



**Säker hemkomst från sjukhuset  
för den äldre  
Hotus-vårdrekommendation®**

# ARBETSGRUPPEN OCH BINDNING

## Ordföranden

**MIRA, PALONEN**, ss (YH), HVD, universitetslektor, fakulteten för samhällsvetenskaper, hälsovetenskaper, vårdvetenskap, Tammerfors universitet

## Medlemmarna

**KIRSI KARINIEMI**, hv, HVK, ansvarig för hemvårdens team, Uleåborgs stad

**PÄIVI PELTOLA**, ss (YH), Hjärtsjukhuset, TUCS

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

**ANJA RANTANEN**, ss, HVD, docent, universitetslärare, fakulteten för samhällsvetenskaper, hälsovetenskaper, Tammerfors universitet

**HEIDI SIIRA**, ft (YH), HVM, HVD-studerande, universitetslärare, enheten för vårdvetenskap och förvaltningsvetenskap, Uleåborgs universitet

## Utomstående experterna

**OUTI JOLANKI**, FD, docent, Centre of Excellence in Research on Ageing and Care (CoE AgeCare), fakulteten för samhällsvetenskaper, hälsovetenskaper, Tammerfors universitet & Institutionen för samhällsvetenskaper och filosofi, Jyväskylä universitet

**ANNA SAARINEN**, fysioterapeut (AMK), Åbo stad, (medicinsk rehabilitering, Kaskenlinna rehabiliteringscenter)

**MINNA STOLT**, fotterapeut (AMK), HVD, docent, universitetslektor, Institutionen för vårdvetenskap, Åbo universitet

## BINDNING:

Medlemmarna i rekommendationsgruppen har ingen bindning till ämnet för rekommendationen som de kunde ha ekonomisk nytta av eller som kunde påverka rekommendationens tillförlitlighet.

## Innehåll

ARBETSGRUPPEN OCH BINDNING	2
Inledning	5
Rekommendationens mål och centrala begrepp	6
Rekommendationens mål	6
Målgrupper	6
Centrala begrepp	7
Metoder	8
Informationssökning	8
Val av informationskällor	8
Evidensbedömning	9
Rekommendationer	11
1. Den äldre i centrum för vården	11
1.1. Att låta den äldre få sin röst hörd	11
1.2. <i>Den äldres individuella faktorer</i>	12
2. De professionellas roll i utskrivningen av den äldre	13
2.1. <i>Yrkesansvar</i>	13
2.2. <i>Samarbete mellan organisationerna</i>	14
3.Handledning vid utskrivning av den äldre personen	15
3.1 <i>Information om utskrivningen</i>	15
3.3 <i>Handledning för egenvård</i>	16
4. Familj och närstående	16
4.1. <i>Beakta de närstående</i>	16
5. Rehabilitering och främjande av funktionsförmågan	17
5.1. <i>Individuella behov och planering av utskrivningen</i>	17
5.2. <i>Stöd för och uppföljning av utskrivningen</i>	<b>Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.</b>
6. Läkemedelsbehandling	20
7. Näring	21

Ibruktage av rekommendationen \_\_\_\_\_ 21

Källor \_\_\_\_\_ 23

## Inledning

År 2017 fanns det cirka 1,2 miljoner 65 år fyllda personer i Finland. Av dem hade lite drygt 500 000 fyllt 75 år och nästan 200 000 av dessa bodde ensamma. Drygt en tredje del av de äldre, som bor med sin make eller maka, hjälper om hen har nedsatt funktionsförmåga. I skenet av statistiken är en av de vanligaste orsakerna till nedsatt funktionsförmåga hos hemmaboende äldre en minnessjukdom, något som uppskattningsvis 190 000 personer i Finland har. Största delen av dem är äldre än 80 år<sup>1</sup>. Många hemmaboende äldre behöver social- och hälsovårdens tjänster för att bevara sin självständighet samt för att ta hand om sin och eventuellt sin makes/makas hälsa<sup>2-4</sup>.

I och med åldern ökar olika sjukdomar som kan leda till att de äldre ibland kan behöva sjukhusvård. Vårdtiderna på sjukhuset har förkortats och patienterna flyttas över för att få vård i hemmet i allt tidigare faser<sup>5</sup>. I Finland har antalet sjukhusplatser inom akutsjukvården minskat med nästan 40 procent det här årtusendet och talet är i dag ett av de lägsta i EU<sup>6</sup>. Målet är att äldre personer efter sjukhusvården ska kunna klara sig så självständigt som möjligt där hemma och med hjälp av tjänster som erbjuds i hemmet<sup>3</sup>.

När det finns allt mindre tid för planeringen av en säker utskrivning ökar även riskerna för icke-önskade incidenter efter utskrivningen. Riskerna ökar till exempel av en läkemedelsbehandling som inletts men som inte passar patienten eller bristfälliga anvisningar för fortsatt vård<sup>7,8</sup>. Redan sjukhusvården i sig är en betydande risk för att den äldres funktionsförmåga sänks<sup>9</sup> och orörligheten under sjukhusvården försämrar funktionsförmågan ytterligare<sup>10</sup>. Att upprätthålla funktionsförmågan vid överflyttning till hemvården är den viktigaste faktorn för att säkra att man klarar de dagliga sysslorna och för att förebygga fall i hemmet.

Hemkomsten lyckas dock inte alltid, utan en del av de äldre återvänder till sjukhuset alltför snabbt efter utskrivningen (det s.k. svängdörrsfenomenet). Bakom de äldres svängdörrsfenomen kan finnas flera orsaker, såsom den äldres osäkerhet eller rädsla för att klara sig där hemma, bristen på geriatrisk kunskap inom hemvården och på sjukhuset, brister i tjänstteamet och de tjänster avsedda för äldre.<sup>11-13</sup> Bristande planering av utskrivningen är också ofta kopplad till den äldres återbesök på sjukhuset<sup>14</sup>. Därför bör man noggrant planera och förbereda utskrivningen för att trygga kontinuiteten i vården efter sjukhusvården<sup>15,16</sup>.

Man bör även fästa uppmärksamhet vid sömfria vårdkedjor eftersom till exempel en utveckling av hemvårdstjänsterna minskar behovet av dyra specialsjukvårdstjänster<sup>17</sup>. Upprepade övergångar mellan hemmet och sjukhuset är heller inte önskvärda eftersom detta ökar på de sociala och hälsomässiga riskerna (b.l.a. dödligheten) hos de äldre<sup>18-20</sup>.

Man har undersökt effektiva metoder för att planera och förbereda utskrivningen av de äldre, men fortsättningsvis finns det lite information om dessa<sup>5</sup>. Utifrån tidigare undersökningar vet vi att man når bäst resultat i planeringen av den äldres utskrivning då man beaktat deras hemförhållanden, hälsovårdens stödtjänster till hemmet<sup>21,22</sup> samt att de äldres närstående tas med i planeringen och i handledningen av utskrivningen<sup>21</sup>. I undersökningar har man dock konstaterat brister i ovan nämnda delområden<sup>21,23</sup> och i planeringen av utskrivningen har gjorts rätt små ändringar<sup>21</sup>. Planeringen av utskrivningen verkar främst basera sig på befintliga verksamhetssätt och klinisk erfarenhet och inte på forskningsrön<sup>24,25</sup>. Därför är

syftet med den här vårdrekommendationen att samla befintliga forskningsrön för att trygga en säker hemkomst efter den äldre efter sjukhusvistelsen.

Inga vårdrekommendationer visavi de äldres utskrivning ur vårdarbetets perspektiv har veterligen utarbetats på nationell eller internationell nivå. I Storbritannien har läkarna utarbetat anvisningar för hur man planerar utskrivningen från sjukhuset. Anvisningarna baserar sig på en systematisk översikt som granskade sambandet mellan tidig utskrivning och planeringen av utskrivningen. I rekommendationen är hela den vuxna befolkningen målgrupp, så anvisningarna riktas inte direkt till frågor som bör beaktas vid en säker utskrivning för äldre personer.<sup>26</sup> På nationell nivå har man publicerat en vårdrekommendation om att identifiera riskfaktorer för fall<sup>27</sup>, som även kan utnyttjas för att planera en säker utskrivning för äldre.

År 2020 publicerades två rekommendationer riktade mot äldre, men deras målgrupper och mål är dock annorlunda än i den här vårdrekommendationen. Den första rekommendationen är en uppdatering av vårdrekommendationen för att trygga en god ålderdom och förbättra tjänsterna 2020–23. Rekommendationen har i första hand riktats till förberedelser inför det faktum att befolkningen åldras och som stöd för utveckling av tjänster för äldre, som stöd vid utvärdering och genomförande för kommunernas och samarbetsrådets beslutsfattare och ledning, samt som stöd för tillsyn.<sup>28</sup> Den andra rekommendationen är riktad mot att mäta de äldres funktionsförmåga i samband med utvärderingen av servicebehovet. Syftet med rekommendationen är att förenhetliga praxis för att utreda de äldres servicebehov genom att rekommendera nationellt enhetliga pålitliga mätare för att utvärdera funktionsförmågan<sup>29</sup>.

Suositus on kohdennettu ensisijaisesti väestön ikääntymiseen varautumiseen, ja iäkkäiden palvelujen kehittämisen, arvioinnin ja toimeenpanon tueksi kuntien ja yhteistoiminta-alueiden päättäjille ja johdolle, sekä valvonnan tue

Dessutom har man lokalt utvecklat verksamhetsmodeller utifrån erfarenhetsevidens, såsom verktyg för utskrivning av de äldre. Denna verksamhetsmodell är avsedd som ett hjälpmedel i vardagen för social- och hälsovårdspersonal som arbetar med vård, rehabilitering och utskrivning av de äldre<sup>30</sup>.

