

Opinnäytetyö (AMK)
Sairaanhoitajakoulutus
2020

Veera Pummila

KIRURGISEN AIVOKASVAINPOTILAAN KOTIUTTAMINEN

– Narratiivinen kirjallisuuskatsaus

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Sairaanhoidajakoulutus

2020 | 38 sivua

Veera Pummila

KIRURGISEN AIVOKASVAINPOTILAAN KOTIUTTAMINEN

- Narratiivinen kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa potilaan kotiuttamisen tarkistuslistan vaadittavat tekijät Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) neurokirurgian osaston hoitohenkilökunnalle, kirurgisen aivokasvainpotilaan jatkohoidon järjestämisen ja kotiuttamisen tueksi. Opinnäytetyön tavoite on tukea ja kehittää kirurgisten aivokasvainpotilaiden hoidon jatkuvuutta erikoissairaanhoidosta kotiutuessa. Työn pohjalta kehitettyä tarkistuslistaa voidaan käyttää neurokirurgian osaston kotiuttamistilanteissa.

Tutkimusmenetelmänä opinnäytetyössä oli narratiivinen kirjallisuuskatsaus. Käytössä oleva aineisto haettiin eri tietokannoista (Cinah, JBI, Medic, PubMed ja Terveysportti). Lopulliseen kirjallisuuskatsaukseen valittiin 15 tutkimusta.

Tutkimuksen tulosten mukaan potilaiden kotiutuksessa käytettävän tarkistuslistan tulisi sisältää potilaan lääkitys, jatkohoito-ohjaus, yhteydenotto sekä kuljetus. Lääkityksen tulisi sisältää potilaan lääkelista, reseptit, mahdolliset lääkemutokset ja lääkeneuvonta. Jatkuhoito-ohjaukseen kuuluu haavanhoito, mahdolliset apuvälineet ja tarvittava informaatio potilaalle. Yhteydenotto koskee omaisten, kotihoidon ja kotiutustiimin yhteydenpidon. Kuljetus kattaa potilaan jatkohoitoon siirtymisen.

Opinnäytetyön tuloksista voidaan päätellä, että kotiutusprosessissa on runsaasti paranneltavaa. Usein hoitotyössä esiintyy inhimillisiä virheitä sekä hoitotapahtumia jää tekemättä. Kotiutuksen tarkistuslistan käyttö olisikin kehoitettavaa. Kotiutusta tulisikin tutkia jatkossa laajemmin. Mikäli saataisiin riittävästi näyttöä ja tuloksia kotiutuslistan käytöstä, voitaisiin se ottaa yleiseksi käytännöksi ja täten yhtenäistää sairaaloiden toimintaa.

ASIASANAT:Aivokasvainpotilas, hoidon jatkuvuus, kotiuttaminen, tarkistuslista

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing

2020 | 38 pages

Veera Pummila

DISCHARGING A SURGICAL BRAIN TUMOR PATIENT

- Narrative literature review

The purpose of this bachelor's thesis was to find out the required factors for a checklist that is used for surgical brain tumor patients discharge. It was made for the nursing staff of the Department of Neurosurgery of Turku University Central Hospital (TYKS) to support the follow-up care and discharging of surgical brain tumor patients. The aim of the thesis is to develop and support the continuity of care for surgical brain tumor patients who are discharged from specialized medical care. The checklist developed by the thesis can be used in discharge situations of the neurosurgery department.

The research method used in the thesis was a narrative literature review. The material used was retrieved from various databases (Cinah, JBI, Medic, PubMed and Terveysportti). For the final literature review 15 studies were selected.

According to the results of the study, the checklist used in patient discharging should include medication, follow-up care, contact and transportation. Medication should include the patient's medication list, prescriptions, possible medication changes and medication advice. Follow-up care includes wound care, possible aids, and the necessary information for the patient. The contact concerns the communication between relatives, home care or a home care team. Transportation covers the patient's transition to follow-up care.

The study concludes that there is much room for improvement in the discharge process. Human errors often occur and treatment events remain undone. The use of a discharge checklist would therefore be encouraged. Discharging should be studied more extensively in the future. If sufficient evidence and results were obtained on the use of a discharge checklist, it could be standardized as a general practice in the future and unify hospital proceedings.

KEYWORDS:

Brain tumor patient, continuity of care, discharge, checklist

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 KIRURGINEN AIVOKASVAINPOTILAS	7
3 KOTIUTUS JA HOIDON JATKUVUUS	9
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA	11
5 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS	12
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	22
7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	27
8 OPINNÄYTETYÖN JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	31
LÄHTEET	35

KUVIOT

Kuvio 1. Tarkistuslistan luokittelun muodostuminen.	20
Kuvio 2. Kirurgisen aivokasvainpotilaan tarkistuslistassa huomioitavat asiat.	21

TAULUKOT

Taulukko 1. Tiedonhaku.	13
Taulukko 2. Valitut tutkimukset.	16

1 JOHDANTO

Erikoissairaanhoidosta potilaiden kotiuttaminen tapahtuu yhä entistä aiemmin osana sairaaloiden toiminnan tehostamista ja kustannuksien vähentämistä. Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan terveydenhuoltolain mukaan lääketieteen sekä hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauksien tutkimiseen, ehkäisyyn, hoitoon, ensihoitoon ja päivystykseen sekä eri lääkinnälliseen kuntoutukseen sisältyviä terveydenhuollon palveluja (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 § 33). Potilaiden kotiuttaminen muuttuu haastavaksi usein sairaalan tiedonkulun puutteiden vuoksi. Tiedonpuutteista seuraa usein potilaiden vaikeuksia selviytyä kotona, joka johtaa selvittelyihin ja pahimmassa tapauksessa sairaalaan palaamiseen. Kuitenkin suurin osa potilaiden kotiutumisista sujuu onnistuneesti. (Perälä & Hammar 2003, 5.) Hyvin ja tarkasti suunniteltu kotiutus helpottaa potilasta selviytymään kotona ja ennaltaehkäisee uusia sairaalakäyntejä. Ennen kotiutumista erikoissairaanhoidosta potilaat siirtyvät usein terveyskeskuksen vuodeosastolle jatkohoitoon sekä kuntoutukseen. (Perälä & Hammar 2003, 25; Koski 2017, 16.) Jatkohoitoon lähettävän tahon on varmistettava, että potilas otetaan aina sairaalasta vastaan, mikäli on pienintäkään epäilystä siitä, että potilas ei pärjää yksin. Tällöin vastuu siirtyy eteenpäin, eikä potilas jää heitteille. Potilasta vastassa voi olla esimerkiksi omainen tai hoitaja. Potilaan asianomainen jatkohoito tulee myös varmistaa. Kaikista tärkeintä on, että potilas ymmärtää ja pysyy mukana hoidon kulussa. (Vierula 2019.) Potilaalla tai omaisella tulee myös olla käsitys siitä, mitä jatkohoitoa on suunniteltu. Keskustelu jatkohoidosta vaatii usein perinpohjaista selittämistä yksinkertaisin sanavalinnoin. Ohjeet, jotka potilas saa mukanaan eivät saa olla monimutkaisia, eikä sisältää vaikeita sanoja. Jatkohoidosta tulee keskustella niin kauan, kunnes molemmat osapuolet ovat samassa ymmärryksessä asioiden kulusta. Sama jatkosuunnitelma tulee olla selkeä myös avohoidolle, mikäli sille on tarvetta. Sairaalassa tulisi asettaa tiettyjä tavoitteita jatkohoidolle, esimerkiksi millaisiin laboratorioarvoihin tähdätään. Tavoitteet tuovat potilaan hoitoon luonnollista jatkumoa (Vierula 2019.) Hoidon jatkuvuudella tarkoitetaan hoidon katkeamattomuutta, esimerkiksi hoitopaikan vaihtuessa. Hoidon jatkuvuudella on osoitettu olevan yhteys muun muassa potilaiden tyytyväisyyteen ja

heidän turvallisuuden tunteeseensa hoidon aikana. Lisäksi hoidon jatkuvuus lisää luottamusta hoitohenkilökuntaa kohtaan. Sairaanhoidajan ja lääkärin työssä hoidon jatkuvuus vahvistaa vuorovaikutustaitoja sekä yhteistä ryhmätyöskentelyä potilaan kanssa. Hoidon jatkuvuus on tärkeä tekijä terveydenhuollon laadussa. Kokonaisvaltaisuudessaan se lisää tehokkuutta, vähentää kustannuksia ja vaikuttaa väestön terveyteen. Tieto potilaan aikaisemmista sairauksista ja niiden hoitomenetelmistä tulee olla jokaisella potilasta hoitavalla taholla katkeamatta. Tällöin tietoa voidaan hyödyntää potilaan hoidossa oikeaoppisesti. Potilaskertomus, jonka tulee olla hyvin ja selkeästi laadittu sekä helposti saatavilla, varmistaa hoidon jatkuvuuden potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen. (Raivio 2016.)

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) neurokirurgian osasto. Opinnäytetyö on tutkimuksellinen ja se toteutetaan narratiivisena kirjallisuuskatsauksena. Opinnäytetyön tarkoituksena oli karottaa potilaan kotiuttamisen tarkistuslistan vaadittavat tekijät Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) neurokirurgian osaston hoitohenkilökunnalle, kirurgisen aivokasvainpotilaan jatkohoidon järjestämisen ja kotiuttamisen tueksi. Opinnäytetyön tavoite on tukea ja kehittää kirurgisten aivokasvainpotilaiden hoidon jatkuvuutta erikoissairaanhoidosta kotiutuessa. Työn pohjalta kehitettyä tarkistuslistaa voidaan käyttää neurokirurgian osaston kotiuttamistilanteissa.

2 KIRURGINEN AIVOKASVAINPOTILAS

Aivokasvain on kallon sisällä sijaitseva keskushermostokasvain. Se voi olla läh- töisin aivokudoksesta tai aivokalvoista. Kasvaimet voivat olla hyvän- tai pahan- laatuisia. Hyvänlaatuinen kasvain voi myös olla vaarallinen, mikäli se painaa tär- keitä aivokudoksia tai hermoja. (Mäenpää 2012.) Keskushermoston kasvaimia diagnosoidaan noin 1 000 vuodessa, joista 90% esiintyy aivoissa ja loput sel- käytimessä (Atula 2019). Oirekuvat vaihtelevat sen mukaan, missä keskusher- moston osissa kasvaimet sijaitsevat. Ensioireita voivat olla muun muassa pään- särky, kouristuskohtaukset tai halvausoire. Yli puolella epileptinen kouristuskoht- aus on ensioire, joka johtaa kasvaimen löytöön. Kasvainten oireisiin liittyy myös erilaisia käytöksen häiriöitä ja psyykkisiä oireita. Suuri kasvain missä tahansa ai- vojen osassa taas usein nostaa aivopainetta, joka aiheuttaa yleisiä keskusher- mostoperäisiä oireita, esimerkiksi tajunnan tason laskua. Mikäli kasvain on sijoit- tunut selkäyttimeen, ensioireena on yleensä tuntohäiriöt sekä lihasheikkous ala- raajoissa. (Atula 2019.)

