lääkkeen tarpeettomaksi (n = 9, 56 %), lääkkeestä tuli haittavaikutuksia (n = 4, 25 %), annos koettiin liian alhaiseksi vai-</p>

								<p>kuttaakseen (n = 2, 13 %) ja potilas koki ottavansa liian monia lääkkeitä (n = 1, 6 %).</p> <p>Potilaat tekivät 21 muutosta tarvittaessa otettavaan lääkitykseensä. Näistä tahaton lääkehoidon noudattamattomuus ilmeni lääkehoidon lopettamisena (n = 13, 62 %) tai vanhan lääkkeen uudelleen aloittamisena (n = 5, 24 %).</p>
Mudge ym. ⁷¹ 2013	Havainnoiva kohorttitutkimus: potilasasiakirjat (n = 164)	3e	Sairaalan sisätautiyksikkö	Yli 50-vuotiaat sisätautipotilaat	Kotiutuksen laatuprosessi	-	Uusintakäynnit	<p>Ennen kyseistä sairaalakäyntiä 54 % (n = 88) potilaista oli yksi sairaalakäynti, 23 % (n = 39) kaksi käyntiä ja 23 % (n = 39) kolme tai useampia käyntejä. 30vrk kotiutumisen jälkeen 23 % (n = 38) oli uusi sairaalakäynti ja 6kk kotiutumisen jälkeen 58 % (n = 95) oli uusi sairaalakäynti.</p> <p>94,7 % (n = 198) sai hoitoyhteenvetön kotiutumiseen liittyvistä asioista. Se oli lähetetty kahden viikon sisällä kotiutumisesta 80,9 % (n = 169) potilaista. 19 %:lle yhteenveto oli lähetetty keskeneräisenä.</p> <p>80,9 % (n = 169) potilaista oli lähetetty kirjallinen tiedote lääkehoidosta (farmaseutti).</p>

								<p>33,0 % (n = 69) potilaiden asiakirjoissa oli merkintä ohjauksesta potilaalle tai läheiselle, esim. oireiden seurannasta.</p> <p>2 viikon sisällä lähetetty hoitoyhteenveto, lääkeyhteenveto, sovittu kontrolli poliklinikalle (4 viikon sisällä kotiutumisesta) tai dokumentoitu ohjaus eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä uusintakäynteihin 30 vuorokauden tai 6 kuukauden kuluttua kotiutumisesta.</p> <p>Potilaat, joiden kohdalla ei toteutunut yhtään tai toteutui kaikki kotiutumisen laatuolosuhteiden indikaattoreista (2 viikon sisällä lähetetty hoitoyhteenveto, lääkeyhteenveto, sovittu kontrolli poliklinikalle 4 viikon sisällä kotiutumisesta tai dokumentoitu ohjaus) oli suurempi todennäköisyys uusintakäynnille, kuin niillä, joilla toteutui 1–3 indikaattoria.</p>
Ong ⁹³ ym. 2019	Retrospektiivinen kvantitatiivinen tutkimus, tarkasteluajan kesto 32 kk	2d	Akuuttisairaala (tertiary hospital)	Yli 65-vuotiaat potilaat, joilla oli vähintään yksi kuudesta ennakkoon	SAFE (Subacute Ambulatory care for Functionally challenged and Elderly) –ensiapu-osastolta kotiutumisen interventio-ohjelma, joka sisälsi puhelinsoiton potilaalle kotiutu-	Tavanomaista hoitoa saaneet potilaat, jotka olisivat olleet soveltuvia	<u>Ensisijainen:</u> sairaalaan joutumisaste 30 ja 60 päivää ensiavusta kotiutumisen jälkeen	Eroja ensisijaisessa lopputulosmuuttujassa kahden ryhmän välillä tarkasteltiin käyttäen Coxin suhteellisten riskiteheyksien mallia. Raportoinnissa käytetään adjusted hazard ratios (HRs) (korjattuja/vakioituja riskiteheyksiä) 95 % luottamusväliä (Cis).

	<p>interventioryhmä (n = 438), kontrolliryhmä (n = 209)</p>			<p>määrätyistä diagnosti- sesta kriteeristä, ja jotka läpikävi- vät SAFE- interventio-ohjel- man.</p>	<p>mista seuraavana päi- vänä sekä sairaanhoi- tajan ja lääkärin toteut- taman kotikäynnin vii- kon kuluessa. Koti- käynti sisälsi kattavan geriatrisen arvioinnin, kokonaisvaltaisen hoi- tosuunnitelman laati- misen, kattavan palve- lutarpeen arvioinnin ja tarvittavien läheteiden laatimisen. Potilaan ti- lanteen seuranta jat- kettiin, kunnes poti- laalla oli riittävä seu- ranta perusterveyden- huollossa.</p>	<p>interven- tioon, mutta kieltäytyi- vät</p>	<p><u>Toissijainen:</u> 20 päivän pois- jättäytymisaste ja 60 päivän kuolleisuus</p> <p>Tutkimusai- neisto kerättiin kansallisista potilastietojär- jestelmistä.</p>	<p>Interventioryhmällä 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) sisällä verrattuna kontrolliryhmään, p =< 0,001.</p> <p>Interventiosta pois jättäytyi 14 poti- lasta 20 päivän sisällä, poisjättäyty- misaste oli siten 3,2 %. 20-päivän kuolleisuusaste oli 3,2 % Ryhmät eivät eronneet 60-päivän kuollei- suudessa: SAFE vs. kontrolli 15 % 438 (3,4 %) vs. 8/209 (3,8 %); p = 0,80 (95 % CI = 0,47–2,69).</p> <p>Johtopäätös: SAFE –ohjelma/inte- rentio oli tehokas vähentäen akuut- teja sairaalaan joutumisia valikoitu- jen ja toimintakyvyltään haastavien potilaiden keskuudessa ensiapu- osastolta kotiutumisen yhteydessä 30 ja 60 päivää kotiutumisesta ver- rattuna tavanomaiseen kotiutumi- seen liittyvään hoitoon.</p>
<p>Paquin ym.¹⁰⁸ 2015</p>	<p>Retrospektii- vinen tutki- mus, tapaus- verrokki: interventioryhmä (n = 257),</p>	<p>3d</p>	<p>Kotiutumi- nen erikois- sairaanhoidon sairaala- lasta (ter- tiary care)</p>	<p>Yli 65- vuotiaat potilaat, joille oli määrätty jokin muisti- lääke tai</p>	<p>PILL-palvelu (Pharma- cological Intervention in Late Life): potilaan kotiuduttua farmaseutti a) tarkisti potilaan ko- konaislääkityksen, sai- raalassa tehdyt lääke-</p>	<p>Vertailu- ryhmä 1: potilaat, joita ei ta- voitettu puheli- mitse.</p>	<p>60 päivää ko- tiutumisesta</p> <p>-Uusintakäyn- nit sairaalan</p> <p>-Päivystys- tai EA-käynti</p>	<p>Koko potilaskohortista (N = 501)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 81 % oli korkea deliriumriski - 19 % oli määrätty muistilääke - 61 % oli lääkityksessä epäjoh- donmukaisuuksia

	<p>vertailuryhmä 1 (n = 132), vertailuryhmä 2 (n = 112)</p>			<p>joilla oli kohonnut äkillisen sekavuustilan riski</p>	<p>muutokset ja lääkityksen todenmukaisuuden ja otti tarvittaessa yhteyttä sairaalaan, b) tarkisti lääkehoidonturvallisuuden (yhteensopimattomat lääkkeet, vasta-aiheet, annostus), c) otti yhteyttä puhelimitse 2-5 päivän sisällä kotiutumisesta potilaaseen tai omaiseen: lääkehoidonturvallisuuden varmistaminen ja tarvittaessa potilasohjaus, d) seurasi reseptien uusintaa, päivitti sähköistä terveystietoa, teki tapauskohtaisesti yhteistyötä sairaalan, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon (geriatri) kanssa</p>	<p>Vertailuryhmä 2: Potilaat, jotka tavoitettiin puhelimitse, mutta eivät halunneet osallistua</p>	<p>-Kuolleisuus</p>	<p>Interventoryhmästä 25 % joutui uudelleen sairaalaan 60 päivän sisällä kotiutumisesta</p> <ul style="list-style-type: none"> - 37,1 % vertailuryhmä 1:stä joutui uudelleen sairaalaan - 34 % vertailuryhmä 2:sta joutui uudelleen sairaalaan <p>Interventoryhmässä oli pienempi sairaalaan uudelleen joutumisen riski, kuin</p> <ul style="list-style-type: none"> - vertailuryhmä 1:ssä (OR = 0,72, 95% CI = 0,57-0,91), p = 0,01 - vertailuryhmä 2:ssa (OR = 0,61, 95 % CI = 0,37-1,00), p = 0,07 <p>Päivystys-/EA-käynneissä tai kuolemantapauksissa ei ryhmien välillä ollut merkittävää eroa.</p> <p>Puhelun kestolla oli yhteys intervention hyötyihin sairaalaan uudelleen joutumisen osalta</p> <p>Jokainen lisä 5 min (6-10 min, 11-15 min, >15 min) vähensi todennäköisyyttä joutua sairaalaan 15 % (OR = 0,85, 95 % CI = 0,75–0,97)</p>
--	---	--	--	--	--	--	---------------------	---