## Rekommendationens mål och centrala begrepp

### Rekommendationens mål

Målet med vårdrekommendationen är att sammanställa befintlig evidens av god kvalitet om säker hemkomst från sjukhuset för den äldre. Målet är att med hjälp av rekommendationerna utveckla enhetliga verksamhetssätt för att stöda de äldres utskrivning från sjukhuset samt för att minska antalet oförutsedda återbesök.

### Målgrupper

Denna vårdrekommendation gäller äldre personer, som skrivs ut från sjukhuset. Utanför rekommendationerna står de personer, som inte åker hem från sjukhuset eller till en annan plats för fortsatt vård eller rehabilitering, samt äldre som skrivs ut från en annan hälsovårdsorganisation än ett sjukhus. Vårdrekommendationen riktas till hälsovården och rekommendationen har inte granskat socialvårdstjänsterna.

## Centrala begrepp

### En äldre person

Att definiera en äldre person är inte entydigt och definitionen påverkas inte endast av personens kronologiska ålder utan dessutom av dennes fysiska och psykiska funktionsförmåga. I sin statistik använder Världshälsoorganisationen (World Health Organization, WHO) 60 år som undre gräns för äldre personer i sin statistik, vilket bland annat beror på den låga förväntade livslängden i en del länder.<sup>31,32</sup> I internationell forskningslitteratur om äldre kan kriterierna för kronologisk ålder vara ännu lägre, rent av 55 år. I Finland är definitionen utifrån den kronologiska åldern ofta högre än de internationella kriterierna eftersom den baseras på en utvärdering av exempelvis pensionsåldern eller funktionsförmågan. I Finland börjar pensionsåldern då personen fyller 63–68 år och pensionsåldern stiger enligt den förväntade livstiden<sup>33</sup>.

I den här vårdrekommendationen avses med en äldre person en person som fyllt 65 år, vilket baserar sig inte bara på kriterierna i internationell forskningslitteratur utan även på Finlands lagstiftning och officiell statistik, där äldre avses den del av befolkning som fyllt 65 år och har rätt till ålderspension. Lagen om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre<sup>34</sup> (980/2012) ger ingen kronologisk definition för en äldre person, men karakteriserar detta som en person vars *”fysiska, kognitiva, psykiska eller sociala funktionsförmåga är nedsatt på grund av sjukdomar eller skador som har uppkommit, tilltagit eller förvärrats i och med hög ålder, eller på grund av degeneration i anslutning till hög ålder”*. I rekommendationerna för den aktuella vårdrekommendationen använder vi det korta begreppet *äldre* för att göra texten lättare att läsa.

### Säker utskrivning

Äldre personer tas oftare in på avdelning än yngre och deras sjukhusvård kan förlängas till exempel på grund av multisjukdomar eller andra komplexa problem<sup>35</sup>. Detta kan vara till fördel för de äldre eftersom det för en säker utskrivning tid och möjligheter att förbereda sig för hemkomsten<sup>36</sup>. I regel är det säkert att skrivas ut från sjukhuset. I de utskrivningssituationer där den äldres säkerhet äventyras finns det ofta beslut i bakgrunden som hade kunnat undvikas med enhetlig praxis och genom att följa anvisningarna.<sup>25</sup> En planlighet betyder inte en verksamhet där alla utskrivs på samma sätt. Prioriteten bör alltid vara individuella mål<sup>37,38</sup> eftersom rutinmässiga metoder inte alltid fungerar på önskat sätt till exempel för att förebygga onödiga återbesök<sup>39</sup>.

Den äldre personens utskrivningsberedskap är en viktig faktor vid sidan av andra kriterier vid utskrivning av . Den äldre ska utöver fysisk funktionsförmåga även ha förmåga och tillit till att ta hand om sig själv där hemma. För att klara av vardagliga sysslor efter utskrivningen krävs tillräcklig handledning och kunskap.<sup>40</sup> För att säkerställa en säker utskrivning är det viktigt att identifiera de begränsningar som åldern medför, såsom försämrade sinnes- och minnesfunktioner<sup>41</sup> som kan medverka till att de äldre nödvändigtvis inte alltid förstår anvisningarna för den fortsatta vården<sup>42</sup>. Med säker utskrivning avses i den här rekommendationen att en äldre kommer hem från sjukhuset på så sätt att det blir en lyckad process för den äldre, dennes närstående och organisationen och som inte äventyrar den äldres hälsa och som tryggar kontinuiteten i vården även där hemma. Rekommendationerna kan tillämpas både på korta besök av jourtyp samt på längre vårdperioder på sjukhuset.

## Planering av utskrivningen

Syftet med planeringen av utskrivningen är att förbättra patienttillfredsställelsen, säkerställa smidiga tjänster efter hemkomsten, minska hälsovårdens kostnader och antalet oförutsedda återbesök<sup>38</sup>. I den här rekommendationen granskas den äldres hemkomst från sjukhuset. Med planering av utskrivningen avses förutom ovan nämnda en process, som beaktar patientens egenvård, patientnärheten<sup>43</sup> och den vidare uppföljningen<sup>43,44</sup>. Vid utskrivningen bör man även beakta eventuella riskfaktorer, som kan försämra den äldres hälsotillstånd efter hemkomsten från sjukhuset<sup>43,44</sup>. I utskrivningsprocessen ansvarar sjukskötaren för att utarbeta planen i den multiprofessionella arbetsgruppen och planen utarbetas tillsammans med den äldre och dennes närstående. Grunden för utarbetandet av planen är en utvärdering innan utskrivningen på sjukhuset och målet är en plan på uppföljningen av den fortsatta vården samt åtgärderna. Den praktiska genomföringen av utskrivningsplanen ska innehålla en fungerande kommunikation mellan alla dem som deltar i den äldres vård både på sjukhuset och där hemma.

## Metoder

### Informationssökning

De databaser och sökord som användes vid informationssökningen beskrivs i bilaga 1. Sökstrategin planerades tillsammans med bibliotekets informatiker och det genomfördes från följande databaser: CINAHL, ProQuest, Medline, Medic, PsycInfo, Cochrane Library sekä Joanna Briggs Institute (JBI) EPB database. Informationssökningen gjordes som ämnesordssökningar för perioden 2008–2018, som friordssökning kompletterad med årtal 2014–2018. Undersökningar från publikationsåret 2019 har tagits med som ahead of print-versioner från 2017 och 2018 och användes i vårdrekommendationerna.

Informationssökningarna sparades på konton som hade skapats i olika databaser och överfördes till Refworks-referenshanteringsprogrammet. Först genomgicks sökresultaten på rubriknivå. Därpå lästes artiklarnas sammanfattningar och därefter lästes de valda artiklarna i sin helhet. På förhand bestämda inklusions- och exklusionskriterier användes vid urvalet.

### Val av informationskällor

Kriterierna för inkludering av undersökningar var:

- referentgranskade vetenskapliga publikationer eller doktorsavhandlingar
- finska, engelska eller svenska
- de undersökta personernas ålder var 65 år eller mer
- utskrivning från sjukhuset
- faktorer hänför sig till den äldre personen och familjen
- faktorer som hänför sig till utskrivningen.

Kriterierna för exkludering var:

- näringsvetenskapliga publikationer
- flytt från en vårdinrättning till en annan
- utskrivning från en annan hälsovårdsorganisation än ett sjukhus
- utskrivning till ett hemsjukhus.



Valet av informationskällor utfördes av två forskare enligt forskningsfrågan på så sätt att de båda forskarna självständigt först gjorde val på rubrik-, abstrakt- och heltextnivå i båda forskningsfrågorna. Utifrån kriterierna för vilka artiklar som kunde tas med kvalitetsbedömdes de enligt JBI:s kriterier för kritisk utvärdering<sup>45</sup>. Innan kvalitetsbedömningen ställde rekommendationsgruppen tillsammans fast minimipöängantal för studier som kunde godkännas och de kriterier som betonas i utvärderingskriterierna. Gränsen för godkännande var ett utfall om 50 procent. I den verbala beskrivningen av kvalitetsbedömningens resultat användes följande gränsvärden: Duglig 50–64 %, god 65–85 %, hög 86–100 %. I den systematiska översikten användes som kriterium för godkännande även att två forskare hade oberoende av varandrabedömt kvaliteten på de i översikten inkluderade studierna. Blanketterna för kvalitetsbedömning sparades för respektive artikel och bedömare i särskilda filer.

Laadunarvioinnin perusteella tehtyä kokotekstien valintaa verrattiin tutkijaparin kanssa. Valet av hela texter, som gjordes utifrån kvalitetsbedömningen, jämfördes med forskarparet. Eventuella meningsskiljaktigheter avgjordes utifrån på förhand fastställda punkter i JBI-kriterierna. Rekommendationsarbetsgruppen sammanträdde för att göra de slutliga valen utifrån forskarparens preliminära val. Materialet analyserades genom att mata in artiklarnas resultat på forskningsfrågorna i forskningstabeller (Bilaga 2).

