Silja Katiska & Laura Leppäharju

IHOKASVAINTEN TUNNISTAMINEN

- opas Kainuun maakunta -kuntayhtymän terveydenhuollon ammattilaisille

Opinnäytetyö
Kajaanin ammattikorkeakoulu
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Kevät 2011

Kajaanin ammattikorkeakoulu

OPINNÄYTETYÖ
TIIVISTELMÄ

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma
Tekijä(t) Silja Katiska & Laura Leppäharju	
Työn nimi IHOKASVAINTEN TUNNISTAMINEN - opas Kainuun maakunta -kuntayhtymän terveydenhuollon ammattilaisille	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot Kirurginen hoitotyö	Ohjaaja(t) Jaana Kemppainen & Taina Romppanen
	Toimeksiantaja Kainuun maakunta -kuntayhtymä, Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka
Aika Kevät 2011	Sivumäärä ja liitteet 40+5

Ihokasvaimia esiintyy kaikilla ihmisillä ja niiden määrä lisääntyy ikääntyessä. Koska Suomen väestö ikääntyy, tullaan ihokasvaimia kohtaamaan yhä enemmän hoitotyössä. Tämän takia on katsottu tarpeelliseksi kehittää ihokasvaimista opas, joka auttaa terveydenhuollon ammattilaisia arvioimaan, tarvitseeko potilaan ihokasvain lääkärin arviota ja jatkotutkimuksia.

Sairaanhoitajan ammattitaitovaatimuksista ihokasvainten tunnistajana keskityimme opinnäytetössämme kehittämistyöhön sekä päätöksentekoon hoitotyössä. Kehittämällä tieto-taito-osaamistaan sairaanhoitaja kehittää myös valmiuttaan tehdä päätöksiä. Koska sairaanhoitajat työskentelevät nykyään aiempaan itsenäisemmin, on entistä tärkeämpää, että sairaanhoitajalla on laajaa tieto-taitoa ja kykyä tehdä päätöksiä. Arvioidessaan potilaan ihokasvainta sairaanhoitajan tulisi pystyä päättämään tietopohjansa avulla, tarvitseeko ihokasvain jatkotutkimuksia.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata hoitoa vaativat ihokasvaimet sekä niiden ominaispiirteet, ja tuottaa niistä oppaat terveydenhuollon ammattilaisille. Tavoitteenamme oli kehittää oppaiden avulla terveydenhuollon ammattilaisten valmiuksia tunnistaa jatkotutkimuksia tarvitsevat ihokasvaimet. Tutkimustehtävämme oli: Mitkä ovat ne ihokasvainten piirteet, jotka tarvitsevat jatkotutkimusta?

Opinnäytetyömme oli tuotteistettu prosessi. Prosessin tuloksena tuotimme kaksi opasta ihokasvainten tunnistuspiirteistä, joista toinen on paperiopas ja toinen Internet-opas. Tutkimustehtäväämme vastasimme kuvailemalla oppaisiin keskeisten ihokasvainten tunnistuspiirteet. Lisäksi oppaissa on ihokasvainten kuvat ja ohje siitä, tarvitseeko ihokasvain lääkärin arviota.

Opinnäytetyömme tilaajana oli Kainuun maakunta -kuntayhtymän korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka. Poliklinikalla on kehitteillä pään ja kaulan alueen ihokasvainten hoitoketju, jonka on määrä valmistua keväällä 2011. Työelämän tilaaja tilasi oppaat perusterveydenhuollossa työskentelevien terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön.

Jatkotutkimusaiheeksi esitämme tunnistusoppaiden vaikuttavuuden tutkimisen. Tällä saataisiin selville, onko ihokasvaimia tullut aiempaa enemmän tai vähemmän lääkärin arvioitavaksi. Toiseksi jatkotutkimusaiheeksi esitämme potilaille suunnatun ihokasvainten tunnistusoppaan kehittämistä.

Kieli	Suomi
Asiasanat	ihokasvain, päätöksenteko- ja kehittämisosaaminen, tuotteistettu opinnäytetyö
Säilytyspaikka	☒ Verkkokirjasto Theseus ☒ Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

THESIS
ABSTRACT

School Health and Sports	Degree Programme Nursing
Author(s) Katiska Silja and Leppäharju Laura	
Title the Identification of Cutaneous Tumours - a handbook for nurses in the Joint Authority of Kainuu Region	
Optional Professional Studies Surgical Nursing	Instructor(s) Kemppainen Jaana and Romppanen Taina
	Commissioned by the Joint Authority of Kainuu Region, ENT outpatient clinic
Date Spring 2011	Total Number of Pages and Appendices 40+5

Cutaneous tumours are increasingly common as people get older. Due to the increasing number of elderly people in the population of Finland, nurses will more often meet cutaneous tumours in their work, which is why there is a need for a handbook on cutaneous tumours.