Kirurgiaa harkitaan aina aivokasvaimen hoidossa. Kasvain poistetaan joko ko- konaan tai osittain. Muut tarpeelliset hoidot riippuvat kasvaimen laadusta sekä poistoleikkauksen suuruudesta. (Mäenpää 2012.) Mikäli kasvain on hyvänlaatuinen, esimerkiksi meningeooma, sen poiston pitäisi helpottaa oireet. Jatkohoitoja ei tarvita välttämättä laisinkaan. Jos taas kyseessä on pahanlaatuinen kasvain, yleensä annetaan leikkauksen lisäksi sädehoitoa ja joissakin tapauksissa solun- salpaajalääkkeitä. (Atula 2019.) Leikkaus vaikuttaa potilaan psyykkiseen vointiin, sillä leikkaus itsessään on suuri stressinaiheuttaja, joka voi lisätä epätoivon tun- teita potilaassa (Yilmaz ym. 2011). Mielialaan vaikuttaa myös potilaan mahdolli- set runsaat kivut sekä vaikeudet liikkumisessa. Täten elämänlaatu heikkenee ja vaikuttaa psyykkiseen vointiin. (Salmenperä ym. 2002.) Leikkauksesta johtuvat muutokset koskettavat koko perhettä ja heidän arkielämäänsä. Potilas sekä hä- nen läheisensä koittavat selviytyä näistä arjen muutoksista erilaisilla yksilöllisillä tavoilla. Tärkeä merkitys tällöin on hoitohenkilökunnalta saatu tuki, joka helpottaa heidän yhteistä pärjäämistään muutosten aikana. (Rantanen ym. 2010.)

Valmistautuminen ennen leikkausta on suuri vaikuttaja psyykkiseen vointiin. Potilaiden psyykkiseen vointiin vaikuttavat ajatukset tulevaisuudesta ja ajatukset siitä, mitä vointi leikkauksen jälkeen tulee olemaan. (Lepola ym. 2001.)

Kirurgisen aivokasvainpotilaan seuranta kotiutumisen jälkeen tapahtuu erikoissairaanhoidossa. Siihen kuuluu säännölliset magneettikuvaukset sekä lääkärin vastaanotot. Seuranta-aika voi jatkua vuosia, jopa 20 vuotta. Pitkään jatkuva, säännöllinen seuranta kannattaa, sillä uusiutuvalle kasvaimellekin on nykyään monia hoitovaihtoehtoja. Lisäksi voidaan myös seurata kasvainhoitojen mahdollisesti aiheuttamia haittavaikutuksia, jotka voivat esiintyä vasta pidemmän ajan kuluttua. (Atula 2019.)

3 KOTIUTUS JA HOIDON JATKUVUUS

Kotiutua voi osaston, heräämön tai kotiutusosaston kautta. Toimenpiteen, potilaan yleistilan ja elinolosuhteiden mukaan valitaan sopiva kotiutusmuoto. Hoitava lääkäri antaa aina luvan kotiutumiseen. (Kotiutuminen, Terveyskylä Leikkaukseen tulijan talo.) Hyvä kotiuttaminen vaatii lääkärin ja potilaan välistä kommunikointia ja lääkärin ymmärrystä potilaan olosuhteista (Vierula 2019). Hoitotyön ammattilaisilla on tahtoa sekä taitoa ottaa vastuu ja huoli kotiutuksen ohjaustilanteista, jotka koskevat potilaita ja heidän läheisiään. Potilaat sekä heidän läheisensä antavat ammattilaisten usein johtaa ohjaustilanteita. Tällöin ammattilaiset ovat vastuussa ohjaustilanteista ja johdattelevat niitä eteenpäin. Usein kuitenkin ammattilaisella on puutteita tiedon ohjauksessa eteenpäin. Tällöin näyttöön perustuva tieto ei siirry potilaalle ja heidän läheisilleen oikeaoppisesti. Oikeaoppinen ohjaus on täten hoitotyön suuri kehityskulma. (Palonen 2016.) Hajanainen kotiuttaminen ja sen suunnittelu voivat johtaa tarpeettomiin uusintakäynteihin (Jack ym. 2009, Han ym. 2015), jolloin esiintyy komplikaatioita sekä turhia terveydellisiä riskejä eritoten iäkkäille potilaille, jotka olisi voitu ennaltaehkäistä onnistuneella kotiutuksella (Allen ym. 2012, Comans ym. 2013, Bayliss ym. 2015.) Välttyttäisiin myös ylimääräisiltä terveydenhuollon kustannuksilta (Mylläri ym. 2014). Oikeaoppinen malli potilaan ja heidän läheistensä selviytymisestä tukisi hoitotyön lopullista päämäärää sekä potilaiden terveydentilan kohenemistä (Leikkola 2014).

Kotiutusprosessi on laaja ja vaatii suunnitelmallisuutta sekä yhteisesti sovittuja toimintamalleja (Kehusmaa ym. 2018). Kotiutuksen sekä tukitoimien suunnittelun tulisi alkaa heti potilaan saavuttua sairaalaan ja suunnitteluun tulisi ottaa mukaan kaikki tahot, jotka tulevat olemaan potilaan jatkohoidossa mukana. Ratkaisematta olevat ongelmat tulisi tunnistaa ja niistä informoiminen on tärkeää kotiutusvaiheessa. Hyviä työkaluja on yksilöllisen ja kirjallisen kotiutussuunnitelman sekä kotiutuksen tarkistuslistan laatiminen. Näistä molemmat tavat tehostavat kotiuttamisprosessia sekä tiedonkulkua. (Koponen ym. 2013.) Prosessin tavoitteena on taata potilaalle turvallinen siirtyminen kotiin tai jatkohoitoonpaikkaan ja turvata potilaan hoidon jatkuminen kotiutumisen yhteydessä (Nordmark ym. 2015).

Kotiutuksen tarkistuslistoja on erikaltaisia. Listat voivat tuottaa erilaisen sarjan 'lue ja tee' tarkistuksia tai ne voivat olla 'kysymys / vastaus' - listatarkistuksia. Tarkistuslista saattaa olla myös 'muistilehtiö', joka antaa sarjan jäsenneiltyjä opastuksia. Listat voivat myös olla yhdistelmä näitä kaikkia kolmea. (Winters ym. 2009.) Moniammatillisen kotiutuslistan päätavoitteena on tehdä kotiuttamisesta suunnitelmallista sekä jäsenneiltyä. Kotiutuslistan täyttäminen tulisi aloittaa jo potilaan saapuessa sairaalaan. Listassa tulisi olla myös paikka suunnitellulle kotiutuspäivälle. Kotiutuslistaa voivat täyttää eri tahot eli esimerkiksi hoitajat, terapeutit ja lääkärit koko hoitojakson aikana. Kotiutuslistalla pyritään vähentämään ainostaan muistin varassa toimimista sekä karttamaan inhimillisiä erehdyksiä. Kotiutuslista auttaa myös muistuttumaan ja tarkistamaan hoidon jatkuvuuden kannalta oleellisia asioita, esimerkiksi perifeerisen kanyylin vaihdosta tai poistosta, eri jatkotutkimuksista, ravitsemuksesta sekä lääkehoidon ohjauksesta. On oleellista, että näistä seikoista on huolehdittu, ennen potilaan kotiutumista. (Kuusisto ym. 2018.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa potilaan kotiuttamisen tarkistuslistan vaadittavat tekijät Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) neurokirurgian osaston hoitohenkilökunnalle, kirurgisen aivokasvainpotilaan jatkohoidon järjestämisen ja kotiuttamisen tueksi. Opinnäytetyön tavoite on tukea ja kehittää kirurgisten aivokasvainpotilaiden hoidon jatkuvuutta erikoissairaanhoidosta kotiutuksessa. Työn pohjalta kehitettyä tarkistuslistaa voidaan käyttää neurokirurgian osaston kotiuttamistilanteissa.

Tutkimusongelma:

1. Mitä tulisi huomioida kirurgisen aivokasvainpotilaan kotiutuksen tarkistuslistassa?

5 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi TYKS, Turun yliopistollisen sairaalan neurokirurgian osasto. Toimeksiantajan toiveena oli saada lisää tutkittua tietoa kirurgisen aivokasvainpotilaan kotiuttamisesta ja luoda tarkistuslista kotiutusta ja jatkohoidon järjestämistä varten. Tämä opinnäytetyö on tutkimuksellinen ja toteutettu narratiivisena eli kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, sillä aiheesta löytyi jonkin verran tutkittua tietoa.

Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen tehtävänä on kuvailla työn aiheisiin keskittyviä aikaisempia tutkimuksia, niiden laajuutta sekä syvyyttä ja määrää. Työhön sisältyi sekä prosessi että analyysi. Prosessi sisältää työn materiaalin hankinnan sekä tekstiaineiston synteessin taulukoidussa muodossa. Analyysi taas sisältää jo olemassa olevan tutkimuksen arvon tai kontribuution osoittamisen. (Suhonen ym. 2016, 9.) Työn tavoitteena oli kuvata tiettyyn aihealueeseen kohdistunutta viime aikoina tai aikaisemmin julkaistuja tutkimuksia. Tutkijalle itselleen jäi vastuu karsia aineisto luotettavaksi. (Suhonen ym. 2016, 8-9.)

Opinnäytetyön tarkoitus oli määritelty toimeksiantajan toiveiden mukaan. **Ensimmäisessä vaiheessa** opinnäytetyölle määriteltiin työn tarkoitus ja tutkimusongelma. Opinnäytetyön tutkimusongelmaksi muodostui, mitä tulisi huomioida kirurgisen aivokasvainpotilaan kotiutuksen tarkistuslistassa. Työn tutkimusongelma sopii aiheeseen ja se on täsmällisesti määritelty.

Toisessa vaiheessa siirryttiin kirjallisuushakuun eli aineiston valintaan, varsinaisiin hakuihin ja työhön sopiviin tutkimusten valintaprosessiin. Kirjallisuushaun päämääränä on eritellä ja tunnistaa tutkimusongelmaan vastaavat materiaalit. Tutkija itse määrittelee, mitkä hakusanat täsmäävät työn tarkoitukseen ja aiheeseen. Eri materiaalien mukaanotto- ja poissulkukriteerit kuuluvat hakusuunnitelmaan. Materiaalien karsintaa ja valintaa määrittelevät mukaanotto- ja poissulkukriteerit, aluksi otsikkotasolla ja tämän jälkeen tiivistelmätasolla sekä viimein kaikkien materiaalien tekstejä tarkastellessa. Nämä kriteerit varmistavat

kirjallisuuskatsauksen pysyvän sen suunnitellussa päämäärässä. (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 25-27.)