## Evidensbedömning

Vårdrekommendationens rekommendationer baserar sig på översikterna av evidensgraderna (Bilagorna 3–15) i enlighet med Stiftelsen för vårdforskning sr (Hotus) handbok om utarbetande av vårdrekommendationer<sup>46</sup>. Översikterna av evidensgraden utarbetades utgående från de studier som fastställandet av rekommendationernas evidensgrad baserades på. I översikterna av evidensgraden beskrevs centrala resultat med tanke på rekommendationerna i fråga, utförandet av undersökningen, resultatet från bedömningen av kvaliteten, evidensstyrkan som utformningen av undersökningen baserade sig på samt forskningsresultatens tillämpbarhet på den finländska befolkningen. På fastställandet av evidensen i rekommendationerna (tabell 1) invercade hur stark och enhetlig evidens som studierna i översikten producerade med beaktande av studiens kvalitet, evidensstyrkan (tabell 2) och studiens sampelstorlek.

**Tabell 1. Angivande av evidensen i vårdrekommendationerna i enlighet med <sup>46–49</sup>**

A	Stark evidens: vi litar på att den verkliga effekten ligger nära den uppskattade effekten.	Flera metodologiskt högklassiga <sup>1</sup> studier med liknande resultat.
B	Måttlig evidens: vi är någorlunda säkra på att den verkliga effekten ligger nära den uppskattade effekten.	Åtminstone en metodologiskt högklassig <sup>1</sup> studie eller flera högklassiga <sup>1</sup> studier, vars forskningsresultat enbart är aningen motstridiga, eller flera befogade <sup>2</sup> studier, vars resultat är liknande.
C	Svag evidens: förtroendet för bedömningen av effekten är begränsad: den verkliga effekten kan vara något annat än den uppskattade.	Flera högklassiga <sup>1</sup> studier med resultat som påvisar avsevärt motstridiga resultat, eller åtminstone en befogad <sup>2</sup> studie.
D	Mycket svag evidens: mycket svagt förtroende för bedömningen av effekten: den verkliga effekten kan avvika avsevärt från bedömningarna.	Metodologiskt svaga studier, emellertid uppfylls det lägsta kravet på kvaliteten.
<sup>1</sup> Metodologiskt högklassig = det bästa studieupplägget har använts utgående från studieobjektet och studiens genomförande är metodologiskt högklassigt.		
<sup>2</sup> Befogad = den metodologiska kvaliteten är befogad men inte den mest lämpliga med tanke på studieutformningen och -objektet; befolkningen som granskats och den metod som använts är relevanta som grund för vårdrekommendationens ställningstaganden.		

**Tabell 2. Fastställande av evidensstyrkan<sup>46</sup>**

<b>Evidensstyrka</b>	
<b>Nivå 1 – Experimentella upplägg</b>	<b>Nivå 2 – kvasiexperimentella upplägg</b>
1a systematisk översikt över randomiserade kontrollerade studier (RCT)	2a systematisk översikt över kvasiexperimentella studier
1b systematisk översikt över randomiserade kontrollerade studier (RCT), som omfattar studier som genomförts med andra upplägg	2b systematisk översikt över kvasiexperimentella studier, som även omfattar forskningsupplägg på lägre nivåer
1c enskild randomiserad kontrollerad studie	2c kvasiexperimentell prospektiv kontrollerad studie
1d experimentella studier i vilka försökspersonerna delas in i försöks- och kontrollgrupper	2d forskningsuppläggsstudie som omfattar före-efter-test-upplägg eller en historisk, retrospektiv kontrollgrupp
<b>Nivå 3 – Observerande/analytiska upplägg</b>	<b>Nivå 4 – Observerande/beskrivande studier</b>
3a systematisk översikt över jämförbara kohorter	4a systematisk översikt över beskrivande studier
3b systematisk översikt över kohorter, som även omfattar forskningsupplägg på lägre nivåer	4b tvärsnittsstudie
3c kohortstudie, som omfattar en kontrollgrupp	4c fall-serie
3d fall-kontrollstudie	4d fallstudie
3e observationsstudie utan kontrollgrupp	
<b>Nivå 5 – experternas syn</b>	
5a systematisk översikt över expertutlåtanden	
5b experternas samförstånd, konsensusuttalande	
5c enskild expertsyn	
<b>Relevans</b>	
Nivå 1 Systematisk översikt över kvalitativa eller mixed-methods studier	
Nivå 2 Syntes av kvalitativa eller mixed-methods studier	
Nivå 3 Enskild kvalitativ studie	
Nivå 4 Systematisk översikt över expertutlåtanden	
Nivå 5 Enskild expertsyn/ åsikt	

Vårdrekommendationsarbetsgruppen fick stöd av en sakkunniggrupp som bestod av sammanlagt fyra sakkunniga på vård, omsorg och forskning av äldre samt två erfarenhetsexperter tillhörande rekommendationens målgrupp. Expertgruppens yrkesutbildade medlemmar konsulterades i planeringsskedet av vårdrekommendationen och i samband med skrivandet av rekommendationsfraserna, t.ex. utformningen av dessa. Sakkunniggruppens geriatriker kommenterade planen till vårdrekommendation men ville inte publicera sitt namn. Sakkunniggruppens erfarenhetsexperter hördes vid utformningen av rekommendationer klient- och närståendeperspektivet. Erfarenhetsexperterna ville inte publicera sina namn i samband med vårdrekommendationen. Vårdrekommendationens innehåll slutfördes utifrån inhämtade utlåtanden.

# Rekommendationer

I den här vårdrekommendationen avses med äldre en äldre person som skrivs ut från sjukhuset.

## 1. Den äldre i centrum för vården

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

Ta reda på och beakta den äldres åsikter och individuella behov i frågor kring utskrivningen, eftersom

- **det uppenbarligen är viktigt för den äldre att bli hörd och beaktad i frågor som gäller sin utskrivning<sup>50-52</sup>. (B)**
  - Utifrån den äldre och dennes närståendes upplevelser ökar en positiv känsla av att få stöd bland annat av att:
    - hemkomsten förbereds så att den är synlig för den äldre och de närstående
    - fysioterapin fokuserar på vad den äldre själv vill kunna göra där hemma
    - en ergonomikartläggning utförs på sjukhuset eller där hemma
    - den äldre erbjuds hjälpmedel och -anordningar
    - den kontakt som skapats på sjukhuset upprätthålls genom uppföljningstjänster som erbjuds genast efter utskrivningen.<sup>52</sup>
  
- **att låta den äldre få sin röst hörd i samband med utskrivningen från sjukhuset kan stöda självständigheten<sup>50</sup>. (C)**
  - Man kan be den äldre beskriva sin oro och sina uppfattningar om sin nuvarande funktionsförmåga och förväntningar gällande hemkomsten. Det är viktigt att höra dessa även om de inte i praktiken går att utföra.<sup>53</sup>
  
- **att lämna den äldre utanför diskussionerna om utskrivningen från sjukhuset kan leda till en känsla av att uppgifter som är viktiga för vården inte beaktas<sup>50</sup>. (C)**
  - Som yrkesutbildad är det bra att fästa uppmärksamhet vid sin attityd och till exempel inte göra antaganden om den äldres dagliga funktionsförmåga eller rörlighet utan en ändamålsenlig utvärdering av funktionsförmågan<sup>53</sup>.
  
- **den äldres individuella egenskaper är uppenbarligen av betydelse i förhållande till utskrivningen och hur den äldre klarar sig där hemma<sup>54-56</sup>. (B)**

**Möjliggör hörandet av den äldre och beaktandet av dennes individuella behov genom arbetsarrangemang, eftersom**

- **hälsovårdspersonalen kan känna att de identifierar den äldres individuella behov och strävar efter att beakta behoven, men arbetsförhållandena kan fungera som ett hinder för detta<sup>57</sup>. (C)**
  - Utifrån personalens erfarenheter är ett multiprofessionellt team till fördel då man utreder den äldres olika vårdrelaterade behov<sup>57</sup>.

**Fäst uppmärksamhet vid att höra den äldre då vårdansvaret överförs från en enhet till nästa, eftersom**

- **både de äldre och personalen upplever att den äldre kan bli utanför i planeringen av vården vid övergången från specialsjukvården till primärvården<sup>58</sup>. (C)**

## **1.2. Den äldres individuella faktorer**

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

- **vitala värden som avviker från de normala under jourbesök sannolikt har en koppling till den äldres oplanerade återbesök på jourpolikliniken<sup>59</sup>. (B)**
- **den äldres sänkta kognitiva funktionsförmåga, hjärtinsufficiens eller fall efter utskrivningen kan ha ett samband med oplanerade återbesök<sup>60</sup>. (C)**
- **den äldre kan vara rädd för hur hen kan klara sig där hemma samt för att de symtom som lett till sjukhusvård återkommer<sup>55</sup>. (C)**
- **den äldre kan uppleva att återbesöket beror på att utskrivningen skett då den äldre var i dåligt skick och inte var redo för att åka hem efter sitt första sjukhusbesök<sup>51</sup> (C)**
  - Utifrån de äldres upplevelser kan de känna sig otrygga där hemma och även besvikna efter den goda och omsorgsfulla vård de fick på sjukhuset. De kommer på återbesök först då de känner sig så dåliga att de inte anser sig ha några andra möjligheter.<sup>51</sup>

- **utskrivningstidpunkten (tid på dygnet) har uppenbarligen ett samband med den äldres beredskap att åka hem<sup>61</sup>. (C)**
- **enligt erfarenhetsexperterna och hälso- och sjukvårdens yrkesutbildade personal kan den äldre skrivas ut från sjukhuset för tidigt<sup>56</sup>. (C)**
- **äldre, särskilt sköra äldre, som skrivs ut från en jourpoliklinik har en risk för incidenter (återbesök, flytt till ett vårdhem, döden)<sup>62,63</sup>. (B)**
- **en självrapporterad ångest och nedsatt funktionsförmåga hos den äldre kan ha ett samband med att den äldre faller. (C)**