The thesis focuses on professional development and decision-making competence. These competences are necessary when identifying cutaneous tumours. Nowadays nurses work more independently and therefore, they have to have the knowledge- and skill-base to decide if a patient's cutaneous tumour needs further medical examination. By developing his or her own professional skills a nurse can make decisions better.

The purpose of this thesis was to describe cutaneous tumours that need medical examination and to produce a handbook for nurses. The objective was to develop nurses' skills to decide if a patient's cutaneous tumour needs further medical examination. The research question was: Which features of cutaneous tumours need medical examination?

The thesis was implemented as a product development process. As a result, two handbooks on six cutaneous tumours were produced. The first handbook is a hard copy and the second one is available online. The handbooks describe the characteristics of six cutaneous tumours with pictures of those six cutaneous tumours and guidelines for deciding if a tumour needs medical examination.

The commissioner of this thesis was the Joint Authority of Kainuu Region, the ENT outpatient clinic. The clinic is devising a chain of treatment for cutaneous tumours in the head and the neck. The clinic commissioned the handbooks to help nurses who work in primary health care.

Future study could focus on the effectiveness of the handbooks: have the handbooks increased or reduced the number of cutaneous tumours that doctors have examined? Another topic for study could the compilation of a handbook for patients.

Language of Thesis	Finnish
Keywords	cutaneous tumour, decision-making competence, professional development, product development process
Deposited at	☒ Electronic library Theseus ☒ Library of Kajaani University of Applied Sciences

ALKUSANAT

”Kas’ vain, sanoi kasvain, ja kasvoi vain. Vain kasvain voi kasvaa noin vain.”

SISÄLLYS

1 JOHDANTO 1

2 KESKEISET IHOKASVAIMET 2
2.1 Ihon rakenne ja ihosyöpä 2
2.2 Hyvänlaatuiset ihokasvaimet 4
2.2.1 Luomi 5
2.2.2 Rasvaluomi 6
2.3 Pahanlaatuiset ihokasvaimet 7
2.3.1 Aktiini keratoosi 7
2.3.2 Tyvisolusyöpä 8
2.3.3 Okasolusyöpä 11
2.3.4 Melanooma 12

3 SAIRAANHOITAJAN OSAAMINEN IHOKASVAINTEN TUNNISTAJANA 17

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ 20

5 OPINNÄYTETYÖN TUOTTEISTAMISPROSESSI 21
5.1 Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka 21
5.2 Opinnäytetyön eteneminen 22
5.3 Tuotteistamisprosessi 22
5.3.1 Tuotteen kehittäminen 24
5.3.2 Tuotteen arviointi ja muokkaus kehittämisvaiheessa 25
5.3.3 Tuotantokustannukset 27
5.3.4 Markkinointi 27

6 POHDINTA 29
6.1 Eettisyys ja luotettavuus 29
6.2 Opinnäytetyöprosessi 32
6.3 Ammatillinen kehittyminen 34

LÄHTEET 36

LIITTEET

1 JOHDANTO

Ihokasvaimet ovat hyvin yleisiä, ja niitä on jokaisella ihmisellä. Niiden määrä lisääntyy iän myötä. (Karvonen 2003, 270.) Koska Suomen väestö ikääntyy, tullaan ihokasvaimia kohtaamaan yhä enemmän hoitotyössä. Siksi on tärkeää, että terveydenhuollon ammattilaiset pystyvät tunnistamaan ajoissa hoitoa vaativat ihokasvaimet. Poistettavat ihokasvaimet eivät ole läheskään aina pahanlaatuisia ihomuutoksia. Esteettisten elämänarvojen korostuminen yhteiskunnassamme luo entistä suuremman tarpeen myös hyvänlaatuisten ihokasvainten poistoon. (Suhonen 2005, 1063–1071.)

Terveydenhuollon ammattilaisen vastuu omasta toiminnastaan kasvaa koko ajan. Sairaanhoitaja tarvitseekin työssään yhä laajempaa ammatillista osaamista ja tietotaitoa, sekä kykyä soveltaa sitä käytännön hoitotyöhön. (Hildén 2002, 30.) Tiedottaminen, ehkäiseminen ja varhainen tunnistaminen ovat niitä seikkoja, joiden avulla pystytään paremmin ehkäisemään ihosyöpiä (Skin cancer 2009, 15; Freak 2004, 51).