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsaukseen alettiin valikoimaan aineistoa asetetun tutkimusongelman mukaan. Hakuja tehtiin useissa eri tietokannoissa, jotka olivat Cinahl, JBI, Medic, PubMed ja Terveysportti. Hakusanoina käytettiin neurosurgery, repatriation, home health aides, brain neoplasms, discharge, brain tumor, discharging, brain tumor patients, intensive care, neurokirurgia, kotiuttaminen, aivokasvaimet, aivokasvain, follow-up treatment, checklist, patient discharge, aivokasvaimet, hoidon jatkuvuus ja tarkistuslista. (Taulukko 1.) Aineiston hakua rajattiin julkaisuvuoden ja aiheen perusteella. Hakuvaiheissa julkaisuvuodeksi rajattiin 2005-2020. Hakuvaiheessa pidettiin tutkimusongelma koko ajan mielessä.

Taulukko 1. Tiedonhaku.

Tietokanta	Hakusana(t)	Tulos	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
Cinahl	Neurosurgery AND repatriation AND Home Health Aides AND Brain Neoplasms	72	4	2	1
Cinahl	Discharge AND brain neoplasms OR brain tumor	115	8	8	0
Cinahl	Discharging AND intensive care	42	1	1	1
Medic	Neurokirurgia, kotiuttaminen, aivokasvaimet, aivokasvain	Ei osumia.			
Medic	Follow-up treatment & neurosurgery	22	2	1	1
Medic	Kotiuttaminen	64	3	3	3

Taulukko 1. Jatkuu

Tietokanta	Hakusana(t)	Tulos	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
Medic	Checklist	25	1	1	1
JBI	Neurosurgery	5	2	0	0
JBI	Brain tumor	26	2	2	1
JBI	Patient discharge	1376	2	0	0
Terveysportti	Aivokasvaimet	79	1	1	0
Terveysportti	Hoidon jatkuvuus	48	15	2	0
Terveysportti	Tarkistuslista	16	1	1	0
Terveysportti	Neurokirurgia, kotiuttaminen	346	3	0	0
PubMed	Discharging, brain tumor patients	1241	2	2	2
PubMed	Patient discharge	39215	4	3	3
PubMed	Patient discharge, neurosurgery	1642	3	2	2
Yhteensä					15

Kaikki tutkimukset valittiin otsikon ja aineiston sisällön sopivuuden mukaan. Lähteiden luotettavuutta ja niiden ajankohtaisuutta arvioitiin sopiviksi. Opinnäytetyön aineistoksi valittiin suomen- ja englanninkielisiä aineistoja. Opinnäytetyöstä poissuljettiin esimerkiksi ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt ja yli 15 vuotta vanhat aineistot. Hakusanoilla ja aineistojen rajauksilla jäljelle jäi tarkasteluun 26 tekstiä, joista lopulliseen kirjallisuuskatsaukseen valittiin 15 tekstiä. Aineistot valittiin sisällön sopivuuden perusteella.

[08]

Objekt **Kolmannessa vaiheessa** alkoi hakusuunnitelman mukaisesti löydettyjen materiaalien arviointi. Vaiheen tarkoituksena oli tarkastella materiaalien alkuperäis- tutkimuksista saatujen tietojen kattavuutta, tulosten täsmävyyttä ja havaita, oliko tieto oleellista oman tutkimusongelman kannalta. Materiaalien arviointia voidaan tehdä usealla eri tavalla. Arviointiin ei ole yhtä oikeaa ohjetta, sillä se tehdään työn katsausmenetelmän ja katsaukseen valittujen materiaalien mukaisesti. Materiaalien arviointi tulee aloittaa perehtymällä perusteellisesti omiin valittuihin tutkimuksiin. Arviointi voidaan toteuttaa yleisten arviointikriteerien mukaan, jolloin arviointi tutkimuksista pohjautuu alkuperäistutkimusten heikkouksien ja vahvuuksien arviointiin. Materiaalissa kuvaillaan tarkemmin alkuperäistutkimusten tutkimusongelmat, niiden kohdejoukot, otanta- tai satunnaismenetelmät, tutkimusten otoskoot sekä aineistojen erilaiset keruu- ja analyysimenetelmät. Tulee myös ottaa kantaa arvioinnin aikana, mihinkä joukkoon tutkimustulokset voidaan yleistää. Tulee arvioida, ketkä ovat olleet valituissa tutkimuksissa tutkittuina ja miten tutkittavat ovat valikoitu tutkimuksiin sekä mikä on ollut tutkimusten lopullinen otoskoko ja millä asetelmalla tutkimus on lopullisesti tehty. (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 28-29.)

Objekt Materiaaleja arvioitiin paneutumalla niiden sisältöön ja tarkastamalla ne useampaan kertaan. Tärkeä kriteeri oli, että alkuperäistutkimuksen tieto liittyi tutkimusongelmaan. Tutkimuksia suoraan kirurgisten aivokasvainpotilaiden kotiutuksesta löytyi niukasti, joten mukaan on otettu yleisiä kotiutukseen liittyviä tutkimuksia, jotka pätevät myös kirurgisen aivokasvainpotilaan kotiutuksessa. Materiaalien arvioinnissa tarkasteltiin myös otoskokoja, jotta ne olisivat riittäviä. Otoskoot olivat vaihtelevia. Vaihtelu voidaan tulkita joko heikkoutena tai vahvuutena. Arvioinnissa tulkittiin, olivatko tutkimusten aineisto yleistettävissä opinnäytetyön aiheeseen ja tutkimusongelmaan. Lähdemateriaali myös arvioitiin ja tarkastettiin. Tarkastettiin, ketkä tutkimuksen olivat tehneet sekä tulkinneet ja, että tutkimuksessa käytetyt lähteet olivat luotettavia. **Neljännessä vaiheessa** alkoi materiaalin analyysi ja synteesi. Luotiin yhteenvedot valittujen tutkimusten tuloksista taulukkomuotoon. (Taulukko 2.)

Objekt

[108]

Taulukko 2. Valitut tutkimukset.

Tekijä, vuosi, maa	Tarkoitus	Menetelmä	Otos (n=)	Keskeiset tulokset
de Vries, E, Prins, H, Crolla, R, den Outer, A, van Andel, G, van Helden, S, Sclack, W, van Putten, A, Gouma, D, Dijkgraaf, M., Smorenburg S & Boermeester M. 2010. Hollanti.	Tutkia hoitovirheiden määrää, ottaessaan käyttöön tarkistuslistan myös leikkaussalin ulkopuolella	Seurantajakso	n=3760 potilasta ennen tarkistuslistaa, n=3820 potilasta tarkistuslistan käyttöön ottamisen jälkeen	Tuloksiaan verrattaessa, hoitovirheiden määrä laski huomattavasti. Potilaiden osuus, joilla oli yksi tai useampi komplikaatio, laski 15,4%: sta 10,6%: iin
Khan, Amatya, Ng, Drummond, Galea & Pain. 2015. Australia.	Arvioida monitieteisen kuntoutuksen tehokkuutta aivokasvaimen hoidon jälkeen, etenkin tehokkaita lähestymistapoja	Seurantajakso	n=106 aivokasvainpotilasta	Tutkimuksen tulokset viittaavat vähäiseen aivokasvainpotilaiden vammaisuustasojen paranemiseen, esimerkiksi liikkuvuuden, pidätyskyvyn ja kognition paranemiseen. Tuloksia yleisen elämänlaadun paranemisesta tai kustannustehokkuudesta ei kuitenkaan löytynyt. Terapialle ei myöskään pystytty asettamaan mahdollista parasta määrää. Kuitenkaan haittoja monitieteisestä kuntoutuksista ei tullut esille
Kallio. 2017. Suomi.	Tutkia yleiskirurgian aikuisten potilaiden käsitäytyksiä sekä tyytyväisyyttä terveydenhuollon tarjoamaan ohjaukseen kotiutuksen yhteydessä	Haastattelu puhelimitse	n=13 potilasta	Tulosten mukaan kotiuttaminen ei toteutunut niin sujuvasti kuin toivotaisi. Potilaan jatkohoidosta huolehtiminen, ennakkovalmistelut sekä sairaalan ja kotihoidon yhteistyö jäi puutteelliseksi. Päätuloksena kehittyi kotiuttamisen toimintamalli

Taulukko 2. Jatkuu.

Tekijä, vuosi, maa	Tarkoitus	Menetelmä	Otos (n=)	Keskeiset tulokset
Koski. 2017. Suomi.	Kehittää ja tutkia sairaalasta kotiuttamisen prosessia hyödyntämällä lean-menetelmiä	Kyselylomake	n=106 koti-hoidon henkilö- köstöstä	Tulosten mukaan kotiutumisen sujuvuus oli vaihtelevaa. Vastanneiden mukaan kotiutuminen ei sujunut heidän toivomallaan tavalla, eikä toive sairaalahoitosta toteutunut. Vastanneet kokivat epävarmuutta, oliko kotiutumispäätös oikeutettu. Toisaalta taas kotiutuminen oli koettu miellyttävänä sekä kotiuttamistilanteet olivat sujuvia sekä tietoa oli tarpeeksi kotiutumisvaiheessa
Kuokkanen. 2017. Suomi.	Kuvata kotiutumista päivystyspoliklinikalta	Tutkimuslomakkeen avoimet kysymykset	n=43 potilasta, n=35 läheistä	Tulosten mukaan kotiutumisen sujuvuus oli vaihtelevaa. Vastanneiden mukaan kotiutuminen ei sujunut heidän toivomallaan tavalla, eikä toive sairaalahoitosta toteutunut. Vastanneet kokivat epävarmuutta, oliko kotiutumispäätös oikeutettu. Toisaalta taas kotiutuminen oli koettu miellyttävänä sekä kotiuttamistilanteet olivat sujuvia sekä tietoa oli tarpeeksi kotiutumisvaiheessa
Lakomkin & Hadjipanayis. 2017. Israel.	Tutkia aivokasvainpotilaiden kraniotomian jälkeisiä kotiutuksen komplikaatioita ja potilaiden 30pv jälkeen sairaalaan takaisin joutumista	Seurantajakso	n=14 854 aivokasvainpotilasta	Useiden potilaiden ominaispiirteiden ja perioperatiivisten tekijöiden osoitettiin ennustavan vastuuvapauden jakautumista tässä tutkimuksessa. Rutiinomainen hoitohenkilökunnan vastuuvapaus liittyi merkittävästi joukkoon komplikaatioita sekä paluuta leikkaussaliin sairaalan vastuuvapauden jälkeen. Nämä tekijät voidaan ottaa huomioon vastuuvapauden suunnittelussa ja tulevisissa tutkimuksissa resektiossa käyville potilaille
Leikkola. 2014. Suomi.	Kuvata selkärangan leikkauksessa olleiden potilaiden ja heidän läheistensä kokemuksia heidän selviytymisensä voimavaroista ja ulkoisesta tuesta sekä niihin liittyvistä tekijöistä	Kyselylomake ja VAS-mittari	Ensimmäinen vaihe n=150 potilasta ja läheistä. Toinen vaihe n=126 potilasta ja läheistä	Potilaiden ja läheisten selviytymisen on hyvin yksilöllistä. Selviytymisen tärkeimpiä voimavaroja olivat potilaan motivaatio ja luottamus hoitohenkilökuntaa kohtaan. Potilaat kokivat pelon heikentävän heidän voimavarojaan. Läheisten toiveena taas oli, että potilasta hoitava henkilökunta olisi läsnä tiiviimmin potilaan toipumisaikana

Taulukko 2. Jatkuu.