## **2. De professionellas roll i utskrivningen av den äldre**

### **2.1. Yrkesansvar**

**Bär det yrkesmässiga ansvaret i frågor som gäller utskrivningen av den äldre eftersom**

- **äldre och närstående uppenbarligen känner att de i beslutet om att få åka hem litar på hälsovårdspersonalen<sup>55,65,66</sup>. (B)**
  - Det är viktigt att presentera sig och sin titel, eftersom de äldres upplevelser visar att en oklarhet om vem man talar med kan leda till en känsla av icke-koordinerad vård och utskrivning<sup>50</sup>.
- **att överföra ansvaret för informationsförmedlingen helt på den äldres ansvar kan enligt de professionella äventyra patientsäkerheten<sup>58</sup>. (C)**

**Organisationen bör säkerställa förhållanden som möjliggör en säker utskrivning av patienten, eftersom**

- **den äldre kan uppleva att en bristfällig planering av utskrivningen utsätter hen för en sårbar situation<sup>51</sup>. (C)**
- **knappa resurser kan leda till att den äldre kommer på återbesök<sup>55</sup>. (C)**
  - Bland annat följande faktorer kan beskriva knappa resurser:
    - en brådskande stämning som enligt de sakkunniga försvårar interaktionen och ger en oklar bild av handledningen av de äldre och närstående, och där sakinnehållet inte fastnar i minnet
    - en snabb utskrivning, där de äldres och deras närståendes erfarenheter visar att behovet av fortsatt vård inte alltid kartläggs.<sup>55</sup>
- **hälsovårdspersonal och de äldre upplever uppenbarligen att yrkespersonalen har brister i sin know-how om utskrivningen av äldre och i sin verksamhet<sup>57,67,68</sup>. (B)**

## 2.2. Samarbete mellan organisationerna

**Ta ansvar för att främja det multiprofessionella samarbetet då den äldre skrivs ut och genomför det i ditt arbete, eftersom**

- **ett samarbete mellan yrkesgrupper kan upplevas som något som främjar den äldres smidiga övergång från sjukhuset till hemmet<sup>50</sup>. (C)**
  - Utifrån de yrkesutbildades erfarenheter är hemvårdens yrkespersonal viktig i den helhetsmässiga uppföljningen av den äldres hälsa och vård<sup>56</sup>.
- **den äldre kan uppskatta en multiprofessionell läkemedelshandledning<sup>50</sup> (C)**
  - Samarbetet mellan hälsovårdspersonalen kan genomföras exempelvis mellan sjukhuset, hemvården och farmaceuterna<sup>50</sup>.

**Observera och sträva efter att avlägsna hinder för samarbete om den äldres utskrivning mellan hälsovårdspersonal och organisationer, eftersom**

- **informationen och kommunikationen mellan organisationerna då den äldre skrivs ut är bristfällig enligt flera aktörer<sup>7,56,58,68</sup>. (A)**
  - Upplevda brister gällande information och kommunikation kan handla om bland annat:
    - bristen på gemensam praxis vid informationsutbyte mellan den specialiserade sjukvården och primärvården
    - man kommunicerade exempelvis via dokument utan direkta kontakter mellan personerna
    - bristfälliga rapporter (t.ex. remisser, epikriser) eller långsam information
    - avsaknaden av gemensamma datasystem
    - informationsförmedling mellan den äldre och hälso- och sjukvårdens yrkesutbildade personal.<sup>68</sup>
- **tid, know-how och resurser är uppenbarligen betydelsefulla faktorer i samarbetet mellan organisationerna då den äldre skrivs ut<sup>56-58,69</sup>. (B)**
  - Brister i tid och resurser kan förorsaka problem bland annat för informationsöverföringen, planeringen av patienternas vård och utvärderingen av situationerna, anammandet av helhetsansvaret för patientens vård och kan förorsaka äldres onödiga besök inom hälso- och sjukvården<sup>56</sup>.

- I allokeringen av tid och resurser bör man fästa särskild uppmärksamhet vid de äldre som har behov av särskilt stöd till exempel utifrån den sociala situationen eller funktionsförmågan<sup>56</sup>.
- **det splittrade ansvaret mellan olika aktörer upplevs vara ett hinder för samarbetet mellan organisationerna då den äldre skrivs ut<sup>56,70</sup>. (A)**

### **3.Handledning vid utskrivning av den äldre personen**

#### **3.1 Information om utskrivningen**

**Säkerställ att den information som den äldre får vid utskrivningen är konsekvent och ges i rätt tid, eftersom**

- **det uppenbarligen finns brister i den information och handledning de äldre får angående utskrivningen<sup>61,66,71,72</sup>. (B)**
- **de äldre kunde uppleva att den bristfälliga informationen de fick i samband med utskrivningen var en orsak för återbesöken<sup>51</sup>. (C)**
- **de äldre upplever att bristen på information förorsakar osäkerhet i frågor som gäller utskrivningen<sup>50,52,54,61,66,68</sup>. (A)**
  - Utifrån de äldre personernas upplevelser
    - önskas mer information bland annat om läkemedelsbehandlingen, de kommunala tjänsterna (bl.a. hemtjänst, färdtjänst, omändringsarbeten i hemmet) och hur man får tillgång till dessa, användningen av hjälpmedel, rörligheten, tillåtna aktiviteter där hemma, lyftbegränsningar och återhämtandet
    - är de äldre oroliga över smärtan, rädslan att falla, sömnen och att vara ensam samt ovissheit om vilka aktiviteter som är lämpliga eller hur man kan sköta hemmet.<sup>54</sup>

#### **3.2 Att förstå handledningen**

**Säkerställ att den äldre har förstått handledningen eftersom**

- **den äldres individuella egenskaper uppenbarligen är kopplade till förståelsen av handledningen<sup>58,73</sup>. (B)**

- **det förekommer sannolikt individuell variation i hur de äldre förstår anvisningarna<sup>63,74,75</sup>. (B)**
- **hälsovårdspersonal kunde uppleva att den äldre inte förstått informationen och förståelsen hade inte säkerställts<sup>56</sup>. (C)**
  - Utifrån den äldre och de närståendes erfarenheter vill de ställa mera frågor om vården, men det kan vara svårt för dem att formulera de rätta frågorna<sup>56</sup>.

### **3.3Handledning för egenvård**

**Handled den äldre i egenvården av sin sjukdom och stöd engagemanget för egenvården, eftersom**

- **handledning samt planering och uppföljning av utskrivningen kan förbättra den äldres självupplevda livskvalitet samt kunskapsnivån om sjukdomen<sup>76</sup>. (C)**
- **en individuellt skräddarsydd handledning av egenvården, som motiverar, stärker och stöder delaktigheten hos en äldre multisjuk patient, minskar uppenbarligen på återbesöken och förbättrar livskvaliteten, egenvårdsberedskapen och den självupplevda hälsan<sup>77</sup>. (B)**
- **en individuell handledning som stärker resurserna kan förbättra den äldres beredskap att ta hand om sig själv, den psykiska hälsan och upplevelsen av att vården fortsätter<sup>78</sup>. (C)**

**Säkerställ att den äldre kan delta i genomförandet av åtgärderna, eftersom**

- **de äldre upplever att deltagandet i vården kan förbättra deras inläring om egenvården<sup>50</sup>. (C)**

## **4. Familj och närstående**

### **4.1. Beakta de närstående**

**Be om tillstånd av den äldre för närståendes deltagande i planeringen av utskrivningen, eftersom**



- **stödet från den närstående upplevs ge den äldre en säkerhet av att klara sig självständigt där hemma**<sup>50,54–56,58,66,72</sup>. (A)
- **informationstillgången och att den sker i rätt tid är av betydelse för hur de närstående kan förbereda sig på den äldres hemkomst.**<sup>52,56,61,72,79</sup>. (A)
- **de närstående har en betydande roll vid vården av den äldre vid utskrivningen från sjukhuset och efter den**<sup>50,58,79–81</sup>. (A)
- **beaktandet av den äldre vid utskrivningen genomförs uppenbarligen på ett inkonsekvent sätt**<sup>50,61,65,70</sup>. (B)
  - De närståendes deltagande i vården av den äldre förutsätter en positiv interaktion med yrkespersonalen som får de närstående att känna sig beaktade.
  - De närstående har beskrivit att en misslyckad interaktion (som beror på t.ex. brådska eller undvikande av kontakter) bland annat:
    - har förorsakat de närstående besvikelse och aggressioner, fått dem att känna sig underkastade, stressade, frustrerade, övergivna samt att deras erfarenheter blivit osynliggjorda
    - hindrat de närstående från att ställa frågor.<sup>79</sup>
- **den äldre och dennes närstående kan ha olika uppfattningar om den närståendes delaktighet i vården**<sup>57,72</sup>. (B)
  - Utifrån de äldres upplevelser kan man undvika att be sina närstående om hjälp eftersom:
    - man inte vill belasta de närstående för mycket
    - beroendet av de närståendes hjälp kan orsaka frustration
    - en ständig hjälp av de närstående där hemma kan leda till spänningar mellan familjemedlemmarna.<sup>66</sup>

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

- **de närstående uppenbarligen belastas av sin centrala roll i vården av den äldre vid och efter hemkomsten från sjukhuset**<sup>72,79</sup>. (B)
- **de närståendes behov av information och stöd då den äldre skrivs ut kan variera**<sup>55,61</sup>. (C)
- **en individuell stödintervention vid utskrivning av den äldre som riktas till den närstående kan förbättra den närståendes beredskap att vara närståendevårdare efter utskrivningen**<sup>82–84</sup>. (C)