Opinnäytetyön tilaaja on Kainuu maakunta -kuntayhtymän Kainuun keskussairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka. Kyseinen poliklinikka on korva-, nenä- ja kurkkusairauksien erikoissairaanhoidon palveluita tuottava yksikkö. Poliklinikalla hoidetaan kaikenikäisiä potilaita, jotka tulevat erikoissairaanhoitoon koko Kainuun alueelta. Poliklinikan yhteydessä toimii myös kuuloasema. (Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka.)

Tuotteistamme opinnäytetyönämme pään ja kaulan alueen ihokasvainten tunnistusoppaat. Organisaatio tilaa oppaat perusterveydenhuollossa, terveyskeskuksessa, kotisairaanhoidossa sekä yksityissektorilla työskentelevien terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön. Tunnistusoppaita on kaksi erilaista, joista toinen on paperiopas, ja toinen on Internet-opas. Oppaiden avulla terveydenhuollon ammattilaisten on helpompi arvioida, tarvitseeko potilaan ihomuutos jatkotutkimuksia.

Valitsimme aiheen, koska se kehittää ammatillista osaamistamme kirurgisessa hoitotyössä. Tulevaisuudessa tulemme kohtaamaan potilaita, joilla on ihokasvaimia. Opinnäytetyömme kehittää päätöksenteko-osaamistamme, sekä laajentaa tieto-taitoamme kyseisestä erikoisalasta. Muita kompetensseja, joita opinnäytetyö kehittää, ovat eettinen toiminta,

terveyden edistäminen, yhteistyö, tutkimus- ja kehittämistyö, johtaminen, sekä kliininen hoitotyö.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata hoitoa vaativat ihokasvaimet sekä niiden ominaispiirteet, ja tuottaa niistä oppaat terveydenhuollon ammattilaisille. Tavoitteenamme on kehittää oppaiden avulla terveydenhuollon ammattilaisten valmiuksia tunnistaa jatkotutkimuksia tarvitsevat ihokasvaimet.

Työelämän tilaajan mukaan ikääntyneiden pahanlaatuiset ihokasvaimet tulevat usein liian myöhään erikoissairaanhoidon piiriin, eli ne ovat ehtineet kasvaa kookkaiksi ennen hoitoa. Pahanlaatuisten ihokasvainten tunnistamisella estetään hoidon viivästyminen, ja hyvänlaatuisten ihokasvainten tunnistamisella vältytään tarpeettomilta leikkauksilta (Karvonen 2003, 270). Näiden seikkojen takia on katsottu tarpeelliseksi tuottaa ihokasvainten tunnistusopas. Oppaat ohjaavat terveydenhuollon ammattilaisia kiinnittämään huomiota ihokasvaimiin sekä auttavat arvioimaan, onko ihomuutos pahanlaatuinen vai hyvänlaatuinen, eli tarvitseeko potilas lähettää lääkärin arvioitavaksi.

2 KESKEISET IHOKASVAIMET

Opinnäytetyömme keskeiset käsitteet ovat hyvänlaatuiset ihokasvaimet, pahanlaatuiset ihokasvaimet sekä sairaanhoitajan osaaminen ihokasvainten tunnistajana. Tässä kappaleessa kerromme ihosta, sen rakenteesta sekä ihosyövistä. Lisäksi kerromme jokaisesta keskeisestä kuudesta ihokasvaimesta. Ihokasvaimet ovat valikoituneet opinnäytetyöhömme työelämän tilaajan kehitteillä olevasta pään ja kaulan alueen ihokasvainten hoitoketjusta. Lisäksi työelämän tilaaja toivoi oppaisiin tietoa rasvaluomesta, koska se on hyvin yleinen etenkin iäkkäillä.

2.1 Ihon rakenne ja ihosyöpä

Iho eli cutis muodostaa rajapinnan elimistön ja ulkomaailman välille. Ihon rakenteessa voidaan erottaa kolme kerrosta: epidermis eli orvaskesi, dermis eli verinahka ja subcutis eli ihonalainen kerros. Aikuisen iho on pinta-alaltaan 1,5-2 m^2. Epidermis ja dermis painavat yhteensä noin neljä kiloa. (Hietanen, Iivanainen, Seppänen & Juutilainen 2005, 9.) Ihon tehtävänä on pitää kudokset koossa ja suojata ulkoisilta vammoilta. Epidermis kestää kulumista ja suojaa elimistöä ulkoisilta tekijöiltä kuten infektioilta sekä erilaisten kemikaalien ärsyttäviltä vaikutuksilta. Dermis ja subcutis ovat rakenteeltaan joustavia, joten ne voivat ottaa vastaan iskuja ja venytystä. (Oikarinen & Tasanen-Määttä 2003, 12, 19–20.)