Parekh ym. ¹⁰² 2018	Havainnoiva kohorttitutkimus: potilaat (n = 1066)	3e	Viiden sairaalan sisätautiosastot	Yli 65-vuotiaat potilaat	Lääkärin ennuste lääkehaitasta	-	Lääkehaitta (MRH)	<p>29,5 % (n = 315) potilaalla oli terveydenhoitoa vaativa lääkehaitta 8 viikon kuluessa kotiutumisen.</p> <p>Lääkärit ennustivat oikein 44 % (n = 469) potilaan lääkehaitan todennäköisyyden (haittatapahtuma/ei haittatapahtumaa). Lääkärin ennusteen ja lääkehaittatapahtumien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä (OR = 1,10; 95 % CI = 0,82–1,46; p = 0,53).</p> <p>Lääkärin työkokemus (< 1 v./ 1- 4 v./ >4 v.) ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä lääkehaitan ennustearvon kanssa.</p> <p>Lääkärin suurempi luottamus omaan arvioonsa lääkehaitasta oli yhteydessä tarkempaan ennusteseen sekä sairaalahoitoa vaativien haittojen (OR = 1,58; 95 % CI = 1,42–1,76; p < 0,001) että perusterveydenhuollon palveluita vaativien haittojen (OR 1,14, 95 % CI: 1 03–1 26, p = 0,009) osalta.</p>
Parekh ym. ¹⁰³ 2018	Monikeskustutkimus, prospektiivinen kohorttitutkimus: iäkkäät (n = 1116)	3e	Sairaala	Vähintään 65-vuotiaat potilaat, jotka olivat kotiutumassa lähiaikana sairaalasta			Lääkityshaittojen esiintyvyys, vakavuus, ehkäistävyys	<p>Lääkityshaittoja ilmeni 413:lla (37 %) kahdeksan viikon seuranta-aiкана. Vakavuus oli neljällä tutkimukseen osallistujalla fataali, yhdeksällä hengenvaarallinen ja 323 uhkaava.</p> <p>44 tapauksessa lääkityshaitta olisi ollut ehdottomasti ehkäistävissä ja</p>

				(iän mediaani 82 vuotta, Q ₁ = 76, Q ₃ = 87)				170:ssa mahdollisesti ehkäistävissä. Lääkityshaitat näkyivät yleisimmin ruoansulatuskanavan oireina, neurologisina oireina sekä sydän- ja verenkierto-oireina. 328 hakeutui terveydenhuollon piiriin ja 87 potilaalla lääkityshaitta aiheutti uusintakäynnin sairaalaan.
Parsons ym. ⁹¹ 2018	RCT: seuranta-aika 6 kuukautta potilaat (n = 183)	1c	Sairaala	Naiset (n = 103), miehet (n = 80) (keski-ikä 79 vuotta)	Kotiutuksen tukitiimi (Supported Discharge Team), jonka START-palvelut sisälsivät intensiivistä kotikuntoutusta kohdennettuna ADL-toimintoihin koulutetun terveydenhuollon avustajan toimesta jopa neljä (4) kertaa päivässä, seitsemänä (7) päivänä viikossa laillistetun moniammatillisen tiimin ohjauksessa kuuden (6) viikon ajan.	Sairaalassa ohjattiin joko saamaan kotiutuksen tukitiimin (SDT) palveluita tai tavanomaista hoitoa kotiutumisen yhteydessä.	<u>Ensisijainen:</u> hoitoaika sairaalassa (pv) lähtötilanteessa <u>Toissijainen:</u> hoitoaika sairaalassa satunnaistamista seuranneiden kuuden kuukauden aikana (readmission) - terveyteen liittyvät kustannukset (health related costs) - toimintakyky mitattuna <i>inter-RAI</i> Contact Assessment	START-ohjelma vähensi keskimääräistä sairaalassaoloaika ennen kotiutumista, sillä interventioryhmä vietti lähtötilanteessa (index admission) vähemmän aikaa sairaalassa (keskimäärin 15,7 päivää) verrattuna kontrolliryhmään (21,6 päivää): keskimääräinen ero oli 5,9: 95 % CI = 0,6–11,3; p = 0,03. START-interventioon osallistuneet (interventioryhmä) viettivät vähemmän aikaa sairaalassa kotiutumista (satunnaistamista) seuranneiden kuuden kuukauden aikana (7,1 päivää vs. 12,5 päivää). Sairaalahoidon kustannukset olivat NZ\$680 per päivä ja olivat suurin tekijä kokonaiskustannuksissa. START-interventio maksoi NZ\$ 94 päivässä, keskimäärin NZ\$1618 per hoitajakso (per total episode).

							(<i>interRAI-CA</i>) -mittarilla	<p>Terveydenhuollon kustannukset vähenivät molemmissa ryhmissä kuusi kuukautta satunnaistamisen jälkeen siten, että vähennys oli suurempi START-interventoryhmässä ($p = 0,004$) Interventoryhmässä kustannukset olivat keskimäärin NZ\$10,836 (SD NZ\$12,087) verrattuna tavanomaista hoitoa saaneen ryhmän keskimääräisiin kustannuksiin NZ\$16,943 (SD NZ\$22,303).</p> <p>Toimintakyky ilmeni lähtötilanteessa/seurannassa seuraavasti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - noin 40 % tarvitsi apua peseytyemisessä ja alavartalon pukeutamisessa - puolet tarvitsi apua ruuanlaitossa - puolet ei kyennyt liikkumaan portaissa itsenäisesti - vain 20 % pystyi huolehtimaan kotitöistään - START-interventioon osallistuneiden keskuudessa oli nähtävissä trendi itsenäisyyden lisääntymisestä
Rytter 2010 ym. ⁹⁴	RCT: interventioryhmä (n = 166),	1c	Sairaalasta kotiutuminen	Yli 78-vuotiaat geriatriselta tai sisätautien	Viikko 1 kotiutuksen jälkeen: Potilaan hoitavan lääkärin ja kotisairaanhoidajan koti-	Tavanomainen hoito	-Uusintakäynnit sairaalaan -Hoitavan lääkärin totuuden-	26 viikon seurannassa <ul style="list-style-type: none"> - Interventoryhmässä uusintakäyntejä toteutui 40 % ja kontrolliryhmässä 52 % potilaista,

	kontrolliryhmä (n = 165)			<p>osastolta kotiutuneet potilaat, joiden hoitoaika sairaalassa oli ollut väh. 2 päivää.</p>	<p>käynti: hoitosuunnitelman, lääkityksen, psykososiaalisen tuen ja lääkekaapintarkistaminen.</p> <p>Viikko 3 ja viikko 8: Hoitavan lääkärin vastaanotto tai kotikäynti, tarpeen mukaan myös kotish mukana: tarpeen mukaan hoitosuunnitelman, lääkityksen ja hoidon / kuntoutuksen tarpeen arvioiti.</p>		<p>mukainen käsitys potilaan lääkityksestä</p> <p>Lisäksi</p> <ul style="list-style-type: none"> -hoitavan lääkärin toteutettava kotiutussuunnitelman mukainen seuranta -kustannukset -toimintakyky -kuolleisuus -potilastyytyväisyys -itse arvioitu terveys 	<p>suhteellisen riskin alenema oli 23 %</p> <p>Hoitavalla lääkärillä oli totuudenmukaisempi käsitys interventioryhmän potilaiden lääkityksestä, kuin kontrolliryhmän lääkityksestä:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potilaalla oli lääkitys, josta lääkäri ei tiennyt (p = 0,02) - Lääkäri raportoi lääkityksestä, jota potilas ei toteuttanut (p = 0,05) <p>Interventioryhmässä oli kontrolliryhmää enemmän</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kotiutuksen jälkeen toteutuneita muutoksia lääkityksessä (p = 0,01) - Lääkkeitä käytössään (p = 0,0005) <p>Kotiutussuunnitelman toteutumisen seuranta oli hieman parempi interventioryhmässä, kuin kontrolliryhmässä:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kliininen seuranta (p = 0,02) - Muu seuranta (lab, rtg, jne) (p = 0,09)
--	--------------------------	--	--	--	--	--	--	---

								<p>Ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toimintakyvyssä - Itse arvioidussa terveydessä - Potilastyytyväisyydessä - Kuolleisuudessa
Sganga ym. ¹⁰⁶ 2015	Prospektiivinen kohorttitutkimus: potilaat (n = 480)	3e	Geriatriset ja sisätautiosastot	Yli 65 vuotiaat potilaat	Monilääkitys (käytössä yli 8 lääkettä)	Ei monilääkitystä (alle 8 lääkettä)	Uusintakäynnit ja kuolleisuus	Vuoden kuluttua kotiutumisesta monilääkitys (enemmän kuin 8 lääkettä) oli yhteydessä suurempaan riskiin joutua uudelleen sairaalaan (OR = 1,81; 95 % CI = 1,18–1,91).
Sganga ym. ⁶⁰ 2017	Prospektiivinen kohorttitutkimus: potilaat (n = 480)	3e	Geriatriset ja sisätautiosastot	Yli 65 vuotiaat potilaat	-	-	Uusintakäyntiä ennustavat tekijät	Korkeampaan uusintakäyntiriskiin vuoden kuluessa kotiutumisesta olivat yhteydessä alentunut kognitiivinen toimintakyky (MMSE > 24 vs. < 24, OR = 1,76; 95 % CI = 1,04–2,83), sydämen vajaatoiminta (OR = 1,77; 95 % CI = 1,14–2,24) ja kaatuminen seuranta-aikana (OR = 1,15; 95 % CI = 1,05–1,28).
Shu ym. ⁹⁵ 2011	Kvasikokeellinen tutkimus: N = 313, kontrolliryhmä (n = 94),	2c	Yliopistosairaala	Ensiavusta yhdyslääkärijohtoiselle osastolle siirtyneet ja sieltä kotiutetut potilaat.	PDTC-ohjelma (post-discharge transitional care): - <i>Sairausspesifinen hoitosuunnitelma</i> : lääkäri laati kotiutussuunnitelman, lääkäri ja hoitajat ohjasivat / kouluttivat potilaita ja heidän omaishoitajiin hoitosuunnitel-		<u>Ensisijaiset</u> : Suunnittelemattomat uusintakäynnit sairaalaan 30 päivän kuluessa kotiutumisesta.	30 päivän sisällä kotiutumisesta kontrolliryhmässä oli merkitsevästi enemmän <i>uusintakäyntejä ja kuolemia</i> kuin interventioryhmässä (24 (25 %) vs. 32 (15 %); p = 0,021). Kontrolliryhmässä uusintakäyntien riski oli korkeampi kuin interventioryhmässä (21 (22 %) vs. 31 (14 %); p = 0,075) ja kuolemia oli mer-