## **5. Rehabilitering och främjande av funktionsförmågan**

### **5.1. Individuella behov och planering av utskrivningen**

Utvärdera i samband med utskrivningen från sjukhuset den äldres hemmiljö och behov av tjänster i samarbete med den äldre och dennes närstående och utnyttja informationen i den individuella utskrivnings- och rehabiliteringsplanen, eftersom

- **det kan finnas brister vid genomförandet av tjänster som utförs i hemmet<sup>85</sup>. (C)**
  
- **en individuell planering av den äldres utskrivning minskar sannolikt på antalet återbesök på sjukhuset<sup>86-88</sup>. (B)**
  - Centrala element i de interventioner som minskar på antalet återbesök verkar vara:
    - multiprofessionalitet
    - inriktning på helheten samt
    - stöd för beslutsfattandet.<sup>87,88</sup>
  
- **en individuell och multiprofessionell planering av utskrivningen kan öka den äldres tillfredshet med utskrivningen samt förbättra den självupplevda hälsan<sup>87</sup>. (C)**
  
- **äldre som skrivits ut från sjukhus och som har behov av särskilt stöd kan ha olika problem som gör det svårare för dem att klara sig där hemma och behov av stöd som visar sig först efter utskrivningen<sup>89</sup>. (C)**
  
- **en kontinuerlig rehabilitering i kombination med en riskbedömning av hemmiljön kan förbättra den äldre höftfrakturpatientens fysiska prestanda, förmåga att klara de dagliga funktionerna samt minska på depressionssymtom<sup>90</sup>. (C)**

## **5.2. Hemrehabilitering**

Erbjud i mån av möjlighet de äldre hemrehabilitering i samband med att de skrivs ut från sjukhuset eftersom

- **en hemrehabilitering riktad mot de vardagliga sysslorna uppenbarligen minskar den äldres sjukhusdagar under sex månader efter utskrivningen<sup>91</sup>. (B)**
  - En intensiv hemrehabilitering som riktas mot de dagliga sysslorna torde inte minska endast på antalet sjukhusdagar utan även på hälso- och sjukvårdskostnaderna. Interventionen (Supported Transfer & Accelerated Rehabilitation Team, START) för utskrivning med stöd och intensiv hemrehabilitering minskade på hälsovårdens kostnader mer ( $p = 0,004$ ) jämfört med dem som fick konventionell vård under en uppföljningstid på sex månader. I kostnaderna beaktades både kostnaderna för sjukhusperioderna och för hemrehabiliteringsinterventionen.<sup>90</sup>

- en intensiv hemrehabilitering riktad mot de vardagliga funktionerna förbättrar uppenbarligen den äldres självständighet i vardagssysslorna<sup>91</sup>. (B)
- en multiprofessionell hemrehabilitering som stöder tidig utskrivning kan hjälpa en lindrigt förlamad äldre och dennes närstående att känna sig trygga efter utskrivningen, att anpassa sig till vardagslivet där hemma efter insjuknandet och förhålla sig positivt till framtiden<sup>92</sup>. (C)
- en omfattande, multiprofessionell stödintervention för geriatrisk rehabilitering och utskrivning kan förbättra den äldres fysiska funktionsförmåga och förmåga att klara av de dagliga sysslorna samt minska på fall och depressionssymtom<sup>90</sup>. (C)

### **5.3 Stöd för och uppföljning av utskrivningen**

Utvärdera den äldres behov av stöd för och uppföljning av utskrivningen där hemma, eftersom

- det stöd och den utvärdering som utförs av en sjukskötare och läkare kan minska på den äldres återbesök på sjukhuset under en uppföljningstid på sex månader<sup>93,94</sup>. (C)
- en uppföljningsintervention efter utskrivningen kan förbättra uppföljningen av den äldres läkemedelsbehandling<sup>94</sup>. (C)

Säkerställ att den äldres stöd och handledning för utskrivningen genomförs multiprofessionellt, eftersom

- ett multiprofessionellt sjukdomsspecifikt stöd för utskrivningen kan minska på antalet återbesök och dödligheten<sup>95</sup>. (C)
- en handledningsintervention som utförs av en sjukskötare ensam har ingen inverkan på de äldres återbesök<sup>96-98</sup>. (A)
- en handledningsintervention som utförs av en sjukskötare ensam torde inte ha någon inverkan på de äldres dödlighet<sup>98</sup>. (C)

## 6. Läkemedelsbehandling

Fäst uppmärksamhet vid säkerheten i läkemedelsbehandlingen för en äldre som skrivs ut från sjukhuset, eftersom

- det sker misstag i de äldres läkemedelsbehandlingar<sup>58,67,99–104</sup>. (A)

Fäst särskild uppmärksamhet vid säkerheten i läkemedelsbehandlingen för en äldre som skrivs ut från sjukhuset då antalet läkemedel är flera, eftersom

- multimedicingeringen uppenbarligen har ett samband med felen i läkemedelsbehandlingen hos äldre<sup>99,105</sup> (B) och återbesöken<sup>106,107</sup>. (B)

Utnyttja i mån av möjlighet farmaceutens tjänster då en äldre med minnesläkemedel skrivs ut från sjukhuset, eftersom

- en kontroll av läkemedelsbehandlings säkerhet samt en handledning av farmaceuten kan minska på återbesöken av äldre med minnesläkemedel<sup>108</sup>. (C).

Ge den äldre handledning i läkemedelsbehandling, eftersom

- den äldre inte alltid har tillräckligt med kunskaper och beredskap att kommunicera frågor som gäller sin läkemedelsbehandling<sup>58,109,110</sup>. (B)
  - Utifrån erfarenheterna av äldre, som använder många läkemedel, ökar kontrollen av den egna läkemedelsbehandlingen bland annat:
    - tilliten till läkaren rent av i den utsträckning att det inte spelar någon roll om man själv förstår de utförda läkemedelsändringarna
    - oviljan att ifrågasätta vårdpersonalens beslut om läkemedelsbehandlingen (bl.a. tidpunkten då läkemedlet ska tas).<sup>109</sup>
- den äldre upplever uppenbart att ändringar i läkemedelsbehandlingen försvårar genomförandet av läkemedelsbehandlingen<sup>72,81,102,109</sup>. (B)
  - Utifrån erfarenheterna av äldre som använder många läkemedel betonas inte tydligt i epikriserna gjorda läkemedelsändringar<sup>109</sup>.

## 7. Näring

**Fäst särskild uppmärksamhet vid näringsstatus för en äldre med risk för undernäring och utnyttja vid behov en dietists specialkunnande, eftersom**

- **en individuell och motiverad näringshandledning given av en dietist och uppföljning av denna kan minska på de jourmässiga återbesöken 30 och 90 dagar från utskrivningen hos ensamboende äldre patienter som är undernärda eller har en risk för att bli undernärda<sup>111</sup>. (C)**
- **dietistens handledning utifrån en individuell näringsplan i kombination med uppföljningsbesök hos läkaren kan förbättra funktionsförmågan och näringstillståndet hos en äldre med risk för undernäring och minska behovet av måltidstjänster efter utskrivningen<sup>112</sup>. (C)**

### Ibrukttagande av rekommendationen

Denna nationella vårdrekommendation är avsedd för de som arbetar med vård av äldre inom både sjukhuset och hemvården. Rekommendationen kan även utnyttjas för att utveckla vården av äldre på organisationsnivå samt inom hälso- och sjukvårdsbranschens utbildningar.

Vårdrekommendationens innehåll har skrivits så att det kan utföras både på sjukhuset och inom hemvården ur det perspektivet och med de resurser som hälsovårdspersonalen inom rekommendationens målgrupp har till handa. Rekommendationerna om multiprofessionellt samarbete baserar sig på antagandet om att det finns befintliga samarbetsnätverk mellan aktörerna. Om det finns brister i detta samarbete är det viktigt att börja med att skapa nätverk för att främja en säker utskrivning i gränssnittet mellan sjukhuset och hemmet. Runt om i Finland har praxisen på gränssnittet mellan den specialiserade sjukvården och primärvården ordnats på olika sätt. Införandet av vårdrekommendationen kan tillämpas enligt lokal praxis och man kan kritiskt utvärdera eventuella utvecklingsbehov.

Organisationernas chefer på olika nivåer är viktiga för ibrukttagandet av vårdrekommendationen och för att ge nödvändiga nya verksamhetsmetoder fotfäste enligt principen för evidensbaserad verksamhet<sup>113,114</sup>.

### Uppdatering av rekommendationen

Vårdrekommendationen uppdateras med 2–4 års intervaller i enlighet med Stiftelsen för vårdforskning sr (Hotus) anvisning.

### Teman för vidare forskning

I fortsättningen är det skäl att undersöka utskrivningsprocessen för äldre i särskilt sårbar ställning, såsom ensamboende som inte har någon närstående som tar hand om deras ärenden, personer med minnesjukdomar eller depression samt personer med invandrarbakgrund och dåliga språkkunskaper. I undersökningar borde man granska den fysiska boendemiljön och dess tillgänglighet eller hinder med tanke på utskrivningsprocessen.

Effekterna av vårdarbetets interventioner förblir till många delar anspråkslösa. Orsaker till detta kan exempelvis vara komplexa interventioner och fenomen samt de valda resultatvariablerna, som inte alltid varit vårdarbetssensitiva. I fortsättningen vore det bra att i interventionsstudierna fokusera på att mäta interventionernas olika delområden med tanke på vilka delar i interventionen som kan ge betydelsefullt resultat för vårdarbetet. Man bör även fästa uppmärksamhet vid studiers vårdarbetssensitiva resultatvariabler som kan användas för att mäta önskad ändring. Det är ofta tidskrävande och dyrt att genomföra komplexa interventioner och sambandet insats-nytta har inte kunnat evalueras tillräckligt med nuvarande forskningsmetodologier.