Epidermis eli orvaskesi rakentuu eri kerroksista, jotka ovat keratinosyyttien muodostamia. Keratinosyytit ovat epidermiksen runsain solutyyppi. Epidermiksessä on keratiini-, jyväissolu-, okasolu- sekä tyvisolukerros. Tyvisolukerros on kerros, josta epidermis uusiutuu. Uusiutuminen tapahtuu tyvisolun jakauduttua kahteen soluun ja tämä toinen syntyneistä soluista siirtyy okasolu- ja jyväissolukerroksen kautta keratiinikerrokseen. (Oikarinen & Tasanen-Määttä 2003, 12.)

Dermis sijaitsee epidermiksen alapuolella. Näiden kahden kerroksen raja ei kuitenkaan ole suoraviivainen, sillä karvatuppien mukana epidermis tunkeutuu syvälle dermikseen. Tämä ei sinänsä tuota minkäänlaista haittaa, sillä dermis-kerros on huomattavasti paksumpi kuin epidermis-kerros. Dermis on muodostunut kahdesta kerroksesta. Nämä kerrokset ovat

joskus vaikeita erottaa toisistaan. Ihon kimmoisuuden saavat aikaan dermiksessä olevat valkuaisaineet, kollageeni ja elastiinisäikeet. (Hietanen ym. 2005, 11–12.)

Subcutis on dermiksen alapuolella sijaitseva kerros, joka on rasvakudosta. Rasvakudos jakautuu sidekudoksisten väliseinien muodostamiin lohkoihin. Elimistön suojaaminen iskuilta ja venytyksiltä on yksi subcutiksen tehtävä. Lisäksi se toimii siteenä ihon ja muiden kudosten välillä. (Oikarinen & Tasanen-Määttä 2003, 18.) Subcutis toimii myös energiavarastona ja lämmöneristeenä. Subcutis onkin ihon paksuin kerros. Tämän kerroksen paksuuteen vaikuttavat kuitenkin ihmisen ikä, hormonaalinen tila ja rasvakudoksen sijainti kehossa. Sukupuoli vaikuttaa siihen miten rasvakudos on jakautunut keholle. Naisilla rasvakudos on yleensä tasaisesti lähes kaikkialla kehoa, kun taas miehillä rasvakudosta on yleensä enemmän keskivartalolla kuin raajoissa. (Hietanen ym. 2005, 13.)

Syöpä syntyy, kun vaurioitunut solu kasvaa ja jakautuu kontrolloimattomasti. Elimistö ei ole tällöin pystynyt korjaamaan solun vaurioitunutta DNA-ketjun osaa. Ihosyövät syntyvät ihon uloimmissa kerroksissa, etenkin dermiksessä. Lääkärin tulisi arvioida epäilyttävä ihomuutos heti sen ilmaantuessa. (Skin cancer 2009, 15; Laukkanen, Rummukainen, Kivinen & Lappalainen 2005, 71.) Näkyvyytensä ansiosta ihosyövät ovat usein helppo diagnosoida ja hoitaa ajoissa, jolloin myös ennuste on parempi (Suominen & Pyrhönen 2007, 543).

Tärkein ihosyöpiä aiheuttava tekijä on auringon ultraviolettisäteily, etenkin UVB-säteily. UVB-säteily aiheuttaa ihon palamista, kroonisia ihomuutoksia sekä vaikuttaa karsinogeneesiin eli syövän syntyyn. UVA-säteily sen sijaan vaikuttaa syviin ihokerroksiin sekä heikentää immunologista puolustusta. UVA- ja UVB-säteily eroavat toisistaan aallonpituuden perusteella. UVA-säteilyn aallonpituus on hieman pidempi verrattuna UVB-säteilyn aallonpituuteen. (Suominen & Pyrhönen 2007, 544.) Koska lapsen iho on herkkä, kasvattaa lapsena auringossa runsas oleminen riskiä sairastua myöhemmällä iällä ihosyöpään. Lisäksi runsasluomisuus, vaalea iho ja hiukset sekä aikaisemmin sairastettu ihosyöpä kasvattavat riskiä saada uusi ihosyöpä. (Skin cancer. 2009, 15.)