	<p>interventioryhmä (n = 219)</p>			<p>Keski-ikä kontrolliryhmässä oli 71 vuotta ja interventioryhmässä 69 vuotta</p>	<p>maan liittyen (sairauteen liittyvien oireiden tunnistaminen, hoitosuunnitelmaan ja lääkehoitoon sitoutuminen). Potilaiden jatko hoito järjestettiin perusterveydenhuollon lääkärin seurannassa tai jos omalääkärinä ei ollut, seuranta tapahtui yhdyslääkäriosastolla.</p> <p><i>-Puhelinseuranta:</i> sairaanhoitaja otti yhteyttä potilaisiin puhelimitse 1, 3, 7, 14 ja 30. päivän kuluttua kotiutumisesta ja varmisti sairauteen liittyvän hoidon, lääkehoitoon ja hoitosuunnitelmaan sitoutumisen (mm. ruokavalio, elintavat, sairauden hoito, haavanhoito jne.)</p> <p><i>-Hotline-puhelinlinja:</i> potilailla oli mahdollisuus soittaa päivin klo 8–9 saadakseen ohjausta</p> <p><i>-Tarvittaessa sairaalahoitoon ohjaaminen</i></p>		<p>Yllättävä kuolema 30 päivän kuluessa kotiutumisesta.</p> <p><u>Toissijaiset:</u></p> <p>Päivystyskäynnit</p> <p>Suunnittelemattomat käynnit yhdyslääkäriosastolle.</p>	<p>kitsevästi enemmän kontrolliryhmässä kuin interventioryhmässä (3 (3 %) vs. 1 (1 %); p = 0,048).</p> <p>30 päivän seurannassa päivystyskäynneissä ei ollut eroa kontrollija interventioryhmän välillä (22 (23 %) vs. 38 (17 %); p = 0,212</p> <p>Kontrolliryhmässä oli enemmän käyntejä yhdyslääkäriosastolle kuin interventioryhmässä: säännöllisiä käyntejä (25 (27 %) vs. 31 (14 %); p = 0,008) tai suunnittelemattomia käyntejä (8 (9 %) vs. 4 (2 %); p = 0,005).</p> <p>Kontrolliryhmässä oli vähemmän perusterveydenhuollon lääkärikäyntejä kuin interventioryhmässä (68 (72 %) vs. 181 (83 %); p = 0,038).</p> <p>JOHTOPÄÄTÖS: PDTTC-interventio, jossa toteutui sairausspesifinen hoito, puhelinseuranta, hotline-ohjaus ja yhdyslääkärityyppinen palvelu vähensi kotiutumisen jälkeisiä uusintakäyntejä ja kuolemia.</p>
--	-----------------------------------	--	--	---	---	--	---	--

<p>Shyu ym.⁸² 2008</p>	<p>RCT: N = 158, kontrolliryhmä (n = 86) potilas-omaishoitajaparia, interventorioryhmä (n = 72) potilas-omaishoitajaparia</p>	<p>1c</p>	<p>3000-paikkinen erikoissairaanhoidon sairaala</p>	<p>Neurologisten osastojen yli 65-vuotiaat aivo- halvauksen saaneet korkean riskin potilaat, joilla oli tarve kotiutumisen suunnittelulle. Omaishoitajan tuli olla täysi-ikäinen ja pääasiassa vas- tuussa potilaan huolenpidosta.</p>	<p>Omaishoitajakeskeinen kotiutumissuunnitelma: -Potilasohjausta (opetusta) - kotiutumisen tuki -kotiutumisen jälkeinen puhelinseuranta kotiutumisen jälkeiset kotikäynnit <u>Tavoitteena:</u> -vastata omaishoitajien tarpeisiin potilaan kotiutuessa: omaisten tarpeet arvioitiin 48 tunnin kuluessa potilaan sairaalaan tulosta ja uudelleen kotiutumisvaiheessa ->tulosten perusteella suunniteltiin yksilölliset tukiterventiot omaishoitajille ;4–5 ohjausker- taa sairaalassa (suullinen, kirjallinen ja käytännöllinen ohjaus) -tuettiin omaishoitajien voimavaroja ja pärjäämistä erilaisten tarpeiden kanssa</p>	<p>Omaishoitajien valmius toteuttaa huolenpitoa kotona (The Nurse Evaluation of Caregiver Preparation Scale ja Preparedness for Caregiving Scale) Omaishoitajien tarpeiden huomioiminen kotiutumisvaiheessa (Caregiver Discharge Needs Assessment Scale): - Omaishoitajien kokemus pärjäämisestä erilaisten tarpeiden ristipaineessa (Perception of Balance between Competing Needs Scale)</p>	<p>Ennen kotiutumista interventorioryhmän omaishoitajat itsearvioivat valmiutensa omaishoitajuuteen tilastollisesti merkitsevästi 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 tilastollisesti merkitsevästi paremmaksi (p = 0,004) interventorioryhmässä (M = 12,75; SD = 1,83) kontrolliryhmään (M = 11,73, SD = 2,25) verrattuna (asteikolla 5–15 arvioituna). Ennen kotiutumista interventorioryhmän omaishoitajat arvioivat, että heidän tarpeensa huomioitiin kohdallisen hyvin (M = 3,07; SD = 0,60) verrattuna kontrolliryhmään (M = 1,91; SD = 0,71). Kuukauden kuluttua kotiutumisesta interventorioryhmän omaishoitajat arvioivat, että heidän tarpeensa huomioitiin tilastollisesti merkitsevästi paremmin (p < 0,001; M = 3,56; SD = 0,48) verrattuna kontrolliryhmän omaisiin (M = 2,07; SD = 0,82) (asteikolla 1–4 arvioituna).</p>
---------------------------------------	---	-----------	---	---	--	--	---

					<p>-tukea omaishoitajuuksi kotona: puhelin-konsultaatio viikon ku-luessa kotiutumisesta kotikäynti viikon ja kuukauden kuluttua kotiutumisesta</p> <p>Kontrolliryhmä sai ta-vanomaisen ohjauk-sen</p>		<p>-ADL-toiminnot (Chinese Barthel Index, CBI)</p> <p><u>Mittaukset:</u></p> <p>-kolmen päivän sisällä sairaalaan tulosta</p> <p>-ennen kotiutu-mista</p> <p>-kuukauden kuluttua kotiutumisesta</p>	<p>Kuukauden kuluttua kotiutumi-sesta interventioryhmän ja kontrol-liryhmän omaishoitajilla ei ollut merkitsevää eroa kokemukses-saan pärjäämisestä omaishoita-jana erilaisten tarpeiden "ristipai-neessa". Kummassakin ryhmässä oltiin kohtalaisen tasapainoisia voi-mavarojen ja vaatimusten välillä (2,7 interventioryhmässä ja 259 kontrolliryhmässä (asteikolla 1–3 arvioituna).</p>
Shyu ym. ⁸³ 2010	<p>Satunnais-tettu kokeel-linen tutki-mus (rando-mized exper-imental design):</p> <p>N = 158, koeryhmä (n = 72), kontrolli-ryhmä (n = 86)</p> <p>sekä heidän omaishoita-jansa (family caregivers)</p>	1c	Sairaala (3000 vuo-depaikkaa)	<p>Osallistu-jat valit-tiin nel-jältä sa-mankal-taiselta neurolo-giselta osas-toilta, jotka vastasi-vat toisi-aan vuo-depaik-kamääril-tään, potilai-</p>	<p>Omaishoitajakeskei-nen kotiutumisen suunnitteluinterventio, jonka tavoitteena oli li-sätä omaishoitajien valmiutta kotiutumisti-lanteessa ja ymmär-rystä hoitotarpeista kotiutumistilanteessa.</p> <p>Interventio sisälsi yksi-löllistä potilasohjausta sairaalassa, lähetepal-velut ja konsultaatit, kotiutumisen jälkeisen seurannan puhelimitse ja kotikäynnit. Tavan-</p>		<p>Pitkän aikavä-lin lopputulos-muuttujina mi-tattiin:</p> <p>- omaishoitajan terveyteen liit-tyvää elämän-laatua (HRQoL)</p> <p>- hoidon laatua</p> <p>- halvauspoti-laan itsehoito-kykyä</p> <p>- potilaan ter-veyteen liitty-</p>	<p>Pitkittäisaineisto analysoitiin esti-moivan yhtäläisyys lähestymista-van avulla (analysed by generali-sed estimating equation ap-proach).</p> <p>Kotiutumista seuraavien 12 kuu-kauden aikana koeryhmän omais-hoitajat tarjosivat tilastollisesti mer-kitsevästi parempaa hoitoa ($\beta = 0,45$; $p = 0,03$) kuin kontrolliryh-män omaishoitajat.</p> <p>6-12 kuukautta kotiutumisesta kontrolliryhmän potilailla oli suu-rempi todennäköisyys joutua lai-toshoitoon kuin koeryhmän poti-lailla ($X^2 = 5,11$; $p = 0,03$).</p>