Vårdrekommendationen baserar sig på befintlig evidens. Därför är det möjligt att inte tillräcklig uppmärksamhet har fästs vid centrala delområden som kan vara viktiga för den äldre med tanke på det praktiska livet. I fortsättningen vore det bra att undersöka de äldres hemkomst från sjukhuset och faktorer kring detta särskilt ur den äldres och närståendes perspektiv i tillägg till organisationsperspektivet.

De äldres läkemedelsbehandlingar och näring behandlades endast kort i denna vårdrekommendation och de borde ha egna rekommendationer.

## Källor

1. THL. 2020. Muistisairauksien yleisyys. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>
2. Jaako N. 2013. Monet syrjäseutujen vanhuksat asuvat vielä puutteellisesti. Tilastokeskuksen Hyvinvointikatsaus 4/2012. [http://www.stat.fi/artikkelit/2012/art\\_2012-12-10\\_006.html?s=0](http://www.stat.fi/artikkelit/2012/art_2012-12-10_006.html?s=0) (på finska)
3. THL. 2018. Kotona asumisen ratkaisuja. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/kotona-asumisen-ratkaisuja> (på finska)
4. Tilastokeskus. 2018. Väestö iän (5v.) ja sukupuolen mukaan. Tilastokeskuksen PX-Web-tietokannat. [http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin\\_vrm\\_vaerak/stat-fin\\_vaerak\\_pxt\\_002.px/?rxid=afb66762-d613-4448-98fb-f2a0ee25eba4](http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin_vrm_vaerak/stat-fin_vaerak_pxt_002.px/?rxid=afb66762-d613-4448-98fb-f2a0ee25eba4) (på finska)
5. Mabire C, Dwyer A, Garnier A, Pellet J. 2017. Meta-analysis of the effectiveness of nursing discharge planning interventions for older inpatients discharged home. *Journal of Advanced Nursing* 74(4), 788–799. (på engelska)
6. OECD. 2017. European Observatory on Health Systems and Policies (2017). Suomi: Maan terveysprofiili 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285170-f> (på engelska)
7. Mesteig M, Helbostad JL, Sletvold O, Rosstad T, Saltvedt I. 2010. Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: A prospective observational study. *BMC Health Services Research* 10:1. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-1>(på engelska)
8. Watkins L, Hall C, Kring D. 2012. Hospital to home: A transition program for frail older adults. *Professional Case Management* 17(3), 117–123. (på engelska)
9. Santos-Eggimann B, Karmaniola K, Seematter-Bagnoud L, Spagnoli J, Büla C, Cornuz J, Rodondi N, Vollenweider P, Waeber G, Pécout A. 2008. The Lausanne cohort Lc65+: a population-based prospective study of the manifestations, determinants and outcomes of frailty. *BMC Geriatrics* (8)20, 1–10. doi:10.1186/1471-2318-8-20 (på engelska)
10. Gill T, Gahbauer EA, Han L, Allore HG. 2011. The relationship between intervening hospitalizations and transitions between frailty states. *The Journals of Gerontology* 66A(11), 1238–1243. (på engelska)
11. Grief C. 2003. Patterns of ED use and perceptions of the elderly regarding their emergency care: A synthesis of recent research. *Journal of Emergency Nursing* 29(2), 122–126. (på engelska)
12. Gruneir A, Silver M, Rochon P. 2011. Emergency department use by older adults: A literature review on trends, appropriateness, and consequences of unmet health care needs. *Medical Care Research and Review* 68(2), 131–155. (på engelska)
13. Rising K, Padrez K, O'Brien M, Hollander J, Carr B, Shea J. 2015. Return visits to the emergency department: The patient perspective. *Annals of Emergency Medicine* 65(4), 377–386. (på engelska)
14. Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. 2009. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *New England Journal of Medicine* 360(14), 1418–1428. (på engelska)
15. Courtney MD, Edwards HE, Chang AM, Parker AW, Finlayson K, Hamilton K. 2011. A randomised controlled trial to prevent hospital readmissions and loss of functional ability in high risk older adults: A study protocol. *BMC Health Service Research* 11(202), 1–7. (på engelska)
16. Gruneir A, Dhalla IA, van Walraven C, Fischer HD, Camacho X, Rochon PA, Anderson GM. 2011. Unplanned readmissions after hospital discharge among patients identified as being at high risk for readmission using a validated predictive algorithm. *Open Medicine* 5(2), e104–e111. (på engelska)
17. THL. 2017. Terveystuon menot ja rahoitus 2015. Tilastoraportti 26/2017. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134862/Tr26\\_17.pdf?sequence=6&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134862/Tr26_17.pdf?sequence=6&isAllowed=y) (på finska)
18. Allen J, Ottmann G, Roberts G. 2012. Multi-professional communication for older people in transitional care: Review of the literature. *International Journal of Older People Nursing* 8(4), 253–269. (på engelska)
19. Comans T, Pee N, Gray L, Scuffham P. 2013. Quality of life of older frail persons receiving a post-discharge program. *Health and Quality of Life Outcomes* 11(1), 58–64. (på engelska)

20. Bayliss A, Ellis J, Shoup J, Zeng C, McQuillan D, Steiner J. 2015. Effect of continuity of care on hospital utilization for seniors with multiple medical conditions in an integrated health care system. *Annals of Family Medicine* 13(2), 123–129. (på engelska)
21. Bauer M, Fitzgerald L, Haesler E, Manfrin M. 2009. Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering the best practice? A review of evidence. *Journal of Clinical Nursing* 18(18), 2539–2546. (på engelska)
22. Rydeman I, Törnkvist L. 2010. Getting prepared for life at home in the discharge process – From the perspective of the older persons and their relatives. *International Journal of Older People Nursing* 5(4), 254–264. (på engelska)
23. Palonen M. 2016. Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja läheisten ohjaus – hypoteettisen mallin kehittäminen. *Acta Universitatis Tamperensis*; 2231, Tampere University Press, Tampere 2016. (på finska)
24. Pearce S, Rogers-Clark C, Doolan JM. 2011. A comprehensive systematic review of age-friendly nursing interventions in the management of older people in emergency departments. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 9(20), 679–726. (på engelska)
25. Calder L, Arnason T, Vaillancourt C, Perry J, Stiell A, Forster A. 2015. How do emergency physicians make discharge decisions? *Emergency Medicine Journal* 32(1), 9–14. (på engelska)
26. Nice guideline. 2017. Chapter 35: Discharge planning. Acute and emergency medical care in over 16s: service delivery and organisation. National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng94/documents/draft-guideline-35> (på engelska)
27. Suomen fysioterapeutit. 2017. Kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisyn fysioterapiasuositus. [http://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p\\_artikkeli=sfs00003](http://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p_artikkeli=sfs00003) (på finska)
28. STM, Social- och hälsovårdsministerium. 2020. Kvalitetsrekommendation för att trygga ett bra åldrande och förbättra servicen 2020–2023 : Målet är ett åldersvänligt Finland. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:30. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-7192-9>
29. Finne-Soveri H, Äijö M, Tolonen E, Rehula P, Vähäkangas P, Patronen M, Autio T, Haimi-Liikkanen S, Havulinna S. 2020. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. TOIMIA-suositukset. <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/tms00015> (på finska)
30. Furuholm S, Joensuu A, Lindgren T, Pakkanen T, Suominen S. 2016. Työkalupakki ikääntyneiden kotiutukseen. <https://www.innokyla.fi/web/malli3882070> (på finska)
31. WHO. 2020. Ageing. [https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1) (på engelska)
32. WHO. 2020. Global Health Observatory (GHO) data: Life expectancy. [https://www.who.int/gho/mortality\\_burden\\_disease/life\\_tables/en/](https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/en/) (på engelska)
33. ETK, Pensionsskyddcentralen. 2020. Pensionålder. <https://www.etk.fi/sv/arbete-och-pension-utomlands/internationell-jamforelse/pensionsalder/> (på engelska)
34. Finlex. 2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalpalveluista 980/2012. <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2012/20120980> (på engelska)
35. Adams L. 2010. Assessment of older adults in the emergency department. *Nursing Standard* 24(46), 42–45. (på engelska)
36. Tanaka M, Yamamoto H, Kita T, Yokode M. 2008. Early prediction of the need for non-routine discharge planning for the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 47(1), 1–7. (på engelska)
37. Almborg A-H, Ulander K, Thulin A, Berg S. 2008. Patients' perceptions of their participation in discharge planning after acute stroke. *Journal of Clinical Nursing* 18(2), 199–209. (på engelska)
38. Shepperd S, Lannin N, Clemson L, McCluskey A, Cameron I, Barras S. 2013. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1, art. No.:CD000313. (på engelska)
39. Purdy S, Huntley A. 2013. Predicting and preventing avoidable hospital admissions: A review. *The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh* 43(4), 340–344. (på engelska)
40. Galvin EC, Wills T, Coffey A. 2017. Readiness for hospital discharge: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 73(11), 2547–2557. (på engelska)
41. Isola A, Backman K, Saarnio R, Kääriäinen M, Kyngäs H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 19(3), 63–75. (på engelska)
42. Steinmiller J, Routasalo P, Suominen T. 2015. Older people in the emergency department: a literature review. *International Journal of Older People Nursing* 10(4), 284–305. (på engelska)



43. Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min SJ. 2006. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine* 66(17), 1822–1828. (på engelska)
44. Naylor MD, Kurtzman ET, Pauly MV. 2009. Transitions of elders between long-term care and hospitals. *Policy, Politics, & Nursing Practice* 10(3), 87–94. doi: 10.1177/1527154409355710 (på engelska)
45. Hotus. 2019. Tutkimusten arviointikriteeristö (JBI). <https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnintarkistuslistat/> (på finska)
46. Siltanen H, Heikkilä K, Parisod H, Tuomikoski T, Tuomisto S, Holopainen A. 2019. Hoitosuosituksen laadinta – käsikirja suositustyöryhmille. Versio 1.0. Hoitotyön tutkimussäätiö. <https://www.hotus.fi/hoitosuositusten-laadinta/> (på finska)
47. Schünemann H, Brożek J, Guyatt G, Oxman A (Toim.). 2013. Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach. <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html> (på engelska)
48. Käypä hoito. 2016. Hoitosuosituksen näytönsäätien arviointi GRADE-työryhmän tapaan. Hoitosuositusryhmien käsikirja. [http://www.terveysportti.fi/dtk/khk/avaa?p\\_artikkeli=khk00036](http://www.terveysportti.fi/dtk/khk/avaa?p_artikkeli=khk00036) (på finska)
49. Käypä hoito. 2016. Näytön säätien määrittely. Hoitosuositusryhmien käsikirja. [http://www.terveysportti.fi/dtk/khk/avaa?p\\_artikkeli=khk00031](http://www.terveysportti.fi/dtk/khk/avaa?p_artikkeli=khk00031) (på finska)
50. Allen J, Hutchinson AM, Brown R, Livingston PM. 2018. User experience and care for older people transitioning from hospital to home: Patients' and carers' perspectives. *Health Expectations* 21(2), 518–527. (på engelska)
51. Dilworth S, Higgins I, Parker V. 2012. Feeling let down: An exploratory study of the experiences of older people who were readmitted to hospital following a recent discharge. *Contemporary Nurse* 42(2), 280–288. (på engelska)
52. Ellis-Hill C, Robison J, Wiles R, McPherson K, Hyndman D, Ashburn A. 2009. Going home to get on with life: patients and carers experiences of being discharged from hospital following a stroke. *Disability and Rehabilitation* 31(2), 61–72. (på engelska)
53. Holm SE. 2012. Discharge planning for the elderly in acute care: The perceptions of experienced occupational therapists. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics* 30(3), 214–228. (på engelska)
54. Rodrigue N, Laizner AM, Tze N, Sewitch M. 2017. Experiences of older adult trauma patients discharged home from a level I trauma center. *Journal of Trauma Nursing* 24(3), 182–192. (på engelska)
55. Slatyer S, Toye C, Popescu A, Young J, Matthews A, Hill A, Williamson DJ. 2013. Early re-presentation to hospital after discharge from an acute medical unit: perspectives of older patients, their family caregivers and health professionals. *Journal of Clinical Nursing* 22(3–4), 445–455. (på engelska)
56. Hansson A, Svensson A, Ahlström BH, Larsson LG, Forsman B, Alsén P. 2018. Flawed communications: Health professionals' experience of collaboration in the care of frail elderly patients. *Scandinavian Journal of Public Health* 46(7), 680–689. (på engelska)
57. Lennox A, Braaf S, Smit DV, Cameron P, Lowthian JA. 2018. Caring for older patients in the emergency department: Health professionals' perspectives from Australia – The Safe Elderly Emergency Discharge project. *Emergency Medicine Australasia* 31(3), 83–89. (på engelska)
58. Groene RO, Orrego C, Suñol R, Barach P, Groene O. 2012. "It's like two worlds apart": an analysis of vulnerable patient handover practices at discharge from hospital. *BMJ Quality and Safety* 21(1), i67–i75. (på engelska)
59. Gabayan GZ, Gould MK, Weiss RE, Derosé SF, Chiu VY, Sarkisian CA. 2017. Emergency department vital signs and outcomes after discharge. *Academic Emergency Medicine* 24(7), 846–854. (på engelska)
60. Sganga F, Landi F, Volpato S, Cherubini A, Ruggiero C, Corsonello A, Fabbietti P, Lattanzio F, Manes Gravina E, Bernabei R, Onder G. 2017. Predictors of rehospitalization among older

- adults: Results of the CRIME Study. *Geriatrics & Gerontology International* 17(10), 1588–1592. (på engelska)
61. Palonen M, Kaunonen M, Helminen M, Åstedt-Kurki P. 2015. Discharge education for older people and family members in emergency department: A cross-sectional study. *International Emergency Nursing* 23(4), 306–311. (på engelska)
  62. Hastings SN, Purser JL, Johnson KS, Sloane RJ, Whitson HE. 2008. Frailty predicts some but not all adverse outcomes in older adults discharged from the emergency department. *Journal of American Geriatric Society* 56(9), 1651–1657. (på engelska)
  63. Hastings SN, Barrett A, Weinberger M, Oddone EZ, Ragsdale L, Hocker M, Schmader KE. 2011. Older patients' understanding of emergency department discharge information and its relationship with adverse outcomes. *Journal of Patient Safety* 7(1), 19–25. (på engelska)
  64. Agmon M, Zisberg A, Tonkikh O, Sinoff G, Shadmi E. 2016. Anxiety symptoms during hospitalization of elderly are associated with increased risk of post-discharge falls. *International Psychogeriatrics* 28(6), 951–958. (på engelska)
  65. Palonen M, Kaunonen M, Åstedt-Kurki P. 2016. Family involvement in emergency department discharge education for older people. *Journal of Clinical Nursing* 25(21–22), 3333–3344. (på engelska)
  66. Perry MAC, Hudson S, Ardis K. 2011. "If I didn't have anybody, what would I have done?": Experiences of older adults and their discharge home after lower limb orthopaedic surgery. *Journal of Rehabilitation Medicine* 43(10), 916–922. (på engelska)
  67. Mesteig M, Helbostad JL, Sletvold O, Røstad T, Saltvedt I. 2010. Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: a prospective observational study. *BMC Health Services Research* 10(1), 1–8. (på engelska)
  68. Andreasen J, Lund H, Aadahl M, Sørensen EE. 2015. The experience of daily life of acutely admitted frail elderly patients one week after discharge from the hospital. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* 10, n/a. (på engelska)
  69. Mabire C, Büla C, Morin D, Goulet C. 2015. Nursing discharge planning for older medical inpatients in Switzerland: A cross-sectional study. *Geriatric Nursing* 36(6), 451–457. (på engelska)
  70. Stockwell-Smith G, Moyle W, Marshall AP, Argo A, Brown L, Howe S, Layton K, Naidoo O, Santoso Y, Soleil-Moudiky-Joh E, Grealish L. 2018. Hospital discharge processes involving older adults living with dementia: An integrated literature review. *Journal of Clinical Nursing* 27(5–6), e712–e725. (på engelska)
  71. Mudge AM, Shakhovskoy R, Karrasch A. 2013. Quality of transitions in older medical patients with frequent readmissions: opportunities for improvement. *European Journal of Internal Medicine* 24(8), 779–783. (på engelska)
  72. Neiterman E, Wodchis WP, Bourgeault IL. 2015. Experiences of older adults in transition from hospital to community. *Canadian Journal of Aging* 34(1), 90–99. (på engelska)
  73. Coleman EA, Chugh A, Williams MV, Grigsby J, Glasheen JJ, McKenzie M, Min S-J. 2013. Understanding and execution of discharge instructions. *American Journal of Medical Quality* 28(5), 383–391. (på engelska)
  74. Hastings S, Stechuchak K, Oddone E, Weinberger M, Tucker D, Knaack W, Schmader KE. 2012. Older veterans and emergency department discharge information. *BMJ Quality and Safety* 21(10), 835–842. (på engelska)
  75. Horwitz LI, Moriarty JP, Chen C, Fogerty RL, Brewster UC, Kanade S, Ziaieian B, Jeng GY, Krumholz HM. 2013. Quality of discharge practices and patient understanding at an academic medical center. *JAMA Internal Medicine* 173(18), 1715–1722. (på engelska)