Vaaleaihoisilla ihmisillä esiintyy huomattavasti enemmän ihosyöpiä tummaihoisiin ihmisiin verrattuna. Osa syy tähän löytyy tummaihoisten ihosoluissa olevasta melaniini-pigmentistä, jota heillä on ihosoluissa enemmän kuin vaaleaihoisilla. Tummaihoisten melaniini-pigmentti suodattaa auringon ultraviolettisäteilyä noin kaksi kertaa paremmin kuin vaaleaihoisilla oleva melaniini-pigmentti. Tällainen ultraviolettisäteilyn suodattuminen estää valovaurioiden syntyä

soluissa, mikä taas vaikuttaa siihen ettei ihosyöpiä pääse syntymään. (Bradford 2009, 170; 176.)

Vuonna 2008 suomalaisilla naisilla todettiin 651 ihosyöpä-tapausta. Tällöin ilmaantuvuus 100 000 ihmistä kohti on 7,1. Tähän lukuun ei kuitenkaan sisälly melanooma eikä tyvisolusyöpä. Ihomelanooma-tapauksia rekisteröitiin samana vuonna 466 tapausta. Ihomelanooman ilmaantuvuus 100 000 ihmistä kohti oli tuolloin 10,1. Kainuun alueella naisten ihosyöpä-tapauksia oli vuonna 2008 12. Tähän lukuun ei ole laskettu melanoomia eikä tyvisolusyöpiä. Ilmaantuvuus-arvo oli tuolloin 7,7, eli se oli hieman yli koko Suomen ilmaantuvuus keski-arvon. (Suomen Syöpärekisteri 2010.)

Vuoden 2008 aikana suomalaisten miesten ihosyöpiä todettiin 701 tapausta. Tähän lukuun ei ole laskettu melanooma- eikä tyvisolusyöpätapauksia. Ilmaantuvuus-arvo oli tuolloin 12,6. Ihomelanoomia todettiin 505 tapausta ja ilmaantuvuus oli 11,8. Kainuun alueella todettiin miehillä vuonna 2008 13 syöpätapausta. Tämä tarkoittaa sitä, että ihosyövän ilmaantuvuus 100 000 ihmistä kohti oli 16,9. Miesten kohdalla ilmaantuvuus oli siis huomattavasti suurempi Kainuun alueella verrattuna koko Suomeen. (Suomen Syöpärekisteri 2010.) Tähän voi osaltaan vaikuttaa keskimääräisen eliniän piteneminen. Toisaalta syövän ilmaantuvuuden kasvuun voi vaikuttaa myös se, että sodanjälkeiset suuret ikäluokat ovat saavuttaneet 60 vuoden iän, jolloin syövän ilmaantuvuus kasvaa voimakkaasti. (Pukkala, Dyba, Hakulinen & Sankila 2006, 10.) Suomen maakunnista juuri Kainuun väkiluku vähenee nopeimmin koko maan väkilukuun verrattuna. Suurin vaikuttaja tähän on muuttoliike asutuskeskuksiin. (Tilastokeskus 2004.) Useimmiten Kainuusta lähtömuuttajat ovat nuoria tai työikäisiä, joten Kainuun väestön keski-ikä nousee (Kainuun väestöennuste v. 2025 2008, 15–16). Tämä voisi olla myös osa syy kohonneisiin syövän ilmaatuvuus-arvoihin.

2.2 Hyvänlaatuiset ihokasvaimet

Opinnäytetyön keskeiset hyvänlaatuiset ihokasvaimet ovat luomi ja rasvaluomi. Kuvaamme nämä käsitteet seuraavaksi. Luomi sisältyy pään ja kaulan alueen ihokasvainten hoitoketjuun, mutta rasvaluomi valikoitui oppaisiin työelämän tilaajan toivomuksesta.

2.2.1 Luomi

Naevus naevocellularis eli melanolyyttiluomi tai pigmenttiluomi on yleinen ihokasvain. Pigmenttiluomet ilmaantuvat yleensä lapsena tai nuorena aikuisena, mutta osa niistä voi olla synnynnäisiä. Terveellä ihmisellä niitä on yleensä muutamia kymmeniä. Nämä luomet alkavat kadota keski-iässä, eikä niitä yleensä ikääntyneillä enää juurikaan ole. (Karvonen 2003, 285.)

Pigmenttiluomessa kasvainsolut ovat joko melanosyyttejä tai neevussoluja. Intradermaalineevuksessa pigmenttisolut ovat muodostaneet saarekkeita dermikseen. (Karvonen 2003, 285.) Intradermaalineevukset ovat pehmeitä, ihosta koholla olevia luomia, joiden pahanlaatuistumisriski on olematon. Väriltään ne voivat olla hyvin vähän pigmentoituneita, vaaleanruskeita tai normaalin ihon värisiä. Kooltaan ne ovat yleensä alle yhden senttimetrin mittaisia. (Karvonen 2003, 286; Majamaa 2009.)