				<p>den diagnoosilta, hoitohenkilökunnan koulutukselta ja saaduilta palveluilta. Osastot jaettiin sattumanvaraisesti koe- (kaksi osastoa) ja kontrolli- (kaksi osastoa) -ryhmiin. Osallistujat rekrytoitiin 48 tuntia sairaalaan tuloon jälkeen sisäänotto-kriteerit</p>	<p>omaisten kotiutumistoimintojen lisäksi interventio oli suunniteltu tyydyttämään ikääntyvien halvauspotilaiden tiedontarpeet.</p>		<p>vää elämänlaatua (HRQoL) ja - palvelujen käyttöä</p> <p>Aineisto kerättiin 1, 3, 6 ja 12 kuukautta kotiutumisen jälkeen.</p>	<p><i>Yhteenvetona:</i> interventio-ohjelma onnistui parantamaan omaishoitajien ikääntyville läheisille halvauspotilaille antamaa hoidon laatua ja vähentämään heidän todennäköisyyttään joutua laitoshoitoon.</p>
--	--	--	--	---	---	--	---	--

				täyttä- vistä ikänty- vistä po- tilaista ja heidän läheisis- tään.				
Shyu ym. ⁹⁰ 2010	RCT	1c	3000 sairaansija n sairaala	Yli 60- vuotiaat lonkka- murtu- mapoti- laat (N=162): interven- tior ryhmä (n=80), kontrolli- ryhmä (n=82). Keski-ikä 78.2 ±7.8	Tavanomainen hoito + monialainen ohjelma, joka sisälsi geriatrista konsultaatiota, jatku- vaa kuntoutusta ja koti- utumisen suunnitte- lua. Kotitutumisen kompo- nentti interventiossa oli suunniteltu turvaa- maan hoidon jatku- vuus ja takaamaan lä- hetteiden soveltuvuus ja sen toteuttivat ge- riatrisen hoitajat. Ennen kotiutumista ar- vioitiin omaishoitajan osaaminen, resurssit, perhetoiminnot, poti- laat itsehoitokyvyt ja tarve koti- tai pitkäai- kaishdolle.	Tavan- omainen hoito+ tutkimus- hoitajan yhtey- denotto sinä ai- kana, kun inter- ventioryhmä sai inter- vention	Lopputuloso- muuttajat (klii- niset muuttajat, itsehoitokyky, terveyteen liit- tyvä elämän- laatu, palvelui- den käyttö ja depressiiviset oireet) mitattiin 1, 3, 6, 12, 18 ja 24 kuukautta kotiutumisen jälkeen. Itsehoitokyky (kyky suoriutua ADL-toimin- noista mitattiin käyttäen kiin- nalaista Bart- helin indeksiä (Chinese Bart- hel Index), HRQoL Medi- cal Outcomes Study 36-item	Interventioryhmään kuuluvilla oli merkitsevästi parempi lonkan kou- kistus ($\beta=5.43$, $P<0.001$), he su- oriutuivat paremmin ADL-toimin- noista ($\beta=9.22$, $P<0.001$), heille pa- lautui paremmin kävelykyky (odds ratio (OR) = 2.23, $P=<0.001$), heillä oli vähemmän kaatumisia (OR=0.56, $P=0.03$), vähemmän depressiivisiä oireita ($\beta=-1.31$, $P=0.005$), ja paremmat SF-36 fyys- isen suoriutumisen arvot ($\beta=6.08$, $P=<0.001$) kuin vertailuryhmällä ensimmäisen 24 kuukauden kulut- tua kotiutumisesta. Interventiolla ei ollut vaikutusta murtuneen raajan nelipäisen reisilihaksen huippuvoi- maan, kuolleisuuteen, palveluiden käyttöön tai SF-36 psyykkisen osa- alueen pistemäärään. Yhteenvedona: Moninainen inter- ventio hyödynsi ikääntyneitä lonk- kamurtumapotilaita siten, että pa- rantaen kliinisiä lopputulosmuuttu- jia, itsehoitokykyä ja fyysisiä ter- veyteen liittyviä

							Short Form Surveyn taiwanilaisella versiollla (SF-36) ja depressio-oireet käyttäen Chinese Geriatric Depression Scalen lyhyttä versiota.	lopputulomuuttujia ja vähentäen depressiivisiä oireita ensimmäisen 24 kk:n aikana kotiutumisesta.
Toye ym. ⁸⁴ 2016	Rinnakkainen, yksinkertaisesti sokkoutettu RCT (parallel group, single blind RCT): interventoryhmä (n = 62 omaishoitajaa), kontrolliryhmä (n = 79)	1c	Sairaala	Yli 70-vuotiaat potilaat ja heidän omaishoitajansa rekrytoitiin sairaalasta kotiutumisen yhteydessä.	Tavanomainen hoito yhdistettynä uuteen Further Enabling Care at Home –ohjelmaan, jonka toteutti sitä varten koulutettu hoitaja puhelimitse. Intervention sisältö: kotiutumiskirjeen ymmärtäminen, omaishoitajan tuen tarpeiden kartoitus, akuuttien tarpeiden tunnistaminen ja yhteistyöohjeet.	Tavanomainen hoito	Ensisijainen lopputulomuuttuja oli omaishoitajan itsearviointi valmius tarjota hoitoa läheiselleen. Aineisto kerättiin Ajankohta 1: 4 päivän sisällä kotiutumisesta Ajankohta 2: 15–21 päivää kotiutumisesta Ajankohta 3: kuusi (6) viik	Omaishoitajien ensisijaiset tarpeet olivat: – tietoa siitä, keneen olla yhteydessä – mitä odottaa tulevaisuudelta/tulevaisuuden tuovan tullessaan – saada käytännön apua kotiin Ohjauksellinen tuki sisälsi ohjeet siitä: – kuinka saada apua, tietoa ja resursseja – laatia kriisisuunnitelma – saada lähetteitä ja palveluja – miten järjestää lakiasiat/viralliset asiat (legal requirements) Verrattuna kontrolleihin, valmius toimia omaishoitajana ja hoitaa parani interventoryhmässä ajankoh-

						<p>koa kotiutumise- sta</p> <p>Muita lopputu- losmuuttujia olivat: omais- hoitajien arviot terveydestään, läheisen oi- reista ja itse- näisyydestä, omaishoitajan rasituksesta, perheen hyvin- voinnista, omaishoitajan stressistä ja ar- vio omaishoito- työstä.</p> <p>Aineisto kerät- tiin puheli- mitse.</p>	<p>dasta 1 ajankohtaan 2 (ef- fect size = 0,52; p = 0,006) aja ajankohdasta 1 ajankohtaan 3 (ef- fect size = 0,43; p = 0,019). Pieniä, mutta merkittäviä vaikutuksia ha- vaittiin myös muissa muuttujissa, kuten omaishoitajien arvioimassa kuormituksessa.</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

* Suosituksen kannalta olennaiset tulokset

Järjestelmälliset katsaukset

*Lähdenumeromerkintä hoitosuosituksen lähdeluettelossa

**Suosituksen kannalta olennaiset tulokset

Sukunimi ^{lähde*} , vuosi	Tutkimus- asetelma: menetelmä	Tarkoitus	Näytön vah- vuus	Toimin- taympä- ristö	Kohde- ryhmä (P)	Mielenkiinnon kohde (I)	Konteksti (Co)	Tulokset**
Stockwell-Smith ym. ⁷⁰ 2018	Integratiivi- nen kirjalli- suuskatsaus: katsauksen aineistona 15 artikkelia.	Kuvata de- mentiaa sai- rastavien henkilöiden ja omaishoita- jien osallistu- mista estäviä ja edistäviä tekijöitä kotiu- tuksen suun- nittelussa	4 a	Sairaala	Dementiaa sairastavat henkilöt ja omaishoita- jat	Osallistumista edistä- vät ja estävät tekijät	Kotiutuksen suunnittelu	Osallistumista estävät tekijät -vastuu kotiutumisesta oli jaettu monen eri terveysalan ammatti- ryhmän kesken, ei selkeitä vas- tuita tai rooleja henkilöillä, hei- kosti dokumentoidut kotiutumis- prosessit. -päätökset kohdistuvat riskeihin: esim. arviointi kohdistuu iäkkäi- den henkisen toimintakyvyn ja fyysisen terveyden riskeihin -puute selvittää omaishoitajien kompetenssi sekä kyky ikäänty- neen edun valvontaan -omaishoitajien osallistuminen oli rajattu: esim. henkilökunnalla ei ollut taitoa ottaa omaishoitajia mukaan tai omaishoitajilla oli tunne, että heidän tietojaan ei kaivata.

								Osallistumista edistävät tekijät: -tärkeimmän henkilön sitouttaminen kotiutusprosessiin -ikäntyneen ja omaishoitajan nostaminen keskiöön, kotiutusasioista päätettäessä
--	--	--	--	--	--	--	--	---

* Suosituksen kannalta olennaiset tulokset

Laadulliset tutkimukset

Sukunimi ^{lähde} , vuosi	Tutkimusasetelma: menetelmä	Näytön merkittisyys1-5	Toimintaympäristö	Kohde-ryhmä (P)	Mielenkiinnon kohde (I)	Konteksti (Co)	Tulokset*
Allen ym. ⁵⁰ 2018	Haastattelututkimus: potilaat (n = 13), läheiset (n = 7)	3	Siirtymät sairaalasta kotihoitoon	Yli 70-vuotiaat potilaat ja (epäviralliset) omaishoitajat	Kotiutuminen ja hoidon jatkuvuus	Sairaalan ja kotihoidon rajapinta	Kuusi pääteemaa tunnistettiin kuvaamaan potilaiden kokemuksia hoidosta sairaalan ja kotihoidon rajapinnalla: <ul style="list-style-type: none"> - tarve tulla riippumattomaksi - tukeva suhde läheisten kanssa - huolehtiva suhde terveydenhuollon ammattilaisten kanssa - tiedon etsintä - jatkohoitosuunnitelmasta keskustelu ja neuvottelu - omahoitoon opettelu
Andreasen ym. ⁶⁸	Tulkitseva kuvailu:	3	Yliopistosairaalan	Yli 65-vuotiaat hauraat	Kokemukset arkielämästä kotiutumisen jälkeen	Koti 1 viikko sairaalassa	Arkielämää kotiutumisen jälkeä kuvaasi pääkategoria ”järjestelmä”:

2015	puolistrukturoitu haastattelu, potilaat (n = 14)		sisätauti-osastot (n = 7)	akuuttipotilaat		käynnin jälkeen	<ul style="list-style-type: none"> - siirtyminen kotiin tuntui epävarmalta, turvattomalta ja jopa vaaralliselta. - tiedonsiirtoon sairaalan ja perusterveydenhuollon välillä ei voi luottaa. - järjestelmä ei huolehdi kunnolla ja ammattimaisesti sairaista apua tarvitsevista ihmisistä. - tunne järjestelmän pettämisestä, jonka seurauksena riippuvainen naapureiden avusta kotiutumisen jälkeen. - kotiutuminen ilman diagnoosia tai selitystä aiheutti ahdistusta ja epävarmuutta - hyvin suunniteltu ja oikea-aikainen kotiutuminen johti harmoniseen tunteeseen ja valmiuteen palata arkielämään kotona. - puutteet lääkehoidon koordinaatiossa yksityislääkärin ja sairaalan välillä johti turhautuneisuuteen. - lääkkeiden sekä niiden nimien jatkuva vaihtuminen vaikeutti oman lääkehoidon kokonaiskuvan hahmottamista. - ei tarvetta tietää omista lääkkeistä, koska luotetaan ammattilaisiin.
Bagge ym. ⁸⁰ 2014	Puolistrukturoitu haastattelu: potilaat (n = 40)	3	Sisätauti-osastot	Yli 75-vuotiaat potilaat, joilla käy-	Kokemukset lääke- muutoksista	Koti 2 viikkoa kotiutumisen jälkeen	<p>Kokemuksia tehdyistä lääke- muutoksista kuvasi pääteemat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - luottamus lääkäriin - haluttomuus kyseenalaistaa henkilökuntaa

				tössä enemmän kuin 4 lääketta			<ul style="list-style-type: none"> - tietämättömyys lääke muutoksista. - huoli lääke muutoksista
Dilworth ym. ⁵¹ 2012	Puolistrukturoitu haastattelu: potilaat (n = 3)	3	Sairaala	Yli 65-vuotiaat potilaat uusintakäynnillä 28 päivän kuluttua kotiutumisesta	Kokemukset uusintakäynteihin johtaneista olosuhteista	Sairaalan ja kodin rajapinta	Kokemuksia uusintakäynteihin johtaneista olosuhteista: <ul style="list-style-type: none"> - ulkopuoliseksi jättäminen - huolehditaksi tuleminen - petetyksi tulemisen tunne
Ellis-Hill ym. ⁵² 2009	Haastattelututkimus: potilaat (n = 20) ja läheiset (n = 13)	3	Sairaala	AVH-potilaat	Kokemukset kotiutumisesta ja palveluiden järjestämisestä	Sairaalan ja kodin rajapinta	Tekijät, jotka luonnehtivat ”hyvää” tai ”huonoa” kokemusta kotiutumisesta ja palveluiden järjestämisestä olivat: <ul style="list-style-type: none"> - Olla tuettu versus olla hylätty - Olla mukana kuvassa versus olla pimeässä
Groene ym. ⁵⁸ 2012	Haastattelututkimus: potilaat (n = 12) ja terveydenhuollon ammattilaiset (n = 22)	3	Siirtymät erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon	Haavoittuvat aikuispotilaat	Potilaiden rooli ja sitoutuneisuus	Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapinta	Hoitovastuun siirtymisen luonnehdinta: <ul style="list-style-type: none"> - Ei ole yhtä yhteisesti hyväksyttyä toimintatapaa tiedonvaihtoon erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. - Suora kontakti toimijoiden välillä perustuu olemassa oleviin henkilökohtaisiin kontakteihin. - Kommunikointi toimijoiden välillä tapahtuu pääasiassa läheteiden ja epikriisien välityksellä, josta puuttuu henkilökohtainen yhteys. Tämä voi potentiaalisesti johtaa oleellisen tiedon puuttumiseen.

							<ul style="list-style-type: none"> - Läheteissä oleva tieto on rajallista ja siitä puuttuu usein hoitotyön ja sosioekonomisen tilanteen näkökulmat, joka avulla voisi välttää kotiutumissa ilmeneviä ongelmia. - Perusterveydenhuollon hoitajat pitivät erikoissairaanhoidon hoitajien raporttia erityisen tärkeänä, mutta se usein puuttui tai oli puutteellinen tai saapui liian myöhään. - Yhtenäistä sähköistä tietojärjestelmää pidettiin mahdollisena ratkaisuna tiedonkulun ongelmiin. Hankaluutena on se, että kaikki ammattilaiset eivät pääse tuottamaan tietoa näihin järjestelmiin. - Potilaille ei tiedotettu mitä tietoa ammattilaisten välillä on vaihdettu ja mitä puuttuu. <p>Potilaan osallistuminen hoitovastuun siirtyessä:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potilaan rooli oli rajoitettu passiiviseksi tiedon välittäjäksi, jossa potilaalle annettiin lähete tai epikriisi, joka piti toimittaa eteenpäin. - Potilaat eivät kokeneet tiedonvälittäjän roolia positiiviseksi, koska he eivät kokeneet tietoa omakseen sillä eivät ymmärtäneet teknistä kieltä voidakseen arvioida sitä tai lisätä omia näkemyksiään.
--	--	--	--	--	--	--	---

							<ul style="list-style-type: none"> - Potilaat pitivät lähetettä tai epikriisia usein hallinnollisena, josta syystä saattoivat suhtautua siihen huolettomasti; hukkasivat sen tai toimittivat viiveellä. - Ammatillaiset eivät pitäneet potilaan mukana kuljetettavaa lähetekäytäntöä turvallisenä, sillä vastaan-ottava taho ei voi tietää onko lähete jäänyt matkalle vai eikö sitä ole luettu. - Potilaat tiedostivat, että siirtyminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä ei ollut saumatonta, vaan sattumanvaraista. - Potilaat odottivat siirtymävaiheessa henkilökohtaisempaa huomiota ja sujuvampaa tiedonkulkua ilman että he itse toimivat välikappaleena. - Potilaat eivät olleet kiinnostuneita siirtymävaiheen järjestelyistä vaan pitivät sitä hallinnon ja ammattilaisten vastuuna.
Hansson ym. ⁵⁶ 2018	Haastattelututkimus: ryhmähaastattelut (n = 3), kokemusasiantuntija, terveydenhuollon ammattilaiset	3	Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuolto	Terveydenhuollon ammattilaiset	Yhteistyön estävät ja edistävät tekijät hauraiden monisairaiden vanhusten hoidossa	Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapinta	Yhteistyön esteiksi tunnistettiin mm. tiedonkulku, työnjako, ajanpuutteesta johtuvat ongelmat Yhteistyön mahdollisuuksiksi tunnistettiin mm. yhteiset tietojärjestelmät, tiedon sovellettavuus, jaettu vastuu

Hvalvik & Reier-son ⁷⁹ 2015	Haastattelututkimus: perheenjäsenet (n = 11)	3	Koti sairaalahoidon jälkeen	Yli 67-vuotiaiden potilaiden perheenjäsenet	Kokemukset kotiutumisesta	Sairaalan ja kotihoidon rajapinta	Perheenjäsenien kokemuksia kotiutumista kuvaavat teemat: <ul style="list-style-type: none"> - tasapainoilu haavoittuvuuden ja vahvuuden välillä - emotionaalisen stressin ja turhautumisen sieto - pyrkimys ylläpitää turvallisuutta ja jatkuvuutta - selviytyminen muuttuneessa elämäntilanteessa - muutosten käsittely - valmiudessa olo
Lennox ym. ⁵⁷ 2019	Selittävä laadullinen tutkimus: yhdeksän fokusryhmähaastattelua (n = 54) ja yksilöhaastattelut (n = 7)	3	Sairaalan päivystysosasto	Päivystysosaston hoitohenkilökunta	lääkäreiden hoitaminen (moniammatillinen näkökulma)	Päivystysosasto	<p>Hoitohenkilökunta pyrki räätälöimään tapojaan hoitaessaan iäkkäitä potilaita.</p> <p>Hoitohenkilökunta omaksui iäkkäille suunnatun kommunikatiivisen (esim. puhuessa äänen voimakkuuden korottaminen, vaikka iäkkäällä ei olisi kuulo-ongelmia tai iäkkään lisäksi perheenjäsenen ottaminen mukaan keskusteluun ja keskustelu perheenjäsenen kanssa, ei vastausmahdollisuutta iäkkäällä).</p> <p>Hoitohenkilökunta huomioi iäkkäiden potilaiden tarpeiden kompleksisuuden: sairaudet, lääkitykset, kognitiivinen taso (päivystyksen työn luonteen takia on usein vaikea hoitaa iäkkäiden moninaisia tarpeita, moniammatillinen tiimi on hyödyksi selvittäessä iäkkäiden erilaisia tarpeita)</p> <p>Haasteiksi tunnistettiin:</p>

							<ul style="list-style-type: none"> – ajan puute suunnitella kotihoitoa ja huolehtia hoidon jatkuvuudesta. – perheenjäsenten odotusten ja iäkkäiden tarpeiden kohtaamattomuus. – hoitohenkilökunnalla geriatriksen tiedon puute. – fyysisen ympäristön ja laitteiden sopimattomuus iäkkäille (valaistus, melu, yksityisyyden puute)
Lou ym. ⁹² 2017	Laadullinen haastattelututkimus: lievästi halvaantuneet potilaat (n = 22) ja heidän läheisensä (n = 18), temaattinen analyysi	3	Kotiympäristö varhaisen kotiutumisen jälkeen	22 varhain kotiutettua lievästi halvaantunutta potilasta ja 18 heidän läheistään. Potilaista (n=22) 7 oli naista (keski-ikä 65 vuotta) ja 15 miestä (keski-ikä 70 vuotta). Haastattelut toteutettiin 3–6 viikon kuluttua halvaantumisesta, keskimäärin 32	Lievästi halvaantuneiden potilaiden ja heidän läheistensä kokemukset ja arkipäivän sujuminen varhaisen kotiutuksen yhteydessä	Varhainen kotiutuminen lievän halvauksen jälkeen	<p>Kokemukset jaoteltiin kolmeen teemaan:</p> <p>”Koti parantava paikkana”, joka kuvasi parien kokemuksia hyvin informoidusta kotiutumisesta sairaalasta. He luottivat terveydenhuollon ammattihenkilöiden arvioihin siitä, että potilaat ovat valmiita kotiutumaan. Koti on lohdullinen ja rauhoittava paikka, jossa parantuminen voi merkityksellisesti tapahtua.</p> <p>”Arkipäivän sujuminen”, joka kuvasi arkipäivään sopeutumista ja jokapäiväisen elämän jatkumista. Kaikilla haastateltavilla oli verraten pieniä fyysisiä ja kognitiivisia toiminnanvajauksia, minkä vuoksi potilaat ja heidän läheisensä olivat toiveikkaita täydestä paranemisesta ja odottivat tulevaisuutta.</p> <p>”Ammatillinen turvaverkko”, joka kuvasi halvaustiimin arvostamista. Vaikka useimmilla asiak-</p>