Tekijä, vuosi, maa	Tarkoitus	Menetelmä	Otos (n=)	Keskeiset tulokset
Mäkelä. 2015. Suomi.	Tutkia potilastyytyväisyyttä kotiutukseen liittyen	Aineistona oli Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirille tehdyt potilasmuistutukset vuosina 1993-2012	n=956 potilasmuistutusta	Potilaat olivat tyytymättömiä saamaansa hoitoon. Hoitoon liittyvästä tyytymättömyydestä puolet käsitteli itse hoitoon pääsyä. Osa käsitteli tyytymättömyyttä ammattilaisten ammattitaitoon sekä epäiltiin hoitovirheitä, ja koettiin saaneen epäselvää tai jopa väärää diagnoosi. Sairauden neuvonta, hoidon ohjaus ja kotihoito-ohjeet koettiin riittämättömiksi. Kaikista suurin organisaatioon liittyvä tyytymättömyyden aihe oli henkilökuntaresurssit. Henkilöstöä ei koettu riittäväksi ja henkilökunnan työnjako koettiin runsaaksi ja henkilökunnalla koettiin olevan kiire
Ning, Dan & Shuiyuan. 2018. Kiina.	Tutkia jatkuvan psykologisen hoidon vaikutuksia aivokasvainpotilaiden ja heidän perheenjäsentensä tunteisiin	Seurantajakso	n=162 potilasta ja perheenjäsentä	Jatkuva psykologinen hoito vähensi tehokkaasti aivokasvainpotilaiden ja heidän perheenjäsentensä ahdistusta ja masennusta, kun tuloksia verrattiin potilaiden kotiutuessa
Pace, Villani, Di Pasquale, Benincasa, Guariglia, Ieraci, Focarelli, Carapella & Pompili. 2014. Italia.	Tutkia aivokasvainpotilaan hoitajaksoa lisäämällä kotihoito-ohjelman, jotta potilas saisi hoitoa joka sairauden vaiheessa	Seurantajakso	n=848 potilasta	Saatujen tietojen mukaan, palliatiivisella kotihoito-ohjelmalla on positiivinen vaikutus aivokasvainpotilaiden hoidon laatuun, etenkin elämän loppuvaiheilla sekä potilaiden uudelleen sairaalaan joutuminen väheni
Palonen. 2016. Suomi.	Kehittää päivystyspoliiklinikalta kotiutuville iäkkäille potilaille ja heidän läheisilleen hypoteettinen malli heidän ohjauksestaan ja sitoa ohjauksen yhteyttä heidän kotiutumisasiinteensa	Kyselymenetelmä ja haastattelu	Ensimmäinen vaihe n=135 potilasta ja n=128 läheistä. Toinen vaihe n=7 potilasta ja n=5 läheistä ja n=15 hoitajaa	Potilaat ja läheiset raportoivat saaneensa puutteellista ohjausta. Potilaille, jotka jäivät vaille ohjausta, oli suurempi todennäköisyys huonompaan kotiutumisasiinteeseen, kuin potilaille, jotka saivat jonkin verran tai riittävästi ohjausta
Parsons M, Parsons J, Rouse, Pillai, Mathieson, Parsons R, Smith & Kenealy. 2017. Uusi-Seelanti.	Tutkia vähentääkö iäkkäiden ihmisten kotiutuminen tuetun kotiutustien kanssa sairaalasta kotiin sairaalassa olon kestoa, sairaalaan takaisinotto riskiä ja alentaako se terveydenhuollon kustannuksia	Kyselylomake	n=183 potilasta	Tulosten mukaan potilaat, jotka kotiutettiin kotiutustien kanssa, viettivät vähemmän aikaa sairaalassa ja sairaalaan takaisinotto riski laski sekä terveydenhuollon kustannukset alentuivat, verrattuna potilaisiin, jotka kotiutettiin tavalliseen tapaan

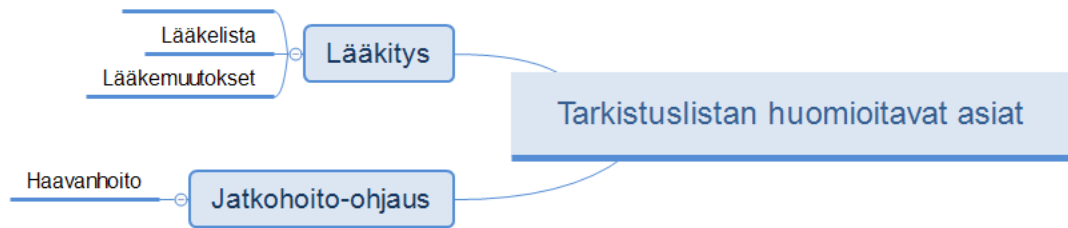
Taulukko 2. Jatkuu.

Tekijä, vuosi, maa	Tarkoitus	Menetelmä	Otos (n=)	Keskeiset tulokset
Richardson, McCarthy, Sandhu, Mayrand, Guerrero, Rosenberg, Gernsback, Komotor & Ivan. 2019. Yhdysvallat.	Arvioida kraniotomian postoperatiivisen päivän jälkeistä kotiuttamista, kriteerien täytyessä ja verrata tietoa komplikaatioihin sekä sairaalaan takaisinottoastetta postoperatiivisten ja pidempään olevien potilaiden välillä	Seurantajakso	n=424 potilasta	Potilaat, joiden kriteerit täyttyivät postoperatiivisen päivän jälkeiseen kotiutukseen, kotiutettiin turvallisesti. Varhaisessa vaiheessa kotiutuneilla potilailla oli alhaisempi riski palata sairaalaan 30 päivän sisällä, kuin potilailla, jotka olivat kauemmin sairaalassa
Sughrue, Bonney, Choi & Teo. 2015. Yhdysvallat.	Arvioida elektiivisen kalonsisäisen kasvaimen leikkauksen postoperatiivisen potilaan kotiuttamista ensimmäisenä tai toisena päivänä	Seurantajakso	n=313 potilasta	Tulosten mukaan vakavimmat komplikaatiot esiintyivät potilailla tuntien sisällä toimenpiteestä, eivät päivien. Sairaalaan takaisinottoa vaativia komplikaatioita, joita olisi voitu välttää pidemmällä sairaalaolojaksolla ei esiintynyt. Tulokset osoittivat, että potilaiden kotiutusta tulisi harkita hyväkuntoisten potilaiden kohdalla ensimmäisenä tai toisena päivänä leikkauksesta
Yilmaz, Aldemir & Yildiz. 2019. Turkki.	Määrittää potilaiden ohjaustarve sisätautien klinikan kotiutuksen yhteydessä ja kotiutuksen prioriteettien asettaminen	Tulokset koottiin potilaan tunnistuslomakkeella ja PENS-asteikolla (Patient Education Needs Scale)	n=139 potilasta	Tulokset määrittivät tärkeimmiksi aiheiksi hoidon, lääkityksen, komplikaatiot ja elämänlaadun

Tämä loi kokonaiskuvan tutkimuksista ja sen aineistosta. Vaihe vaati aineistoon ja tutkimuksiin perehtymistä ja sen uudelleen tarkastelemista. Kirjallisuuskatsauksen tekijä aina lukee aineistoa, tutkimustuloksia, tekee merkintöjä sekä muodostaa merkintöjen perusteella luokkia, kategorioita tai erilaisia teemoja. Näiden perusteella etsitään eri tutkimuksista niiden eroavaisuuksia tai yhtäläisyyksiä, ryhmitellään ja vertaillaan ne ja lopuksi tulkitaan tulokset. Vertailun ja ryhmittelyn analyysin vaihe tehdään pienissä osissa ja prosessin toistoa jatketaan. Eri luokat, kategoriat ja teemat kehittyvät yhdistelemällä ja vertailemalla samanlaisia merkintöjä. Merkinnöille annetaan sisältöä kuvaavat nimet. Tämän vertailun kautta voidaan muodostaa löytyneistä eroavaisuuksista sekä yhtäläisyyksistä iso yksi looginen kokonaisuus. Tämän jälkeen pyritään

tutkimustuloksista muodostamaan yleinen kokonaisuus ja sitten ristiriitaiset tulokset tuodaan esille. (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 30-32.)

Materiaaleja analysoitiin aluksi tiivistelmän perusteella ja sitten lukemalla koko tutkimusteksti. Tutkimustekstistä alettiin korostamaan tärkeimpiä asioita, jotka sopivat tutkimusongelmaan. Opinnäytetyössä tuodaan esille tutkimusten tärkein sisältö. (Taulukko 2.) Taulukossa esitetään tutkimusten kirjoittajat, julkaisuvuodet, alkuperäismaat, tutkimusten tarkoitukset, otoskoot, aineistonkeruumenetelmät sekä tutkimusten keskeiset tulokset.



Kuvio 1. Tarkistuslistan luokittelun muodostuminen

Opinnäytetyön materiaaleista tehtiin merkintöjä ja niiden pohjalta luotiin erilaisia ylä- ja alaluokkia. Aluksi etsittiin kaikkien tutkimusten tuloksista yhtäläisyyksiä sekä niiden eroavaisuuksia. Näistä yhtäläisyyksistä muodostui aina yksi luokka, joista muodostuivat ylä- ja alaluokat. Analysoimalla tulokset ja luokat, saatiin yksi looginen kokonaisuus, josta luotiin yleinen kuvio. (Kuvio 2.)

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Kirjallisuuskatsauksen analysoitaviksi tutkimuksiksi jäi hakuprosessin jälkeen 15 tutkimusta. Tutkimukset olivat sekä suomen-, että englanninkielisiä. Suurin osa opinnäytetyön tutkimuksista on kuitenkin toteutettu Suomessa. Näistä tutkimuksista rajattiin niiden yhdistävät aihealueet, jotka sopivat ja täydensivät opinnäytetyön tutkimusongelmaa. Opinnäytetyöstä poissuljettiin esimerkiksi ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt ja yli 15 vuotta vanhat aineistot. Aihealueista muodostui potilaan kotiutuksessa käytettävän tarkistuslistan ylä- ja alaluokat. Ylä- ja alaluokkien huomioitavat asiat ovat lääkitys, jatkohoito-ohjaus, yhteydenotto ja kuljetus.

(Kuvio

2.)