Luomi on syytä poistaa, mikäli herää epäilys pahanlaatuisuudesta (Pään ja kaulan alueen ihokasvainten hoitoketju 2009; Majamaa 2009.) Mikäli potilas kuvaa luomen muuttuneen kooltaan tai väriltään, tai mikäli luomi on haavautunut tai vuotaa verta, tulee pahanlaatuisuutta epäillä (Pään ja kaulan 2009). Mikäli luomi on väriltään sininen, punainen tai musta, on luomi poistettava. Myös reunan poimuilu, punoittava halo eli rengas luomen ympärillä, sateliittileesiot eli tummat pisteet ympäröivällä iholla sekä kutina ovat huolestuttavia merkkejä. (Karvonen 2003, 289.) Luomen poistossa poistomarginaalin ratkaisevat luomen esiintymispaikka sekä ulkonäkö (Majamaa 2009). Pahanlaatuinen muutos pyritään poistamaan kokonaisuudessaan (Pään ja kaulan 2009).

Mikäli potilas kokee luomen esteettisenä haittana, tai se on hankautuvassa ja rikkoutuvassa paikassa, voidaan hyvänlaatuiseksi todettu luomi poistaa (Pään ja kaulan 2009). Yleislääkäri voi poistaa luomen paikallispuudutuksessa, mikäli se ei ole erityisen kookas. Luomi poistetaan tällöin kokonaan ja tervekudosmarginaali voi jäädä pieneksi. (Majamaa 2009.) Jos muutos sijaitsee vaikeasti hoidettavassa paikassa, kuten huulessa, silmäluomessa tai korvalehdessä, poistetaan se erikoissairaanhoidossa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Suunniteltaessa hyvänlaatuisen luomen poistamista tulee kuitenkin ottaa huomioon mahdollisen arven haittaavuus (Majamaa 2009).

2.2.2 Rasvaluomi

Rasvaluomea eli verruca seborrhoice:a kutsutaan myös rasvasyyläksi ja vanhuuden luomeksi (Karvonen 2003, 270). Se syntyy ja kasvaa orvaskeden soluista (Hannuksela 2010c). Rasvaluomi on iän mukaan lisääntyvä kasvain, ja se on yleisin kaikista ihokasvaimista (Karvonen 2003, 270). Niitä esiintyy erityisesti vartalon rasvaisilla ihoalueilla, joita ovat muun muassa kasvot, päänahka, korvalehti ja yläselkä. Jos rasvaluomia alkaa tulla parin vuoden aikana runsaasti, voi taustavaikuttajana olla syöpä tai muu pahanlaatuinen sairaus. Rasvaluomi esiintyy perinnöllisenä kasvaimena, mutta käytännössä niitä on kaikilla yli 75-vuotiailla. Perinnöllisyyden takia niiden syntyä ei myöskään voi ehkäistä. Rasvaluomet ovat hyvänlaatuisia kasvaimia, eivätkä ne yleensä muutu pahanlaatuisiksi. Erilaisilla laboratoriomenetelmillä rasvaluomet voidaan jakaa muutamaan eri tyyppiin, mutta käytännössä tätä luokittelua ei käytetä. (Hannuksela 2010e.)

Ulkonäöltään rasvaluomi on syylämäinen, halkaisijaltaan yleensä 0,5-2 senttimetriä pitkä luomi (Karvonen 2003, 270). Sen pinta on karhea ja näyttää matalalta kohoumalta ihossa. Paksuuntunut rasvaluomi murenee helposti sitä rapsutettaessa. Se kasvaa hitaasti paksuutta ja samalla se myös laajenee. (Hannuksela 2010e.) Kasvaimen väri vaihtelee vaaleanruskeasta pikimustaan ja käsin tunnustellessa kasvain voi tuntua rasvaiselta (Karvonen 2003, 270).

Rasvaluomen toteamiseen riittää yleensä pelkkä kertavilkaisu. Jos kasvain on epätyypillisessä paikassa tai epätyypillisen värinen, voidaan se poistaa kokonaan tai osittain näytteeksi mikroskooppitutkimusta varten. Itsehoitona pienen ja murenevan rasvaluomen voi repäistä pois kynnellä. Harvemmin sitä kuitenkaan saa pois niin hyvin, ettei se kasvaisi uudelleen samaan paikkaan. Jos rasvaluomi on kosmeettisesti häiritsevä tai sen diagnoosi ei ole selvä, tulisi kasvain näyttää lääkärille. Tavallisesti lääkäri poistaa luomet poistamista varten suunnitellulla kauhalla tai rengasveitsellä eli kyretillä. Pieniä rasvaluomia poistettaessa ihoa ei yleensä puuduteta. Rasvaluomien poistamiseen voidaan käyttää myös nestetyppijäädytys-hoitoa eli niin sanottua kryohoitoa. Jos rasvasyyliä esiintyy vartalolla vieri vieressä, voidaan niiden kasvua hillitä tretinoiinivoiteella. (Hannuksela 2010e.)