				(21–42) päivän kuluttua halvaantumisesta.			kailla oli vain yksi kontakti kyseiseen halvaustiimiin (kotikäynti), tieto siitä, että heihin voi olla yhteydessä tarpeen vaatiessa oli tärkeää pareille.
Neiterman ym. ⁷² 2015	Puolistrukturoitu haastattelututkimus: potilaat (n = 17) ja heidän huoltajansa (primary caregiver) (n = 19)	3	Sairaalan ja kodin rajapinta	Korkean uusiaikäntäriskin (LACE >10) potilaat	Siirtymä sairaalasta kotiin	Kotiutumisen esteet ja mahdollistajat	Kotiutumisen esteet ja mahdollistajat kuvattiin viiden teeman kautta: <ul style="list-style-type: none"> – Palaaminen kotiin – Kuljetuksen järjestäminen – Sosiaalinen pääoma ja tuki toipumisen mahdollistajina – Yksi henkilö hoidon koordinoijana – Päivittäisiin tarpeisiin vastaaminen
Palonen ym. ⁶⁵ 2016	Kuvaileva laadullinen tutkimus: teemahaastattelut, iäkkäät (n = 7), perheenjäsenet (n = 5), hoitajat (n = 15)	3	Päivystyspoliklinikka	lääkkäät potilaat	Perheenjäsenen osallistuminen ohjaukseen	Kotiutuminen päivystyspoliklinikalta	Perheen osallistuminen kotiutusohjaukseen nähtiin turbulenttina. Perheiden osallistuminen hyväksyttiin (mm. perheiden osallistuminen antoi luottamusta toimia kotioloissa ja hoitajat kokivat, että myös perheenjäsenille annettuna tieto pysyi täsmällisempänä kuin vain potilaalle annettuna, hoitajat arvostivat luottamuksellisuuden saavuttamista perheenjäsenten kanssa) mutta toisaalta koettiin, että perheenjäsenet eristettiin ohjaustilanteessa (perheenjäseniin ei oltu yhteydessä kotiutusohjeiden saamiseksi). Perhe toimi resurssina hoitajille, sillä hoitajat saivat arvokasta tietoa perheenjäseniltä, hoitajat

							kannustivat perheenjäseniä osallistumaan päätöksentekoon koskien kotiutusta. Perheenjäsenet pakotettuja aloitteentekijöitä, jotta olisivat osallisia kotiutusohjauksessa.
Perry ym. ⁶⁶ 2011	Haastattelututkimus: potilaat (n = 11)	3	Ortopedi- nen osasto	Yli 65-vuotiaat ortopedisestä leikkauksesta toipuvat potilaat	Kokemukset kotiutumisesta	Koti 6 viikkoa kotiutumisen jälkeen	Kokemuksia kotiutumisesta kuvattiin kolmen pääluokan kautta: – jaetun päätöksenteon puute kotiutuessa – kotiutuminen ja siellä selviytyminen läheisestä riippuvaista – yrityksen ja erehdyksen kuntoutus
Slatyer ym. ⁵⁵ 2013	Haastattelututkimus: potilaat (n = 12), läheiset (n = 15), terveydenhuollon ammattilaiset (n = 35)	3	Päivystyksen tarkkailuosasto (AMU)	Yli 65-vuotiaat potilaat	Uusintakäynteihin johtavat syyt	Akuuttihoito	Potilaiden ja läheisten kokemukset tiivistyivät neljäksi teemaksi: – terveyden kehityskaari – kommunikaation haasteet – kotiutumisvalmius – päätös palata sairaalaan

* Suosituksen kannalta olennaiset tulokset

Poikkileikkaustutkimukset

*Lähdenumeromerkintä hoitosuosituksen lähdeluettelossa

**Suosituksen kannalta olennaiset tulokset

Sukunimi ^{lähde*} vuosi	Tutkimusasetelma: menetelmä	Näytön vahvuus	Toimintaympäristö	Kohderyhmä (P)	Lopputulosmuuttajat (O)	Tulokset**
Auslander ym. ⁸⁵ 2008	Poikkileikkaustutkimus: kotiutuneet potilaat (n = 672)	4 b	Akuuttisairaaloiden sisätautiset ja kirurgiset osastot	Kotiutuvat potilaat, jotka tapasivat sosiaalityöntekijän sairaalakäynnin aikana	Hoidon jatkuvuus (toteutuneet palvelut, implementoidut kotiutussuunnitelmat)	<p>34 % potilaista sai kaikki suunnitellut palvelut kotiin, 31 % sai osan palveluista, 35 % ei saanut mitään suunnitelluista palveluista.</p> <p>Suunnitelluista palveluista jäi toteutumatta erityisesti sosiaalityöntekijän käynti (73 %), kotisairaanhoito (41 %) ja kodinhoito (julkisesta 35 %, yksityisestä 56 %).</p> <p>Potilaan korkeampi ikä paransi kotiin suunniteltujen palveluiden toteutumisen todennäköisyyttä (OR = 1,03; 95 % CI = 1,01-1,04; p = 0,002).</p> <p>Miessukupuoli vähensi kotiin suunniteltujen palveluiden toteutumisen todennäköisyyttä (OR = 0,62; 95 % CI = 0,43-0,90; p = 0,01).</p> <p>Sisätautiosastolla hoidossa olleilla oli pienempi todennäköisyys suunniteltujen palveluiden toteutumiseen kuin kirurgisella osastolla hoidossa olleilla (OR =</p>

						0,55, 95 % CI = 0,38-0,80; p = 0,002).
Belda-Rustarazo ym. ⁹⁹ 2015	Havainnoiva poikkileikkaustutkimus: kotiutuneet potilaat (n = 726)	4 b	Yliopistosairaalan sisätautiosasto	Yli 65-vuotiaat potilaat, joilla oli käytössä yli 5 lääkettä sairaalaan tullessa	Lääkepoikkeamat (lukumäärä, tyyppi)	235 (32 %) potilaista oli tapahtunut vähintään yksi lääkevirhe kotiutuessa (ka 1,95 ± 1,1, Md 2). Yleisin lääkevirhe oli sen saamatta jääminen (71 %), toiseksi yleisin oli annostusvirhe (18 %). Annostusvirheistä 51 % oli lääkkeen yliannostelu ja 49 % aliannostelu. Lääkevirheen riski oli suurempi potilailla, joilla oli useampia lääkkeitä sairaalasta kotiutuessa (p = 0,045). Lääkevirheen riski oli suurempi potilailla, joiden hoitojakso sairaalassa oli pidempi (p = 0,03).
Coleman ym. ⁷³ 2013	Poikkileikkaustutkimus: kysely ja haastattelu, potilaat (n = 237)	4 b	sairaala	Yli 55-vuotiaat potilaat	Kotiutusohjeiden ymmärtäminen ja noudattaminen	Terveystietojen lukukyky (STOFHLA) oli yhteydessä ohjeiden ymmärtämiseen ja noudattamiseen (R ² 0,16; p < 0,0001) Havainnointikyky (kognitio, kellotaulutestillä) oli yhteydessä ohjeiden ymmärtämiseen ja noudattamiseen (R ² -0,18; p = 0,02) Minäpystyvyys ("pystyn vaikuttamaan vain vähän minulle ta-

						pahtuviin asioihin”) oli yhteydessä ohjeiden ymmärtämiseen ja noudattamiseen (R^2 -0,72; $p = 0,004$)
Fabbietti ym. ¹⁰⁷ 2018	Havainnointitutkimus: potilaat (n = 647)	4 b	Sairaalan ja kodin rajapinta	Yli 65-vuotiaat potilaat	Uusintakäynnit 3 kuukauden kuluttua kotiutumisesta	Todennäköisyys uusintakäynnille oli suurempi potilailla, joilla oli käytössään paljon lääkkeitä (yli 8) (OR = 2,72; CI 95 % = 1,48–4,99).
Hastings ym. ⁷⁴ 2012	Puhelinkysely: potilaat tai läheiset edustajavastaajina (n = 305)	4 b	Päivystyspoliklinikka	Yli 65-vuotiaat veteraanit	Hoidon laatu, ohjauksen laatu	79 % vastaajista raportoivat ymmärtäneensä päivystyskäyntiin johtaneen syyn. 50 % vastaajista raportoi ymmärtäneensä kuinka pitkään sairauden tai oireiden voi olettaa kestävän. Heistä, joille oli aloitettu päivystyksessä yksi tai useampia lääkkeitä (n = 186) 95 % raportoi ymmärtäneensä lääkityksen syyn, 98 % kuinka usein lääkettä otetaan ja 92 % kuinka pitkän aikaa lääkettä otetaan. 43 % vastaajista raportoi, ettei ymmärtänyt vähintään yhtä kotiutusohjauksen elementtiä. 30 % vastaajista raportoi, ettei ymmärtänyt päivystyspoliklinikalta määrättyjen lääkkeiden potentiaalisia sivuvaikutuksia.