Kuvio 2. Kirurgisen aivokasvaintilaa tarkistuslistan huomioitavat asiat

Lääkitys nousi ensiarvoisen tärkeäksi kotiutuksen yhteydessä. Siitä huolehtiminen tuli esille viidessä eri tutkimuksessa (Yilmaz ym. 2019, Koski 2017, Kallio 2017, Palonen 2016 & Kuokkanen 2017). Näistä tutkimuksista korostuivat neljä eri alaluokkaa eli lääkelista, reseptit, lääkemutokset ja lääkeneuvonta.

Sairaanhoitajat kokivat tärkeäksi, että potilaiden kaikki lääkkeet olisivat näkyvillä **lääkelistassa** ottoaikoinen ja vahvuuksineen. Listan selkeys oli myös tärkeää. (Kallio 2017 & Yilmaz ym. 2019.) Koettiin hyvin tärkeäksi, että potilaita

motivoidaan osallistumaan omaan hoitoonsa sekä lääkitystietojensa ylläpitoon (Kallio 2017). Huomioitiin myös, että kaikki potilaat eivät saaneet lääkelistaan mukaan kotiutuessaan, suullisen informaation tueksi (Kuokkanen 2017). Potilaat eivät myöskään tunteneet lääkitystään kunnolla. Lääkkeen oikea nimi tai vahvuus usein unohtui tai jäi kertomatta potilaalle. (Kallio 2017). Ongelmia syntyi erityisesti silloin, kun potilaalle tuli lääkemuutoksia ja ne jäivät kirjaamatta (Kallio 2017 & Koski 2017). Tutkimusten avoimissa vastauksissa selvisi, että etukäteen suunniteltuja asioita ei välttämättä aina huolehdittu sairaalassa loppuun asti. **Reseptit** esimerkiksi olivat usein jääneet kirjoittamatta. (Koski 2017). Potilaiden tulisi myös saada varmuus siitä, mihin he voivat olla tarvittaessa yhteydessä, jos ja kun reseptit pitää uusia (Palonen 2016). Kun potilasta kotiutetaan lääkeneuvonnan tulisi kattaa **lääkemuutokset** eli varmistaa uusien lääkkeiden aloitukset, annosmuutokset ja mahdolliset lääkkeiden lopetukset. **Lääkeneuvonnassa** tulisi varmistaa potilaan käyttämä lääkitys niin, että se pitää paikkaansa potilaan käytössä olevaan lääkelistaan. Tulisi myös varmistaa, että potilas ymmärtää tehdyt lääkemuutokset. (Koski 2017). Tutkimuksissa potilaat kokivat kaivanneensa lisätietoa, esimerkiksi lääkkeiden vaikutuksista, lääkkeen käyttötarkoituksesta, annostelusta, yhteisvaikutuksista, lääkehoidon kokonaiskestosta ja lääkkeiden vaihtumisesta (Kuokkanen 2017).

Jatkohoito-ohjaus on tärkeä tekijä potilaan kotiutuksessa ja hoidon jatkuvuudessa. Jatkohoito-ohjaus korostui yhdeksässä tutkimuksessa (Yilmaz ym. 2019, Kuokkanen 2017, Koski 2017, Palonen, 2016, Lakomkin & Hadjipanayis 2017, Leikkola 2014, Ning ym. 2018, Richardson ym. 2019, Sughrue ym. 2015). Näissä tutkimuksissa tärkeimmiksi alaluokiksi nousi esille informaatio, haavanhoito ja apuvälineet.

Tutkimuksissa todettiin, että kotiutuvien potilaiden sekä heidän läheistensä saama **informaatio** ja ohjaus oli liian vähäistä. Kuitenkin ne potilaat, jotka saivat edes vähän ohjausta, olivat paremmassa valmiudessa kotiutua, kuin potilaat, jotka eivät saaneet lainkaan ohjausta. Olisikin suositeltavaa varmistaa, että kotiutuvilla potilailla on riittävästi laadullista ohjausta sekä heillä olisi mahdollisuus antaa läheistensä osallistua ohjaukseen. (Palonen 2016.) Useimmat potilaat

kokivat heidän selviytymiskykynsä tukena olevan ohjaustilanteen ilmapiiri hoitohenkilökunnan kanssa sekä hoitohenkilökunnan osoittaman läsnäolon potilaan ohjaustilanteessa. (Leikkola 2014.) Ning ym. (2018) tutkimuksessa selvisi, että jatkuva psykologinen hoito vähensi tehokkaasti aivokasvainpotilaiden ja heidän perheenjäsentensä ahdistusta ja masennusta, kun tuloksia verrattiin potilaiden kotiutuessa potilaisiin, jotka eivät saaneet jatkuvaa psykologista hoitoa (Ning ym. 2018). Potilaat kuitenkin kokivat kotihoidosta tulevat tiedot puutteellisiksi ja kokonaiselviytymistään heikentäväksi tekijäksi (Leikkola 2014). Kotiutumisen sujuvuus koettiin vaihtelevaksi. Potilaat sekä läheiset olisivat kaivanneet lisää informaatiota sairaudestaan ja hoidostaan. Potilaat kuitenkin kokivat, että he eivät osanneet tai tienneet mitä kysyä hoitohenkilökunnalta. Kotiutuminen kuitenkin koettiin pääosin miellyttävänä sekä kotiutumistilanteet olivat ongelmattomia ja koettiin, että informaatiota oli riittävästi kotiutuessa. Potilaat eivät kuitenkaan saaneet riittävästi informaatiota kotihoito-ohjeistaan ja jatkohoidostaan. Jatkohoito-ohjeita ei myöskään aina saatu lainkaan mukaan kotiutuessa. Potilaat kuvasivat sen johtuvan henkilökunnan kiireestä. Usein, jos potilaat halusivat lisää informaatiota, oli heitä kehoitettu ottamaan yhteyttä omaan terveyskeskukseen, jolloin tulevista tutkimuksista ei saatu tietoa. Potilaiden puutteelliset tiedot ymmärtää lääketieteellisiä termejä hoito-ohjeissa, johti ohjeiden väärinymmärtämiseen. Puutteellinen informaatio heikensi potilaiden pärjäämistä ja toipumista kotona. (Kuokkanen 2017.) Potilaiden tulisi tietää mihin olla yhteydessä, jos vointi huononee (Palonen 2016). On myös suositeltavaa, että potilaiden ohjaustarpeet määritellään uudelleen heidän kotiutuessaan, jotta puutteet saataisiin minimoitua. Ohjauksen päämääräksi tulisikin laittaa asiat, jotka ovat yksilökohtaisesti potilaan tiedon tarpeen tärkeimpiä. Myös potilaan elämään vaikuttavat raskaat sairaudet tulisi huomioida ja antaa siihen liittyen enemmän ohjausta ja tietoa henkilökohtaisesti. (Yilmaz ym. 2019.)

Potilaat ja läheiset toivoivat enemmän ohjeita **haavanhoitoon** (Kuokkanen 2017). Kotihoidon hoitajat myös toivoivat, että asiakkaan mukaan saataisiin aina selkeät haavanhoito-ohjeet (Koski 2017). Rutiininomainen hoitohenkilökunnan vapaus vastuusta aivokasvainpotilaiden kotiutuessa liittyi merkittävästi joukkoon komplikaatioita sekä paluuta leikkaussaliin sairaalan vastuuvapauden jälkeen.

(Lakomkin & Hadjipanayis 2017.) Tutkimuksissa ilmeni myös, että potilaat, joiden kriteerit täyttyivät postoperatiivisen päivän jälkeiseen kotiutukseen, saatiin kotiutettua turvallisesti ja varhaisessa vaiheessa kotiutuneilla potilailla oli alhaisempi riski palata sairaalaan 30 päivän sisällä ja heidän haavansa paranivat paremmin, kuin potilailla, jotka olivat kauemmin sairaalassa. Kuitenkin tutkimuksessa mainitaan, että se voi myös johtua siitä, että varhaisessa vaiheessa kotiutuvat potilaat olivat paremmassa lähtökohdassa, kuin kauemmin sairaalassa olleet. (Richardson ym. 2019.) Myös Sughrue ym. (2015) tutkimuksessa todettiin, että vakavimmat komplikaatiot esiintyivät potilailla tuntien sisällä toimenpiteestä, eivät päivien, joten sairaalaan takaisinottoa vaativia komplikaatioita, joita olisi voitu välttää pidemmällä sairaalaolojaksolla ei esiintynyt. Tutkimuksen tulokset osoittivat myös, että kirurgisten potilaiden kotiutusta tulisi harkita hyväkuntoisten potilaiden kohdalla ensimmäisenä tai toisena päivänä leikkauksesta. (Sughrue ym. 2015.)

Potilaat kokivat, että heidät sivuutettiin, kun keskusteltiin **apuvälineiden** tarpeesta. Itse potilailta ei kyselty apuvälineistä, vaikka potilaat olisivat toivoneet lisää ohjausta apuvälineiden käytöstä ja tarpeesta. Tutkimuksessa, esimerkiksi kävelykeppiä ei tarjottu potilaalle, vaikka se olisi ollut potilaan voinnin kannalta kriittinen. (Kuokkanen 2017.) Isona kotiutumisen haasteena oli apuvälineiden puute, sillä kotihoidolla ei ole apuvälineitä, mitä antaa asiakkailleen (Koski 2017).

Yhteydenotto potilaan kotiutuessa sairaalasta on tärkeää. Siitä löytyi tietoa kuudesta eri tutkimuksesta (Kallio 2017, Khan ym. 2018, Kuokkanen 2017, Koski 2017, Pace ym. 2014, Parsons ym. 2017). Tärkeimpiä alaluokkia olivat omaiset/läheiset, kotihoito ja kotiutustiimi.

Tutkimuksessa selvisi, että hoitohenkilökunta ei välillä ottanut lainkaan yhteyttä **omaisiin tai läheisiin** potilaan kotiutuessa. Osaa potilaista ei myöskään ohjattu kotihoidon piiriin, vaikka potilaat tarvitsivat apua kotona selviytymisensä tueksi. (Kuokkanen 2017.) Potilaan kotiutusta suunnitellessa, olisi yhteydenotto **kotihoitoon** pitänyt tehdä jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Hoitohenkilökunta kotihoidosta toi myös esiin, että tieto asiakkaan sairaalaan päätymisestä tai kotiutumisesta ei aina tule perille. (Koski 2017.) Tiedonkulun katkeaminen heikentää potilaan ja hoidon turvallisuutta. Tietokatkoksia organisaation väleillä lisää

yhteisen potilasjärjestelmän puute. (Kallio 2017.) Yhteistyön lisääminen ja tiedonkulun parantaminen hoitohenkilökunnan, potilaiden ja läheisten välillä on ensiarvoisen tärkeää. Tällöin voisi hyödyntää potilaan kotiutuskortin käyttöä. (Koski 2017.) Sairaalan ja kotihoidon työskentely on myös puutteellista, merkittävin puute kotiutusprosessissa näkyy viivästyneenä yhteydenottona kotihoitoon (Koski 2017).