2.3 Pahanlaatuiset ihokasvaimet

Pahanlaatuiset ihokasvaimet opinnäytetyössämme ovat aktiini keratoosi, tyvisolusyöpä, okasolusyöpä sekä melanooma. Ihokasvaimet ovat valikoituneet oppaisiin pään ja kaulan alueen ihokasvainten hoitoketjusta. Kuvaamme ne seuraavaksi tähän.

2.3.1 Aktiini keratoosi

Aktiini keratoosi eli keratosis solaris tai keratosis senilis kehittyy vanhetessa auringon vaurioittamille ihoalueille (Karvonen 2003, 274). Sitä kutsutaan myös aurinkokeratoosiksi tai seniili keratoosiksi (Hannuksela 2010a). Se on okasolusyövän esiaste. Pieni osa aktiini keratooseista muuttuu vuosien saatossa pahanlaatuiseksi okasolusyöväksi. (Karvonen 2003, 270; 274.) Okasolusyövän syntymistä pyritään estämään hoitamalla aktiini keratoosi – muutokset mahdollisimman aikaisessa vaiheessa (Stanger 2009, 38). Aktiini keratoosin kehittyminen okasolusyöväksi vie suhteellisen paljon aikaa, yleensä yli 15 vuotta. Se on okasolujen kypsymishäiriö, joka luokitellaan orvaskeden sisäiseksi syöväksi. Aktiini keratoosi -läiskiä tulee lähes jokaiselle valkoihoiselle suomalaiselle, jos henkilö elää riittävän vanhaksi. (Hannuksela 2010a.) Jos henkilölle alkaa ilmestyä useampia läiskiä, kertoo se hänen suurentuneesta riskistä saada okasolusyövän lisäksi myös tyvisolusyöpiä (Peltonen 2007, 1115).

Alussa aktiini keratoosi on ohuen hilsekerroksen peittämä läiskä, mutta kerros voi paksuuntua myöhemmin. Se voi muistuttaa ekseema- tai psoriasisläiskää. Väriltään läiskät ovat joko punoittavia tai ruskeita. (Karvonen 2003, 274–275.) Alkuvaiheessa läiskät ovat lähinnä kosmeettinen haitta, mutta myöhemmin ne voivat alkaa kirvellä ja kipuilla (Hannuksela 2006, 73). Aktiini keratoosi -läiskä ei myöskään häviä käyttämällä hydrokortisonivoidetta tai jotain muuta kortikoidivoidetta. Läiskät ovat melko tarkkarajaisia ja karheita. Läiskien koko voi vaihdella muutamasta millimetristä muutamiin senttimetreihin. Koska aktiini keratoosissa voi olla voimakas kreatiinin eli sarveisaineen muodostus, voi kasvain olla muodoltaan kova sarveistappi eli ihosarvi. Ihosarvi on useimmiten aktiini keratoosin oire, mutta se voi myös olla oire jostain muustakin kasvaimesta kuten okasolusyövästä, keratoakantoomasta tai virussyylästä. (Hannuksela 2010a.)

Yleensä aktiini keratoosi on helppo tunnistaa läiskien ulkonäön perusteella. Pienet läiskät poistetaan yleensä kokonaan ja suuremmista otetaan koepala mikroskooppitutkimusta varten. Ihosarvet poistetaan kokonaan mikroskooppinäytteeksi. Jos aktiini keratoosi alue on laaja, niin yksinkertaisin ja tehokkain hoito on nestetyppijäädytys. Läiskät jäädytetään yleensä kahdesti, mutta jäädytysten välissä tulee läiskän kuitenkin sulaa. Toimenpide kestää yleensä muutaman minuutin. Läiskän paksuus vaikuttaa myös jäädytyshoidon etenemiseen. Ohuet läiskät voivat parantua kertajäädytyksellä, kun taas laajemmat ja paksummat läiskät hoidetaan vaiheittain. (Hannuksela 2010a.)

Nestetyppijäädytyksen rinnalla tai erikseen käytetään yleensä myös PDT- eli fotodynaamista hoitoa. Siinä hoidettavalle ihoalueelle levitetään metyyli-5-levulinaattivoidetta, joka herkistää ihoalueen. Voiteen annetaan vaikuttaa noin kolme tuntia. Tämän jälkeen alueelle annetaan suuri määrä punaista hajavaloa. Aktiini keratooseja voidaan hoitaa myös reseptillä saatavalla imikimodivoiteella. Läiskien paksuudesta riippuen hoito kestää 1-4 kuukautta. (Hannuksela 2010a; Pään ja kaulan 2009.)