						<p>29 % vastaajista raportoi, ettei ymmärtänyt varoitusmerkkejä, joiden ilmaantuessa olisi syytä hakeutua uudelleen hoidon arvioon.</p> <p>75 % ymmärsi, kuinka pian potilaan oli tarkoitus mennä omalääkärille seurantakäynnille. Heistä 38 % oli aika varattuna valmiiksi, 11 % aika varattiin päivystyskäynnin aikana, 50 % kotiutuivat ilman tietoa tarkasta seurantakäynnin ajankohdasta.</p> <p>Sähköisestä potilastietojärjestelmästä löytyi päivystyskäynnin kotiutustietoa 85 % tutkimukseen osallistuneesta potilaasta. Näistä 41 % ei sisältänyt mitään tietoa potilaalle (vai tieto, että potilas on kotiutunut).</p> <p>43 % vastaajista raportoi, että ei ollut saanut kirjallista tietoa terveyteen tai lääkitykseen liittyen päivystyksestä kotiutuessa. Heistä 53 % ei löytynyt ohjeita potilastietojärjestelmästä.</p> <p>Niistä vastaajista, jotka raportoivat saaneensa kirjalliset ohjeet 81 % oli lukenut ne kotiutumisen jälkeen ja piti ohjeita helppolukuisina ja ymmärrettävinä.</p>
--	--	--	--	--	--	--

						Vastaajat, jotka raportoivat ymmärtäneensä kotiutusohjeet (hoitoon johtanut syy OR = 2,3; 95 % CI = 1,3–4,0: oletettu oireiden/sairauden kesto OR = 1,6; 95 % CI = 1,0–2,5: jatkohoitosuunnitelma OR = 2,2; 95 % CI = 1,3–3,4) arvioivat muita todennäköisemmin hoidon laadun erinomaiseksi.
Horwitz ym. ⁷⁵ 2013	Poikkileikkaustutkimus: puhelinhaastattelututkimus viikon kulluttua kotiutumisesta, potilaat (n = 395), keski-ikä 77,2 vuotta.	4 b	Yliopistollinen sairaala	Yli 65 -vuotiaat potilaat, jotka kotiutuivat sairaalasta akuutin sepelvaltimotaudin, sydämen vajaatoiminnan tai keuhkokuumeen jälkeen. Sairaanhoitaja kävi potilaiden kanssa kotiutusohjeen ennen kotiutusta, joka sisälsi tietoa diagnoosista, lääkkeitä, seuranta-tapaamisista ja oireista, joita tuli seurata. Ohjauksessa ei käytetty "takaisinopetus"-käytäntöä. Ulko-	Kotiutumiskäytännöt: -seurantakäynnit -potilaslähtöiset kotiutusohjeet -potilaan ymmärrys diagnoosistaan ja seurantakäynneistä -potilaan käsitys ja tyytyväisyys kotiutumisen aikaiseen hoitoon. Potilasohjauksen laatu kotiutuessa: -kotiutusprosessi -potilaan ymmärrys -potilaslähtöisyys	Potilaslähtöiset kotiutusohjeet: – kotiutusohjeet sisälsivät tarkkailtaviin oireisiin (98,4 %), aktiivisuuteen (97,3 %) ja ruokavalioon (89,7 %) liittyviä ohjeita ymmärrettävällä kielellä. – potilaiden saamissa kirjallisissa perusteluissa sairaalahoidon syistä käytetty kieli ei ollut potilaille ymmärrettävää n = 99 (26,3 %) tapauksista. – kotiutuneista potilaista n = 123 (32,6 %) oli sovittu seurantakäynti joko perusterveydenhuoltoon tai kardiologille. – potilaista n = 192 (50,9 %) oli annettu ohjeet seurannasta määräaikana. – potilaista n = 62 (16,4 %) ei ohjeissa ollut mainintaa seurantakäynnistä. Potilaiden mielestä:

puolinen asian-
tuntijasairaanhoi-
taja arvioi potilaan saamat kirjalliset hoito-ohjeet.

- 90,3 % potilaista (n = 354) kertoi saaneensa kirjalliset kotiutumishojeet.
- 87,4 % potilaista (n = 325) piti ohjeita helppolukuisina
- 86,0 % potilaista (n=319) piti ohjeita helposti ymmärrettävinä
- 82,5 % potilaista (n=306/371) raportoi, että heillä oli mahdollisuus kysyä ohjeista

Potilaan ymmärrys diagnoosistaan:

- potilaista n = 349 (95,6 %) raportoi ymmärtäneensä sairaalassa olon syyn.
- potilaista n = 218 (59,6 %) pystyi kertomaan / tiesi diagnoosinsa.
- potilaista n = 118 (32,2 %) pystyi kertomaan sairautteen liittyvistä tyypillisistä oireistaan.
- potilaista n = 30 (8,2 %) ei ollut käsitystä diagnoosistaan.

Potilaan ymmärrys seurantaikännistään:

- potilaista, joilla seurantaikäynti oli dokumentoitu / toteutunut n = 54 (43,9 %) muisti tarkasti seurantaikäynnin yksityiskohtia, potilaista n = 41 (33,3 %) tiesi joitakin asioita seurantaikännistä ja n = 28 (22,8 %) potilaista ilmoitti, ettei heillä

						<p>ollut toteutunut mitään seurantatapaamista.</p> <ul style="list-style-type: none"> – potilaan käsitys ja tyytyväisyys kotiutumisen aikaiseen hoitoon: – potilaista n = 118 (30,0 %) raportoi saaneensa tiedon kotiutumisestaan alle päivää ennen kotiutumista. – potilaista n = 246 (66,1 %) raportoi, että hoitohenkilökunta tiedusteli heiltä ennen kotiutumista, oliko heillä kotona saatavilla tarvittava tuki. <p>potilaista n = 42 (10,9 %) ilmoitti, että he olisivat toivoneet sairaalasta lisäpalveluja.</p>
Kanaan ym. ¹⁰⁰ 2013	Poikkileikkaustutkimus: potilasasiakirjat (n = 1000)	4 b	Sairaala	Yli 65-vuotiaat potilaat, kotiutusasiakirjat	Lääkehaittatapahtuma	<p>Kotiutumisen jälkeen 1–45 vuorokauden aikana farmaseutit tunnistivat 330 mahdollista lääkkeisiin liittyvää tapausta, joista 242 (78 %) luokiteltiin lääkehaittatapahtumaksi.</p> <p>Kotiutumistilanteista 18,7 %:ssa (n = 187) todettiin vähintään yksi lääkehaitta ja 4,4 %:ssa (n = 44) enemmän kuin yksi lääkehaitta.</p> <p>Yli puolet haittatapahtumista ilmeni 14 päivän sisällä kotiutuksesta.</p> <p>24 % lääkehaitoista oli vakavia tai henkeä uhkaavia.</p>

						<p>242 lääkehaittatapahtumasta 35 % (n = 84) olisi ollut estettävissä. Estettävissä olevissa lääkehaittatapahtumissa virhe tapahtui useimmin lääkemääräyksissä (n = 65, 54 %) tai läkehoidon seurannassa (n = 44, 36 %). Vähiten virheitä tapahtui anostelussa (n = 1, 1 %) ja lääkkeenotossa tai ohjeiden ymmärtämisessä (n = 11, 9 %). Yli 40 % (n = 34) estettävissä olleista lääkehaitoista virhe tapahtui kahdessa tai useammassa läkehoidon vaiheessa.</p> <p>Yleisimmät virheet lääkkeen määräämisessä olivat väärän lääkkeen valinta ja väärä annos.</p> <p>242 lääkehaittatapahtumasta 16,5 %:ssa (n = 40) kyseessä oli yhdestä tai useammasta iäkkäälle epätarkoituksenmukaisesta (Beersin kriteeristö) lääkkeestä; 14,9 %:ssa (n = 36) kyseessä oli yksi tai useampi potentiaalisesti epäsovelias lääke, 2,5 %:ssa (n = 6) yksi tai useampi käytä harkiten -lääke.</p>
Lancaster ym. ¹⁰⁴ 2014	Kuvaileva poikkeileikkaustutkimus: sekundaariaineisto,	4 b	Koti	Pitkäaikaisraat iäkkäät, joilla heikentynyt kyky	Läkelistoissa ilmenivät yhdenmukaisuuserot verrattuna	Yli puolella osallistujista (52,9 %, n = 219) oli vähintään yksi lääkeohjeissa ilmenevä virhe.

	potilaiden (n = 414) eri tahoilta saamat lääkelistat			huolehtia lääkityksestään (ikä = 79,18)	iäkkäiden itsensä raportoimiin lääkelistoihin ja lääkkeen määrääjän/määrääjien lääkelistoihin	Yleisin virhetyyppi oli määrätyn lääkkeen käyttämättömyys (30,2 %, n = 118), seuraavaksi yleisin oli lääkkeen käyttäminen, joka oli lopetettu ohjeistusta aiemmin (23,0 %, n = 90). Muunlaiset virhetypit liittyivät lääkkeen vahvuuteen, annoskertaan päivässä ja tablettien lukumäärään.
Mabire ym. ⁶⁹ 2015	Poikkileikkaustutkimus: potilaat (n = 235)	4 b	Sisätauti-osastot	Yli 65-vuotiaat potilaat	Kotiutumisvalmius, hoitajien kotiutumisen suunnitteluprosessin elementtien toteutuminen	9,4 %:lle (n = 22) potilaista ei toteutunut yksikään (seitsemästä) Transitional Care Model (TCM) mukaisesta kotiutumisen suunnittelun komponentista. 2,6 %:lle (n = 6) potilaista toteutui viisi komponenttia seitsemästä. Yhdelläkään potilaalla ei toteutunut kaikki 7 komponenttia. Sairaalassa tehty varhainen arvio (early assessment) oli yleisin (51,2 %, n = 120) kotiutumisen suunnittelussa käytetyistä komponenteista. Kotiutumisen jälkeinen seuranta –komponenttia ei käytetty lainkaan. Yhdenkään potilaan kotiutumisesta vastaava hoitaja (ei ollut kotiutushoitaja, kliininen asiantuntija tai gerontologinen sairaanhoitaja).