76. Abad-Corpa E, Royo-Morales T, Iniesta-Sánchez J, Carrillo-Alcaraz A, Rodríguez-Mondejar JJ, Saez-Soto ÁR, Vivo-Molina MC. 2013. Evaluation of the effectiveness of hospital discharge planning and follow-up in the primary care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing* 22(5), 669–680. (på engelska)
77. Chow SKY, Wong FKY. 2014. A randomized controlled trial of a nurse-led case management programme for hospital-discharged older adults with co-morbidities. *Journal of Advanced Nursing* 70(10), 2257–2271. (på engelska)
78. Cossette S, Frasure-Smith N, Vadeboncoeur A, McCusker J, Guertin M. 2015. The impact of an emergency department nursing intervention on continuity of care, self-care capacities and psychological symptoms: Secondary outcomes of a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 52(3), 666–676. (på engelska)
79. Hvalvik S, Reiersen IÅ. 2015. Striving to maintain a dignified life for the patient in transition: next of kin's experiences during the transition process of an older person in transition from hospital to home. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 10(1), 1–10. (på engelska)
80. Bagge M, Norris P, Heydon S, Tordoff J. 2014. Older people's experiences of medicine changes on leaving hospital. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 10(5), 791–800. (på engelska)
81. Xiong T, Li J, Mao J, Xu J. 2014. Medication-related problems among community-dwelling older adults after recent hospital discharge in mainland China. *Nursing Research* 63(6), 439–445. (på engelska)
82. Shyu Y-IL, Chen M-C, Chen S-T, Wang H-P, Shao J-H. 2008. A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. *Journal of Clinical Nursing* 17(18), 2497–2508. (på engelska)
83. Shyu Y-IL, Kuo L-M, Chen M-C, Chen S-T. 2010. A clinical trial of an individualised intervention programme for family caregivers of older stroke victims in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing* 19(11), 1675–1685. (på engelska)
84. Toye C, Parsons R, Slatyer S, Aoun SM, Moorin R, Osseiran-Moisson R, Hill KD. 2016. Outcomes for family carers of a nurse-delivered hospital discharge intervention for older people (the Further Enabling Care at Home Program): Single blind randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 64, 32–41. (på engelska)
85. Auslander GK, Soskolne V, Stanger V, Ben-Shahar I, Kaplan G. 2008. Discharge planning in acute care hospitals in Israel: services planned and levels of implementation and adequacy. *Health & Social Work* 33(3), 178–188. (på engelska)
86. Lainscak M, Kadivec S, Kosnik M, Benedik B, Bratkovic M, Jakhel T, Marcun R, Miklosa P, Stalc B, Farkas J. 2013. Discharge coordinator intervention prevents hospitalizations in patients with COPD: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association* 14(6), 450.e1–6. (på engelska)
87. Dedhia P, Kravet S, Bulger J, Hinson T, Sridharan A, Kolodner K, Wright S, Howell E. 2009. A quality improvement intervention to facilitate the transition of older adults from three hospitals back to their homes. *Journal of the American Geriatrics Society* 57(9), 1540–1546. (på engelska)
88. Bowles KH, Chittams J, Heil E, Topaz M, Rickard K, Bhasker M, Tanzer M, Behta M, Hanlon AL. 2015. Successful electronic implementation of discharge referral decision support has a positive impact on 30- and 60-day readmissions. *Research in Nursing & Health* 38(2), 102–114. (på engelska)
89. Altfeld SJ, Shier GE, Rooney M, Johnson TJ, Golden RL, Karavolos K, Avery E, Nandi V, Perry AJ. 2013. Effects of an enhanced discharge planning intervention for hospitalized older adults: A Randomized Trial. *Gerontologist* 53(3), 430–440. (på engelska)

90. Shyu Y-IL, Liang J, Wu C-C, Su J-Y, Cheng H-S, Chou S-W, Chen M-C, Young C-T, Tseng M-Y. 2010. Two-year effects of interdisciplinary intervention for hip fracture in older Taiwanese. *Journal of the American Geriatrics Society* 58(6), 1081–1089. (på engelska)
91. Parsons M, Parsons J, Rouse P, Pillai A, Mathieson S, Parsons R, Smith C, Kenealy T. 2018. Supported Discharge Teams for older people in hospital acute care: a randomised controlled trial. *Age & Ageing* 47(2), 288–294. (på engelska)
92. Lou S, Carstensen K, Møldrup M, Shahla S, Zakharia E, Nielsen CP. 2017. Early supported discharge following mild stroke: a qualitative study of patients' and their partners' experiences of rehabilitation at home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 31(2), 302–311. (på engelska)
93. Ong CEC, Asinas-Tan M, Quek L-S, de Dios M, Cai X-T, Lim B-L. 2019. Effectiveness of a post-emergency department discharge multidisciplinary bundle in reducing acute hospital admissions for the elderly. *European Journal of Emergency Medicine* 26(2), 94–99. (på engelska)
94. Rytter L, Jakobsen HN, Ronholt F, Hammer AV, Andreasen AH, Nissen A, Kjellberg J. 2010. Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients: A randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 28(3), 146–153. (på engelska)
95. Shu C-C, Hsu N-C, Lin Y-F, Wang J-Y, Lin J-W, Ko W-J. 2011. Integrated postdischarge transitional care in a hospitalist system to improve discharge outcome: an experimental study. *BMC Medicine* 9(96), 1–8. (på engelska)
96. Cossette S, Vadeboncoeur A, Frasure-Smith N, McCusker J, Guertin M-C. 2013. Randomized controlled trial of a nursing intervention to reduce emergency department revisits. *Canadian Journal Emergency Medicine* 15(9), 1-8. (på engelska)
97. Goldman LE, Sarkar U, Kessell E, Guzman D, Schneidermann M, Pierluissi E, Walter B, Vittinghoff E, Critchfield J, Kushel M. 2014. Support from hospital to home for elders: a randomized trial. *Annals Internal Medicine* 161(7), 472–481. (på engelska)
98. Biese KJ, Busby-Whitehead J, Cai J, Stearns SC, Roberts E, Mihas P, Emmett D, Zhou Q, Farmer F, Kizer JS. 2018. Telephone follow-up for older adults discharged to home from the emergency department: A pragmatic Randomized Controlled Trial. *Journal of American Geriatrics Society* 66(3), 452–458. (på engelska)
99. Belda-Rustarazo S, Cantero-Hinojosa J, Salmeron-García A, González-García L, Cabeza-Barrera J, Galvez J. 2015. Medication reconciliation at admission and discharge: an analysis of prevalence and associated risk factors. *International Journal of Clinical Practice* 69(11), 1268–1274. (på engelska)
100. Kanaan AO, Donovan JL, Duchin NP, Field TS, Tjia J, Cutrona SL, Gagne SJ, Garber L, Preusse P, Harrold LR, Gurwitz JH. 2013. Adverse drug events after hospital discharge in older adults: Types, severity, and involvement of beers criteria medications. *Journal of the American Geriatrics and Society* 61(11), 1894–1899. (på engelska)
101. Mori AL, Carvalho RC, Aguiar PM, de Lima MG, Rossi MD, Carrillo JF, Dórea EL, Storpirtis S. 2017. Potentially inappropriate prescribing and associated factors in elderly patients at hospital discharge in Brazil: a cross-sectional study. *International Journal of Clinical Pharmacy* 39(2), 386–393. (på engelska)
102. Parekh N, Stevenson JM, Schiff R, Graham Davies J, Bremner S, Van der Cammen T, Harchowal J, Rajkumar C, Ali K, the PRIME study group. 2018. Can doctors identify older patients at risk of medication harm following hospital discharge? A multicentre prospective study in the UK. *British Journal of Clinical Pharmacology* 84(10), 2344–2351. (på engelska)
103. Parekh N, Ali K, Stevenson JM, Davies JG, Schiff R, Van der Cammen T, Harchowal J, Reftery J, Rajkumar C, the PRIME study group. 2018. Incidence and cost of medication harm in older

- adults following hospital discharge: a multicentre prospective study in the UK. *British Journal of Clinical Pharmacology* 84(8), 1789–1797. (på engelska)
104. Lancaster R, Marek KD, Bub LD, Stetzer F. 2014. Medication regimens of frail older adults after discharge from home healthcare. *Home Healthcare Nurse* 32(9), 536–542. (på engelska)
105. Bo M, Quaranta V, Fonte G, Falcone Y, Carignano G, Cappa G. 2018. Prevalence, predictors and clinical impact of potentially inappropriate prescriptions in hospital-discharged older patients: A prospective study. *Geriatrics & Gerontology International* 18(4), 561–568. (på engelska)
106. Sganga F, Landi F, Ruggiero C, Corsonello A, Vetrano DL, Lattanzio F, Cherubini A, Bernabei R, Onder G. 2015. Polypharmacy and health outcomes among older adults discharged from hospital: Results from the CRIME study. *Geriatrics & Gerontology International* 15(2), 141–146. (på engelska)
107. Fabbietti P, Di Stefano G, Moresi R, Cassetta L, Di Rosa M, Fimognari F, Bambara V, Ruotolo G, Castagna A, Ruberto C, Lattanzio F, Corsonello A. 2018. Impact of potentially inappropriate medications and polypharmacy on 3-month readmission among older patients discharged from acute care hospital: a prospective study. *Aging Clinical and Experimental Research* 30(8), 977–984. (på engelska)
108. Paquin AM, Salow M, Rudolph JL. 2015. Pharmacist calls to older adults with cognitive difficulties after discharge in a tertiary veterans administration medical center: A quality improvement program. *Journal of the American Geriatrics Society* 63(3), 571–577. (på engelska)
109. Bagge M, Norris P, Heydon S, Tordoff J. 2014. Older people's experiences of medicine changes on leaving hospital. *Research in Social & Administrative Pharmacy: RSAP* 10(5), 791–800.
110. Mitchell B, Chong C, Lim WK. 2016. Medication adherence 1 month after hospital discharge in medical inpatients. *Internal Medicine Journal* 46(2), 185–192. (på engelska)
111. Lindegaard Pedersen J, Pedersen PU, Damsgaard EM. 2017. Nutritional follow-up after discharge prevents readmission to hospital - A Randomized Clinical Trial. *The Journal of Nutrition, Health & Aging* 21(1), 75–82. (på engelska)
112. Beck AM, Kjaer S, Hansen BS, Storm RL, ThalJantzen K, Bitz C. 2013. Follow-up home visits with registered dietitians have a positive effect on the functional and nutritional status of geriatric medical patients after discharge: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 27(6), 483–493. (på engelska)
113. Finlex. 1994. Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 1994/559. <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1994/19940559>
114. Gallagher-Ford L, Connor L. 2020. Transforming healthcare to evidence-based healthcare, *JONA: The Journal of Nursing Administration* 50(5), 248–25. (på engelska)