Parsons, ym. (2017) tutkimuksen tulosten mukaan potilaat, jotka kotiutettiin **kotiutustiimin** avulla, viettivät vähemmän aikaa sairaalassa ja sairaalaan takaisinoton riski laski sekä terveydenhuollon kustannukset alentuivat, verrattuna potilaisiin, jotka kotiutettiin tavalliseen tapaan. Yhteydenotto hoitaviin tahoihin oli myös parempaa ja hoitoon ei tullut katkoksia. Palliatiivisella kotiutustiimillä ja pidemmällä hoitajaksolla kotona todettiin olevan positiivinen vaikutus aivokasvainpotilaiden hoidon laadussa, etenkin elämän loppuvaiheessa. Potilaiden uudelleen sairaalaan joutuminen väheni tämän tiimin hoidon aikana ja potilaiden elämänlaadun todettiin parantuneen. (Pace ym. 2014.) Khan ym. (2015) tutkimuksessa selvisi, että monitieteinen ja monipuolinen tehokas kuntoutus, aivokasvainpotilaan hoitojen jälkeen viittaavat vähäiseen aivokasvainpotilaiden vammaisuustasojen paranemiseen, esimerkiksi liikkuvuuden, pidätyskyvyn ja kognition paranemiseen. Tuloksia yleisen elämänlaadun paranemisesta tai kustannustehokkuudesta ei kuitenkaan löytynyt. Terapialle ei myöskään pystytty asettamaan mahdollista parasta määrää. Kuitenkaan haittoja monitieteisestä kuntoutuksesta ei tullut esille. (Khan ym. 2015.)

Kuljetus ja siitä kunnolla huolehtiminen on kotiutumisen yhteydessä tärkeää. Kotiinkuljetustilanteet ovat usein huonosti hoidettuja. Osa potilaista kotiutui paaritaksilla, vaikka potilaan tilanteen kannalta ambulanssi olisi ollut parempi vaihtoehto. (Kuokkanen 2017.)

7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Eettistä, hyväksyttävää ja luotettavaa tutkimusta ohjaa tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatima hyvä tieteellinen käytäntö. Hyvän tieteellisen käytännön ydinkohtia ovat tutkimuksen rehellisyyden noudattaminen, tarkkuus tutkimustyössä, yleinen huolellisuus, tulosten tallentamisessa sekä esittämisessä ja tutkimusten ja niiden tuloksien arvioimisessa. Tutkimuksessa sovelletaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia sekä eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Eri tutkijoiden työt ja saavutukset tulee huomioida ja viitata heidän saavutuksilleen riittävän arvon ja merkityksellisyyden mukaan. Tutkimustyö tulee suunnitella, toteuttaa sekä raportoida ja siitä muodostuneet tietoaaineistot tallennetaan asetettujen vaatimusten mukaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Hyvän tieteellisen käytännön ydinkohtia noudatettiin opinnäytetyön kaikissa vaiheissa. Opinnäytetyössä pyrittiin kuvailemaan selkeästi ja tarkasti materiaalien valinta, sen analysointi ja opinnäytetyön johdonmukainen eteneminen. Tavoite ja tarkoitus on kuvailtu sekä tutkimusongelma on ilmaistu selkeästi. Opinnäytetyössä on huomioitu muiden tutkijoiden saavutukset ja työt merkkamalla ne viitteillä ja niiden lähteet ovat löydettävissä helposti lähdeluettelosta. Opinnäytetyösopimus tehtiin toimeksiantajan sekä Turun ammattikorkeakoulun kanssa ennen opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen aloittamista. Tämän sopimuksen allekirjoittivat opinnäytetyöntekijä, toimeksiantaja ja KT-päällikön valtuutettu henkilö.

Tutkimusetiikka on oikeiden toimintatapojen sekä vastuullisuuden noudattamista, epärehellisyyden ja loukkauksien tunnistamista ja niiden torjumista. Loukkauksia voivat olla esimerkiksi huolimattomuus, puutteellinen viittaus sekä harhaanjohtavuus. (Sarajärvi & Tuomi 2017.) Toisten tekijöiden ideoiden ja ajatusten, tutkimustulosten tai sanamuodon esittämistä omanaan on plagiointia. Luvattoman tiedon lainaaminen on usein lähdeviitteen puuttumista tai epämääräistä viittaamista. Se on aina hyvien tieteellisten käytäntöjen vastaista. (Hirsjärvi ym. 2009, 122.) Täten opinnäytetyössä on lähdeviitteet merkitty tekstiin ja lähdeluettelo on aakkosjärjestyksessä tekijän sukunimen mukaan, jolloin lähteet ovat

helposti löydettävissä. Kaikki opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset ovat valmiita tieteellisissä lehdissä julkaistuja tutkimuksia, joissa tutkitut ovat käyneet eettisen lupaproseduurin lävitse. Tarkka selostus tutkijalta nostaa tutkimuksen luotettavuutta työn tutkimuksen toteuttamisesta (Hirsjärvi ym. 2009, 123).

Arvioidessa **luotettavuutta** eli reliabiliteettia, tulee tarkastella, onko tutkimuksessa tutkittu aihetta, jota on pitänyt. Tulee myös ottaa kantaa materiaalin keruumenetelmiin, materiaalin valintaan sekä tutkimustyön keston. (Sarajärvi & Tuomi 2017.) Tutkimuksessa, joka on laadullisella tutkimusmenetelmällä tehty, luotettavuuden ominaiskriteeri on itse tekijä ja hänen rehellisyytensä. Tutkijan tutkimuksessa tekemät teot, valinnat sekä eri ratkaisut ovat arvioinnin kohde. Tutkimustekstissään tutkijan tulee pystyä perustelemaan ja kuvaamaan, miten on päätyntynyt valitsemaan tutkimuksensa, mistä joukosta tutkimukset on valittu ja arvioida eri ratkaisujen tarkoituksenmukaisuutta tai toimivuutta tavoitteidensa kannalta. Arvioidessa luotettavuutta tulee myös ottaa huomioon tekijän puolueettomuus. Tutkijan tulisikin itse arvioida oman roolinsa merkitys tutkittavana yhteisön jäsenenä, oma yhteiskunnallinen asema, sukupuolensa, ikänsä, asenteidensa ja arvojensa merkitys tutkimusta varten tehtyyn tulkintatyöhön. Tutkimuksen tulisikin olla arvovapaata eli tutkijan tulisi paljastaa tutkimukseen vaikuttavat eri arvonsa ja harjoittaa tutkimuksen läpinäkyvyyttä. (Vilkkä 2015.) Opinnäytetyön toteutusosiossa onkin pyritty opinnäytetyön eri vaiheet kuvaamaan mahdollisimman selkeästi. Kaikki opinnäytetyön vaiheet on käyty erikseen läpi perusteellisesti, joka lisää opinnäytetyön luotettavuutta.

Ensin opinnäytetyön kaikista alkuperäistutkimuksista koottiin yksi looginen kokonaisuus. Tarkasteltiin, millaisia tuloksia alkuperäistutkimuksista nousee esille ja miten ne tulisi luokitella. Tästä kehittyi työn ala- ja yläluokat. Tulokset, jotka tulivat eniten esille työn merkinnöissä, luotiin yläluokiksi. Yläluokkia olivat lääkitys, jatkohoito-ohjaus, yhteydenotto ja kuljetus. Sitten luotiin ja arvioitiin merkinnöistä esille tulleet alaluokat. Pohdittiin sopivatko alaluokat jo valmiiden yläluokkien alle vai tulisiko niistä muodostaa oma yläluokkansa. Tietyistä alaluokista olisi voitu muodostaa oma yläluokkansa, ottaen huomioon, että ne olivat tärkeitä ja laajoja tekijöitä kotiutuksessa, mutta loppujen lopuksi ne sopivat paremmin yläluokkien

alle ja loivat laajan kuvan yläluokan tarpeesta. Esimerkiksi lääkitys oli helppo luokitella, sillä alaluokat lääkelista, reseptit, lääkemuutokset ja lääkeneuvonta kaikki olivat osia lääkehoidosta. Tutkimuksissa juuri nämä alaluokat kotiutuksen yhdessä koettiin erittäin tärkeiksi. Jatkohoito-ohjaus oli haastavampi luokitella, sillä sen alle olisi saanut useamman alaluokan. Kuitenkin päädyin pohtimaan, mikä yläluokalle olisi yhteisin tekijä. Yhteiseksi tekijäksi muodostui ohjaus. Ohjauksesta sainkin kasalle kolme alaluokkaa eli informaatio, haavanhoito ja apuvälineet. Tutkimuksissa moni oli tuonut esille jatkohoito-ohjauksen puutteellisuuden ja toivoivat siihen parannusta. Yhteydenotto oli helpompi luokitella kolmeen alaluokkaan eli omaiset ja läheiset, kotihoito ja kotiutustiimi, sillä kaikki alaluokat sisälsivät kommunikaatiota taholta toiselle. Yhteydenotto oli tärkeä luokka, sillä useassa tutkimuksessa potilaat kokivat, etteivät he saaneet tarpeeksi tietoa kotiuttamisen aikana. Välillä omaiset ja läheiset sekä kotihoito ei saanut lainkaan informaatiota, että potilas olisi joutunut sairaalaan tai kotiutunut jo. Kuljetuksesta ei ollut hirveästi tietoa kotiutuksen kannalta, joten erityisiä alaluokkia oli vaikea muodostaa. Kuljetus jätettiin lopulta pelkäksi yläluokaksi. Kuljetus oli kuitenkin tärkeä tekijä kunnollisen kotiutuksen kannalta, joten työn täytyi sisältää se.

Työn katsauksen luotettavuutta eli tekijöitä, jotka saattavat aiheuttaa vääriä tuloksia, tulisi tekijän pohtia aina erikseen, sillä näitä tekijöitä löytyy aina (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 32). Opinnäytetyön tutkimukset ja niiden tulokset ovatkin pääosin kattavia, mutta osa tuloksista jäi niukoiksi. Osa näistä tuloksista onkin vahvemmin perusteltu, kuin niukat tulokset. Itse kirurgisen aivokasvainpotilaan kotiutuksesta löytyi vähän tutkittua tietoa, joka vähentää opinnäytetyön luotettavuutta. Kuitenkin tutkittua tietoa kotiutuksesta löytyi runsaasti, jotka koskettavat myös kirurgisen aivokasvainpotilaan kotiuttamista, joten tutkimuksista saatiin koottua luotettavaa tietoa kotiutuksen tarkistuslistaan. Vaikka osa tuloksista onkin niukkoja ovat ne mainitsemisen arvoisia, sillä niillä on vankat perusteet ja ne vaikuttavat kotiutukseen vahvasti. Niukat tulokset saattavat johtua siitä, että aiheita ei ole tutkittu runsaasti tai aiheeseen liittyviä kysymyksiä ei ole tuotu esille vastaajille alkuperäistutkimuksissa. Luotettavuutta saattaa myös heikentää itse kohderyhmä, sillä he eivät ole välttämättä osanneet vastata kyselyihin

todenmukaisesti tai ymmärtäneet kysymyksiä oikein. Osa kohderyhmästä saattaa myös vastata ainoastaan sosiaalisesti hyväksyttävällä tavalla. Kuitenkin vastaukset saattavat olla täsmällisiä ja rehellisiä, sillä ihmiset ja täten kohderyhmä kokee asiat ja kyselyt eri tavoin. Tulosten raportoinnin riittävä tarkkuus on kuitenkin oleellista, jotta tutkimus olisi esimerkiksi toistettavissa jonkun muun tekijän toteuttamana. Lukijan pitää myös pystyä raportin perusteella arvioimaan katsauksen luotettavuutta. (Niela-Vilén & Kauhanen, 32.) Opinnäytetyön tulososiot pyrin toteuttamaan mahdollisimman selkeiksi, jotta työn aiheeseen perehtymätönkin kykenisi ymmärtämään ja tulkitsemaan tuloksia.