						<p>Potilaan osallistumista kotiutumiseen liittyvään päätöksentekoon oli raportoitu harvoin (16,1 %, n = 38).</p> <p>Lähes kaikki potilaat (94,5 %) kokivat olevansa valmiita kotiutumaan sairaalassa ollessaan.</p> <p>30 päivää kotiutumisen jälkeen 44 (18,7 %) potilasta oli otettu sairaalahoitoon ja 15 (6,4 %) oli käyttänyt avohoidon palveluita.</p> <p>Ne potilaat, joiden kotiutumisen suunnittelu tehtiin kattavammin, arvioivat olevansa vähemmän valmiita kotiutumaan ($B = -0,3$; $p < 0,05$; 95 % CI = $-0,7-0,1$).</p> <p>Kotiutumisen suunnittelu ei ollut tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä suunnittelemaan terveydenhuollon palveluiden käyttöön.</p>
Mori ym. ¹⁰¹ 2017	Poikkileikkaustutkimus: potilasasiakirjat (n = 230)	4 b	Sairaalan sisätautiklinikka	Yli 60-vuotiaat sydänpotilaat	Potentiaalisesti haitallinen lääkemääräys (PIM, PPO)	<p>13,9 %:lle potilaista (n = 32) oli aloitettu vähintään yksi potentiaalisesti haitallinen lääke (PIM).</p> <p>39,1 %:lla potilaista (n = 90) ilmeni potentiaalinen lääkemääräysvirhe (PPO).</p> <p>Potentiaalisesti haitallisella lääkemääräyksellä (START-kriteereillä) oli tilastollisesti merkitsevä yhteys diabetekseen (OR</p>

						= 2,73 (1,54-4,84); p = 0,001) sekä dyslipidemiaan (OR = 0,45 (0,25-0,81); p = 0,007). Ikä tai sukupuoli ei ollut yhteydessä.
Palonen ym. ⁶¹ 2015	Poikkileikkaustutkimus: kysely, potilaat (n = 135), läheiset (n = 128)	4 b	Päivystyspoli- klinikka	Yli 65-vuotiaat potilaat ja heidän läheiset	Kotiutumisvalmius	<p>Itseraportoitu kotiutumiseen liittyvän ohjauksen määrä oli vähäistä sekä potilailla (Md 0,68; Q1 0,15; Q3 1,49, asteikko 0–2) että läheisillä (Md 0,20; Q1 0,00; Q3 1,00, asteikko 0–2). Kotiutumiseen liittyvää ohjausta ei saanut lainkaan 24 % (n = 33) potilaista ja 41 % (n = 52) läheisistä.</p> <p>Potilailla, jotka kotiutuivat aamulla tai päivällä (OR = 2,74; p = 0,024) oli korkeampi todennäköisyys kotiutumisvalmiuteen päivystyskäynnillä kuin niillä, jotka kotiutuivat illalla tai yöllä.</p> <p>Potilailla, jotka eivät tarvinneet lisää tietoa kotiutumisen tueksi (OR = 2,74; p = 0,048) oli korkeampi todennäköisyys kotiutumisvalmiuteen päivystyskäynnillä kuin niillä, jotka kaipasivat lisää tietoa.</p> <p>Potilailla, jotka kaipasivat lisää tietoa kotiutumisen tueksi, oli korkeampi todennäköisyys huoliin (OR = 4,75; p = 0,001) sekä odottamattomiin ongelmiin (OR</p>

						<p>= 3,81; p = 0,004) päivystyskäynnin jälkeen kuin niillä, jotka eivät tarvinneet lisää tietoa.</p> <p>Potilailla, jotka eivät tarvinneet lisätietoa kotiutumisen tueksi (OR = 10,36; p < 0,001) ja jotka olivat saaneet ohjausta (OR = 3,66; p = 0,014), oli korkeampi todennäköisyys kotiutumisvalmiuteen päivystyskäynnin jälkeen kuin niillä, jotka kaipasivat lisää tietoa tai eivät olleet saaneet ohjausta.</p> <p>Perheenjäsenillä, jotka olivat saaneet ohjausta, oli korkeampi todennäköisyys kotiutumisvalmiuteen päivystyskäynnin aikana (OR 2,50, p = 0,037) kuin niillä, jotka eivät olleet saaneet ohjausta.</p> <p>Perheenjäsenillä, joilla oli muita auttamassa potilaan hoidossa kotona, oli korkeampi todennäköisyys kotiutumisvalmiuteen päivystyskäynnin aikana (OR = 3,71; p = 0,006) sekä sen jälkeen (OR = 3,88; p = 0,002) kuin niillä, jotka huolehtivat potilaasta yksin.</p> <p>Puolisoilla oli korkeampi todennäköisyys huoliin kotiutumisen</p>
--	--	--	--	--	--	---

						jälkeen kuin lapsilla (OR = 0,22; p = 0,007)
Rodrigue ym. ⁵⁴ 2017	Kuvaileva poikki- leikkaustutkimus: potilaat (n = 33)	4 b	Trauma- keskus	Yli 65-vuotiaat traumapotilaat	Kotiutumisvalmius	<p>42 % (SD ± 28,2) sai riittävästi tietoa kotona selviytymisestä sekä kotiin tarvittavista palveluista ja apuvälineistä. Potilaat tarvitsivat lisää tietoa siitä, miten selviytyä päivittäisistä toimista kotona, kunnallisista palveluista sekä kotona tarvitsemistaan apuvälineistä.</p> <p>40 % (SD ± 36,1) sai riittävästi tietoa lääkkeistä ja niiden sivuvaikutuksista. 90 % ei saanut kirjallista ohjetta lääkehoidosta. Potilaiden mielestä lääkemääräykset olivat epäselviä (n = 2), he eivät saaneet riittävää lääkitystä kivunhoitoon (n = 4) joka johti puolison kipulääkkeiden ottamiseen, pelkoa määrätyn morfiinin ottamiseen (n = 2). Potilaille, joilla oli aiempaa kipua, oli enemmän hankaluuksia selviytyä kivun kanssa kotona.</p> <p>50 % (SD ± 43,3) oli huolia kotona pärjäämisen suhteen kotiutumisen jälkeen. Potilaat kaipasivat lisätietoa lääkityksestä, millaisia kunnallisia palveluita heille oli tarjolla (kuten kotipalvelu, kuljetuspalvelut, kodin</p>

						<p>muutostyöt), miten käyttää apuvälineitä, miten liikkua, sallitut aktiviteetit kotona, sallittu paino, jonka voi nostaa, toipuminen ja kotiin saatavat kirjalliset ohjeet.</p> <p>Potilaat olivat huolissaan kivusta, yksinolosta, tietämättömyydestä mitä aktiviteetteja voivat tehdä, kuinka huolehtia kodista, nukkumisesta, uudelleen kaatumisesta, epätietoisuudesta miten saavuttaa paikalliset sosiaali- ja terveystyöt.</p> <p>Potilaat, joilla oli hyvä tukiverkko ystävistä tai perheestä kokivat pystyvänsä huolehtimaan omasta tilanteestaan.</p> <p>Potilaat, joiden vointi oli parantunut sairaalahoidon aikana, eivät kokeneet huolia kotiutumiseen liittyen.</p> <p>80 % (SD ± 20,5) olivat luottavaisia kotona selviytymisestään saadessaan tiedon kotiutumisesta. Selviytymisen tunne oli vahva potilailla, joilla oli perhe tukena, jotka olivat kokeneet vamman jo aiemmin, jotka eivät halunneet jäädä sairaalaan pidemmäksi aikaa tai joiden piti huolehtia toisesta kotona. Ne potilaat, jotka olivat epävarmoja</p>
--	--	--	--	--	--	---

						<p>selviytymisestään ja joilla ei ollut aiempaa kokemusta vammasta tai jotka kokivat olonsa heikoksi, pelkäsivät kaatuvansa uudelleen ja kokivat kotiutuvansa liian pian.</p> <p>40 %:lla potilaista oli ollut odottamattomia ongelmia kuukausi kotiutumisen jälkeen. 7 potilasta (18 %) palasi päivystykseen, ja heistä 5 otettiin sairaalan osastolle.</p> <p>53 % koki olleensa täysin valmistautuneita kotiutumaan kuukausi kotiutumisen jälkeen arviotuna. Täysin valmistautuneet mainitsivat perheen tukiverkkoa tai kyvyn selviytyä kotona. Kohtuullisen valmistautuneet (25 %) eivät tieneet mitä odottaa, miten selviytyä kotona tai heillä oli muita sairauksia. Loput 22 % kokivat olleensa valmistautumattomia kotiutumiseen ja mainitsivat jääneensä täysin vaille tietoa, eivät tieneet mitä tehdä tai kuka heitä voisi auttaa, eivät kokeneet olevansa fyysisesti valmiita kotiutumaan, tunsivat olonsa fyysisesti ja emotionaalisesti heikoiksi tai he huolehtivat itse toisesta henkilöstä.</p>
--	--	--	--	--	--	--

<p>Xiong ym.⁸¹ 2014</p>	<p>Selittävä poik- kileikkaustutkimus: potilaat (n = 769)</p>	<p>4 b</p>	<p>Yliopistosai- raalan kardio- vaskulaarinen osasto</p>	<p>Yli 59-vuotiaat potilaat, joilla oli käytössä vähin- tään yksi suun kautta otettava lääke yli kuukau- den kuluttua koti- utumisen jälkeen</p>	<p>Depressio, lääki- tysongelmat</p>	<p>39,7 % (n = 305) oli lääkityk- seen liittyviä ongelmia 2 viikkoa kotiutumisen jälkeen.</p> <p>Lääkeongelmat olivat: lääkityk- sen laiminlyönti 20,4 % (n = 157), lääkityksen lopettaminen ilman lääkärin määräystä 13,8 % (n = 106), annoksen muutok- set ilman lääkärin määräystä (9,1 %, n = 70), väärä ajankohta (n = 38, 4,94 %), väärä annos (n = 30, 3,0 %), keskeytykset lää- kkeen otossa (n = 22, 2,86 %), muiden kuin lääkärin määrää- mien lääkkeiden käyttö (n = 20, 2,6 %).</p> <p>12,6 % (n = 97) potilaalla oli enemmän kuin yksi lääkityk- seen liittyvä ongelma.</p> <p>Ne potilaat, joilla ei ollut per- heenjäseniä kotona oli suu- rempi todennäköisyys lääkityk- seen liittyviin ongelmiin (OR 1,71; 95 % CI = 1,22-2,39; p = 0,02)</p> <p>Ne potilaat, joilla oli käytössä yli 6 lääkettä, oli suurempi toden- näköisyys lääkitykseen liittyviin ongelmiin (OR = 1,39; 95 % CI = 1,03-1,87; p < 0,03)</p> <p>Ne potilaat, joilla oli lievä tai va- kava masennus, oli suurempi</p>
--	---	------------	--	--	--	--

						todennäköisyys lääkitykseen liittyviin ongelmiin (OR = 2,56; 95 % CI = 1,77-3,71; p < 0,001).
--	--	--	--	--	--	---