8 OPINNÄYTETYÖN JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa potilaan kotiuttamisen tarkistuslistan vaadittavat tekijät kirurgisen aivokasvainpotilaan jatkohoidon järjestämisen ja kotiuttamisen tueksi. Opinnäytetyön tavoite on tukea ja kehittää kirurgisten aivokasvainpotilaiden hoidon jatkuvuutta erikoissairaanhoidosta kotiutuessa.

Opinnäytetyön aihe on tärkeä. Erikoissairaanhoidosta kotiutuminen ja varsinkin nopea kotiuttaminen on nykyisin hyvinkin vahvasti läsnä (Palonen 2016). Tarkistuslistaa voi perustella siten, että sillä pyritään estämään inhimillisiä virheitä kotiutuksen aikana. Opinnäytetyön tutkimuksista pyrittiin löytämään tietoa kotiutukseen sekä sen suunnitteluun liittyen. Opinnäytetyön tutkimusten pohjalta muodostui tärkeimmät luokat. Nämä luokat perustuvat potilaiden sekä heidän omaisten ja läheisten sekä hoitohenkilökunnan esille tuomiin ongelma- sekä puutekohtiin kotiutukseen liittyen. Ongelma- ja puutekohdat ovat tärkeä huomioida kotiutuksen tarkistuslistassa. Tutkimuksissa **lääkityksen** huolehtiminen koettiin ensiarvoisen tärkeäksi. Ongelmakohtana tuloksissa usein läääkityksestä huolehtiminen oli jäänyt vajaaksi. Esimerkiksi lääkelistoista löytyi poikkeamia, eikä niitä päivitetty huolellisesti ja potilaita ei pidetty ajan tasalla lääkityksen vaihtuessa.

Kallio (2017) tuloksissa tulikin tärkeäksi esille, että lääkelistojen tulisi olla selkeitä ja usein päivitettyjä sekä potilaalle tulisi kertoa lääkkeiden vaihtuessa. Lääkelistat tulisi aina antaa potilaalle mukaan potilaan kotiutuessa. Potilas tulee pitää ajan tasalla lääkkeiden vaihtuessa, joka motivoi potilasta itseään myös hoidon kulkuun. Potilaalle tulee myös selkeästi kertoa, mikä lääke on kyseessä ja mitä varten se on. Lääkkeistä tulee myös kertoa potilaalle niiden haitta- ja yhteisvaikutukset. Lääkehoitoon tulisikin kiinnittää enemmän huomiota. (Kallio 2017.) Suurin puutekohta oli hoitajilta saatu **jatkohoito-ohjaus**, jonka toivat ilmi potilaat sekä heidän läheisensä. Hoidon jatkuvuudella on todettu useasti olevan positiivinen vaikutus potilaan hoidon aikana ja heidän hoitoon sitoutumiseensa. (Yilmaz ym. 2019, Kuokkanen 2017.) Jatkohoito-ohjauksesta voidaankin todeta, että potilaiden puutteellinen tai hajanainen ohjaus vaikuttaa negatiivisesti potilaiden sekä heidän läheistensä kokemukseen hoidosta. Vaikutus heijastuu myös

potilaiden kykyyn ja motivaatioon hoitaa sairauttaan ja itseään kotiutuksen jälkeen. Vierula (2019) mukaan laadukas tiedonvaihto eri organisaatioiden välillä kotiutuksen yhteydessä olisi tärkeää potilaiden hoidon jatkuvuuden takaamiseksi. Potilaan asianomainen jatkohoito tulisi myös aina varmistaa. Kaikista tärkeintä on, että potilas ymmärtää ja pysyy mukana hoidon kulussa. (Vierula 2019.) Leikkauksesta johtuvat muutokset koskettavat koko perhettä ja heidän arkielämäänsä. Potilas sekä hänen läheisensä koittavat selviytyä näistä arjen muutoksista erilaisilla yksilöllisillä tavoilla. Tärkeä merkitys tällöin on hoitohenkilökunnalta saatu tuki, joka helpottaa heidän yhteistä pärjäämistään muutosten aikana. (Rantanen ym. 2010.) Kirurgisen aivokasvainpotilaan tulisikin saada tarvitsemansa tuki. Jatkuva psykologinen hoito vähensi tehokkaasti aivokasvainpotilaiden ja heidän perheenjäsentensä ahdistusta ja masennusta, kun tuloksia verrattiin potilaiden kotiutuessa. (Ning ym. 2018.)

Yhteydenotto on koettu usein puutteelliseksi ja alkavan liian myöhään potilaan kotiutuessa. Pitäisikin varmistaa, että kotiutuksen yhteydessä tiedonjako aloitettaisiin riittävän ajoissa ja kaikki potilaan hoitoon liittyvät ohjeistukset annettaisiin potilaan mukana. Ohjeistukset ovat erityisen tärkeitä, mikäli potilas siirtyy esimerkiksi erikoissairaanhoidosta kotihoidon piiriin. Tämä takaa hoidon jatkuvuuden. (Leikkola 2014, Palonen 2016.) Tieto potilaan aikaisemmista sairauksista ja niiden hoitomenetelmistä tulee olla jokaisella potilasta hoitavalla taholla katkeamatta. Tällöin tietoa voidaan hyödyntää potilaan hoidossa oikeaoppisesti. Potilaskertomus, jonka tulee olla hyvin ja selkeästi laadittu sekä helposti saatavilla, varmistaa hoidon jatkuvuuden potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen. (Raivio 2016.) Opinnäytetyön tutkimuksissa tiedon siirtymistä oli laiminlyöty useasti. Tiedon etenemistä voitaisiin kuitenkin helposti korjata. Hoitohenkilökunnan tulisi kiireeltään silti pysähtyä ja keskittyä potilaan kunnolliseen kotiutukseen. Keskustelu potilaan ja tämän omaisten kanssa tulisi olla rauhallinen tilanne ja potilaan tulisi saada kaikki tarvittava informaatio sekä myös mahdollisen jatkohoitopaikan kanssa pitäisi aloittaa keskustelu ajoissa, kun potilaan kotiutumisesta tiedetään.

Tutkimuksista tuli esille vähän tietoa potilaiden haavanhoitoon liittyen. Koski (2017) ja Kuokkanen (2017) tutkimusten mukaan suurimmiksi ongelmakohtiksi

nousi esille kuitenkin potilaan selkeiden haavanhoito-ohjeiden puutteellisuus. Haavanhoito-ohjeiden puutteellisuus ja vaikeat ohjeet johtivat potilaat sekä jatkohoitopaikan henkilökunnan hoitamaan haavoja väärin, joka usein johti useampiin sairaalakäynteihin. (Koski 2017, Kuokkanen 2017.) Khan ym. (2015) mukaan tulisikin myös tutkia lisää, voiko tehostettu hoito parantaa aivokasvainpotilaiden vammaisuustasojen parantamista, esimerkiksi liikkuvuuden, pidätyskyvyn ja kognition paranemiseen. Sillä näissä tutkimuksissa tuloksia yleisen elämänlaadun paranemisesta tai kustannustehokkuudesta ei löytynyt. Aivokasvainpotilaiden terapialle ei myöskään pystytty asettamaan mahdollista parasta määrää, kuitenkin haittoja monitieteisestä kuntoutuksesta ei tullut esille tutkimuksissa. (Khan ym. 2015.) Aihetta tulisikin tutkia lisää, jotta saataisiin mahdollisia apuja ja tehokkaampaa hoitoa aivokasvainpotilaille ennen heidän kotiutumistaan ja heidän kotiutuessa. Sughrue ym. (2015) tutkimuksessa todettiin, että vakavimmat komplikaatiot esiintyivät potilailla tuntien sisällä toimenpiteestä, eivät päivien, joten sairaalaan takaisinottoa vaativia komplikaatioita, joita olisi voitu välttää pidemmällä sairaalaojaksolla ei esiintynyt. (Sughrue ym. 2015.) Richardson ym. (2019) mukaan aivokasvainpotilas tulisikin kotiuttaa heti, kun kotiuttamisen kriteerit täyttyvät, sillä tutkimusten mukaan se vähentää infektoriskiä, vähentää komplikaatioita ja myös mobilisoi potilasta. (Richardson ym. 2019.) Aikaista kotiutusta tulisikin aina harkita potilaan ollessa hyväkuntoinen. Kuokkanen (2017) tulosten mukaan potilaat olisivat myös kaivanneet parempaa ja lisää ohjausta apuvälineistään. Apuvälineitä ei tarjottu potilaalle, vaikka se olisi usein ollut potilaan voinnin kannalta tarpeellista. Apuvälineiden puute taas heikensi potilaan sairaudesta paranemista ja toimintakykyä. (Kuokkanen 2017.) Apuvälineisiin tulisikin panostaa ja jokaisen hoitohenkilökunnasta tulisi opetella niiden käyttö sekä niiden kunnollinen ohjaaminen ja avustaminen potilaalle. Apuvälineitä tulisi myös aina olla saatavilla niitä tarvittaessa ja ne pitää muistaa antaa potilaalle mukaan, mikäli potilas niitä tarvitsee jatkossa.

Tutkimuksissa erikoissairaanhoidosta kotiutuessa useamman potilaan **kuljetus-tilanteet** olivat huonosti hoidettuja. Kuokkanen (2017) tutkimuksen mukaan esimerkiksi potilaita kotiutettiin paritaksilla, vaikka ambulanssi olisi ollut potilaalle parempi vaihtoehto. Muistisairaita myös usein kotiutettiin yksin taksilla, osa ilman

kotiavaimia tai rahaa. (Kuokkanen 2017.) Kotihoidonhenkilökunta kuitenkin oli tuonut esille, että usein kotiutukset sujuivat hyvin ja ongelmitta. Vaikuttava tekijä tähän on hoitopaikka, josta potilas kotiutuu ja kuinka motivoituneita hoitohenkilökunta on. (Koski 2017.) Opinnäytetyön kaikkien tutkimusten perusteella tulisikin tarkkailla ja seurata kotiutumisen onnistumista tarkemmin. Tutkimuksissa tuli esille usein laiminlyöntiä ja usein tapahtuvia inhimillisiä virheitä potilaita kotiuttaessa hoitohenkilökunnan kiireestä johtuen.

Tarkistuslistan käyttöönotto kotiutuksen yhteydessä tehostaa potilaan kotiutumisprosessia ja tiedonkulkua sekä vähentää inhimillisiä virheitä (de Vries ym. 2010). Opinnäytetyön tuloksista voidaankin tehdä johtopäätös, että kirurgisen aivokasvainpotilaan kotiutuksen tarkistuslistan tulee sisältää lääkityksen, lääkelistan, reseptit, lääkemuutokset ja lääkeneuvonnan, jatkohoito-ohjauksen, joka sisältää informaation, haavanhoidon ja apuvälineet, yhteydenoton, omaisiin ja läheisiin, kotihoitoon ja kotiutustiimiin sekä kuljetuksen. Jatkossa tulisi arvioida yhä laajemmin ja tarkemmin potilaiden ja heidän läheistensä kokemuksia kotiutuksesta ja heidän hoidon jatkuvuudestaan. Täten tutkimuksissa saataisiin reaaliaikaista tietoa aiheista, jotka karsiutuivat pois tässä katsauksessa. Nämä aiheet voitaisiin tulevaisuudessa lisätä kotiutuksen tarkistuslistaan, nimittäin tähän opinnäytetyöhön ei saatu koottua laajasti tietoa juuri kirurgisten aivokasvainpotilaiden kotiutuksesta, mikä heikentää työn arvoa. Kuitenkin, vaikka tiedot olivat niukkoja, on niillä vankat perusteet ja ne vaikuttavat kotiutukseen vahvasti. Tulevaisuudessa kotiutuksen tarkistuslista voitaisiin myös luoda yleiseksi käytännöksi kaikissa sairaaloissa ja täten yhtenäistää sairaaloiden toimintaa, mikäli saadaan riittävästi näyttöä ja tietoa tarkistuslistan hyödyllisyydestä ja sen käytännön toimivuudesta.

Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää mahdollisten jatkotutkimuksien pohjana. Opinnäytetyön toimeksiantaja voi käyttää tätä tuotosta omana pohjanaan tehdessään tarkistuslistan Turun yliopistollisen sairaalan (TYKS) neurokirurgian osastolle.

LÄHTEET

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.

Atula, S. 2019. Keskushermoston kasvaimia. Viitattu 12.10.2019 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00028&p_hakusana=aivokasvain

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

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.

de Vries, E, Prins H, Crolla R., den Outer A, van Ande, G, van Helden S, Sclack W, van Putten A, Gouma D, Dijkgraaf M, Smorenburg S & Boermeester M. 2010. Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. *The New England Journal of Medicine* 2010/363:20, 1928-1937.

Haapamäki E, Huhtala H, Löfgren T, Mylläri E, Seinelä L & Valvanne J. 2014. Iäkkäät päivystysten käyttäjinä. 70 vuotta täyttäneiden tamperelaisten päivystyskäynnit vuosina 2011–2012. Ikääntyneen väestön palvelut: Kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus. Projektin julkaisu nro 3. Suomen Kuntaliitto, Helsinki

Han C-Y, Chen L-C, Barnard A, Lin CC, Hsiao YC, Liu HE, Chang W. Early revisit to the emergency department: An integrative review. *Journal of Emergency Nursing* 41(4), 285–295, 2015.

Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Jack B, Chetty V, Anthony D, Greenwald J, Sanchez G, Johnson A, Forsythe S, O'Donnell J, Paasche-Orlow M, Manasseh C, Martin S, Culpepper L. A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization. *Annals of Internal Medicine* 150(3): 178–187, 2009.

Kallio R. 2017. Lääkityslistat ja lääkehoidon suojaukset Keski-Uudenmaan sotekuntayhtymän kanssa. Pro gradu -tutkielma. Farmasian tiedekunta. Helsinki: Helsingin yliopisto. Viitattu 20.04.2020 https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/230827/Rosanna%20Kallio_Pro%20gradu.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Kehusmaa S, Mäkelä M. & Heikkilä R. 2018. Asiakasohjaus sairaalasta kotiutuessa –tarpeet ja palveluratkaisut. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 23.01.2020 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136380/URN_ISBN_978-952-343-122-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Khan F, Amatya B, Ng L, Drummond K, Galea M, Pain C. 2015. Multidisciplinary rehabilitation after primary brain tumour treatment. Viitattu 09.05.2020 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6481476/>

Koski J. 2017. Sairaalasta kotihoitoon. Toimintatutkimus kotiutusprosessin kehittämisestä -menetelmiä hyödyntäen. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 23.01.2020 http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20170394/urn_nbn_fi_uef-20170394.pdf.

Koponen R, Hiltunen S, Järvinen O, Paananen S & Sirkka J. 2013. Potilaan turvallinen kotiuttaminen vuodeosastolta. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 29.03.2020 <https://www.tays.fi/download/noname/%7B2B8DBB53-44BB-49D8-921F-C820F0917A43%7D/33833>.

Kotiutuminen Terveyskylä, leikkaukseen tulijan talo. Verkkosoite: <https://www.terveyskyla.fi/leikkaukseen/leikkaukseen-tulijalle/leikkauksen-j%C3%A4lkeen/kotiutuminen> luettu: 12.10.2019

Kuokkanen K. 2017. Ikääntyneiden potilaiden kotiutuminen sairaalan päivystyspoliklinikalta potilaiden ja läheisten kokemana. Pro gradu -tutkielma. Yhdyskuntatieteiden tiedekunta. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 23.01.2020 <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/101239/GRADU-1495799023.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Lakomkin & Hadjipanayis. 2017. Non-routine Discharge Disposition is Associated with Post-discharge Complications and 30-day Readmissions Following Craniotomy for Brain Tumor Resection. Viitattu 09.05.2020 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5898927/>

Leikkola P. 2014. Selkäleikkauspotilaan ja läheisen selviytyminen sairaalasta kotiuduttaessa ja kuusi viikkoa leikkauksen jälkeen. Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja. Viitattu 31.12.2019 <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/96181/978-951-44-9599-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lepola I, Toljamo M, Aho R, Louet T. 2001. Being a brain tumor patient: a descriptive study of patients' experiences. The Journal of Neuroscience Nursing 33(3), 143–147.

Mäkelä M. 2015 Hoitoon ja kohteluun kohdistuva tyytymättömyys. Potilaslain mukaiset muistutukset. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 1301. Tampere: Juvenes Print. Viitattu 25.01.2020 <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526208275.pdf>

Mäenpää H. 2012. Tietoja aikuisten aivokasvaimista. Helsinki: Suomen Syöpäpotilaat ry. Viitattu 05.01.2020 https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/syopa-alueelliset/sites/271/2016/10/18130523/Aikuisten_aivokasvaimet_2016_Netti.pdf

Niela-Vilén H. & Kauhanen L. 2015. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa: Stolt M, Axelin, A & Suhonen R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto, 23-34.

Nordmark S, Söderberg S & Skär L. 2015. Information exchange between registered nurses and district nurses during the discharge planning process: cross-sectional analysis of survey data. Informatics for Health & Social Care. Informa UK Ltd. Viitattu 29.03.2020 <http://search.ebsco-host.com.ezproxy.utu.fi/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=24393036&site=ehost-live#.XeEhsWslqnc.gmail>.

Pace A, Villani V, Di Pasquale A, Benincasa D, Guariglia L, Iera-ci, S, Focarelli S, Carapella C. & Pompili A. 2014. Home care for brain tumor patients. Department of Neuroscience. Viitattu 28.04.2020 https://www.researchgate.net/publication/273373443_Home_care_for_brain_tumor_patients

Palonen M. 2016. Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä ohjaus - Hypoteettisen mallin kehittäminen. Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja. Viitattu 29.12.2019 <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100058/978-952-03-0277-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

- Parsons M, Parsons J, Rouse P, Pillai A, Mathieson S, Parsons R, Smith C & Kenealy T. 2017. Supported Discharge Teams for older people in hospital acute care: a randomised controlled trial. Viitattu 13.03.2020 <https://doi.org/10.1093/ageing/afx169>
- Perälä, M-L & Hammar T. 2013. PALKOmalli –Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Helsinki: Stakes. Viitattu 23.01.2020 <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75681/Aiheita29-2003.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Rantanen A, Heikkilä A, Asikainen P, Paavilainen E, Åstedt-Kurki P. 2010. Perheiden tuen saanti terveydenhuollossa -pilottitutkimus. *Hoitotiede* 22(2), 141–152.
- Raivio R. 2016. Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa. Akateeminen väitöskirja. Lääketieteen yksikkö. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 23.01.2020 <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/99564/978-952-03-0178-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Richardson AM, McCarthy DJ, Sandhu J, May-rand R, Guerrero C, Rosenberg C, Gernsback JE, Komotar R, Ivan M. 2019. Predictors of Successful Discharge of Patients on Postoperative Day 1 After Craniotomy for Brain Tumor. Viitattu 05.05.2020 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30862575>
- Salmenperä R, Tulli S, Virta M, editors. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö [Nursing care of the neurological and neurosurgical patient]. Tampere, Finland: Tammi; 2002. p. 313-333.
- Sarajärvi A & Tuomi, J. 2017. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. Viitattu 29.04.2020
- Sughrue ME, Bon-ney PA, Choi L, Teo C. 2015. Early Discharge After Surgery for Intra-Axial Brain Tumors. Viitattu 05.05.2020 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25892244>
- Suhonen, Axelin & Stolt. 2016. Teoksessa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattupainos Turun yliopisto hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja
- Terveydenhuoltolaki. 1326/2010. Viitattu 29.03.2020. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P3>.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 12.12.2019 http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Ning X, Dan Z, Shuiyuan X. 2018. Effects of continued psychological care toward brain tumor patients and their family members' negative emotions. Viitattu 09.05.2020 <http://www.cancerjournal.net/article.asp?issn=0973-1482;year=2018;volume=14;issue=8;spage=202;epage=207;au-last=Xiao>
- Vierula H. 2019. Sujuvasti sairaalasta kotiin. Potilaan lääkärilehti. Suomen lääkäriliitto. Viitattu 23.01.2020 <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/sujuvasti-sairaalasta-kotiin/>.
- Vilka H. 2015. Tutki ja kehitä. 4., uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus. Saatavana Elibs-e-kirjakokoelmasta.

Winters B, Gurses A, Lehmann H, Sexton J, Rampersad C and Pronovost P. 2009. Clinical review: Checklists – translating evidence into practice. *Critical Care* 13/2009. Viitattu 29.03.2020 <https://ccforum.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/cc7792>.

Yilmaz F, Aldemir K & Yildiz E. 2019. The discharge related education needs of inpatients being treated in the internal diseases clinic and affecting factors. *International journal of caring sciences*. Viitattu 12.12.2019 <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=c528bba1-b65c-47ca-93bd-c742a4c859dc%40sessionmgr4008>.