Aktiini keratoosien syntyä voi ehkäistä välttämällä liiallista auringonottoa, käyttämällä leveälierisiä hattuja ja auringonsuojavoiteita. Joskus lääkäri voi määrätä tretinoiinia sisältävää voidetta, joka ehkäisee aktiini keratoosin kehittymistä. Voiteella on todettu olevan myös parantava vaikutus alkavien keratoosien suhteen. (Hannuksela 2010a; Stanger 2009, 39.)

2.3.2 Tyvisolusyöpä

Tyvisolusyöpä on epidermiksen tyvisolukerroksesta alkunsa saanut pahanlaatuinen kasvain. Kasvainsolut muodostavat dermikseen kasvavia juosteita ja saarekkeita. Yleensä ne ovat lähes samankokoisia ja muistuttavat tyvisolukerroksen soluja. Kasvainsoluista muodostuvat saarekkeet voivat erikoistua niin rauhas- kuin levyepiteeliä kohti. Tyvisolusyöpä kasvaa paikallisesti ja lähettää etäpesäkkeitä hyvin harvoin. Tämän takia siihen ei kuole vuosienkaan sairastamisen jälkeen. Harvinaisissa tapauksissa pään alueella se voi levitä luiden ja silmäkuopan kautta aivoihin, jolloin se voi aiheuttaa potilaan kuoleman. (Suominen & Pyrhönen 2007, 546.)

Tyvisolusyöpä eli carcinoma basocellulare tai basaliooma on yleisin ihosyöpälaji (Majamaa 2009; Karvonen 2003, 278). Tummaihoisilla ihmisillä tyvisolusyöpä on toiseksi yleisin

ihosyöpä-muoto (Bradford 2009, 171). Suomessa todetaan yli 6000 uutta tapausta vuosittain. Vaikka yhdellä potilaalla olisi useita tyvisolusyöpiä, rekisteröidään hänet kuitenkin yhdeksi tapaukseksi. Tämä tarkoittaa sitä, että yksittäisten tyvisolusyöpien määrä on todellisuudessa huomattavasti suurempi. Lisäksi vaikka samalle potilaalle myöhemmin ilmaantuisi uusi tyvisolusyöpä, ei sitä enää rekisteröidä uutena tapauksena. (Hannuksela 2009b.) Mikäli potilaalla on todettu tyvisolusyöpä, on hänellä isompi riski saada toinen ihosyöpä (Suominen & Pyrhönen 2007, 545).

Tyvisolusyöpää todetaan eniten paljon aurinkoa saaneilla ihoalueilla (Hannuksela 2009b). Tyvisolusyövät ovat yleisimpiä vanhojen, paljon auringossa olleiden vaaleiden ihmisten kasvoilla. Auringon UVB-säteily onkin tärkein tyvisolusyöpää aiheuttava tekijä. (Karvonen 2003, 278.) Etenkin lapsuudessa saatu runsas UVB-säteily sekä toistuva palaminen ovat riskitekijöitä. Muita riskitekijöitä ovat lähisukulaisten ihosyövät, I ihotyyppi eli iho ei rusketu vaan palaa aina, punatukkaisuus, sini- tai vihreäsilmäisyys sekä rasvainen ruoka. (Hannuksela 2009a, 92.)

Valoaltistumisen jälkeen taudin kehittyminen syöpäasteelle vie 20–30 vuotta. Tämän takia potilaat ovat yleensä iäkkäitä. Kuitenkin lisääntyneen auringonoton takia todetaan tyvisolusyöpiä nuorempienkin iholla. (Suominen & Pyrhönen 2007, 545.) Koska väestö ikääntyy ja aurinkoa otetaan yhä enemmän, tullaan tyvisolusyöpiä toteamaan tulevaisuudessa enenevissä määrin (Karvonen 2003, 278).

Tyvisolusyövästä voidaan erottaa jopa seitsemän erilaista muotoa. Ne ovat nodulaarinen tai noduloulseratiivinen muoto, pinnallinen muoto, morfeatyyppinen eli sklerosoiva muoto, kystinen muoto, fibroepitelioma, mikronodulaarinen muoto sekä metatyyppinen muoto. (Suominen & Pyrhönen 2007, 546.) Näistä keskitymme nodulaariseen muotoon, pinnalliseen muotoon sekä morfeatyyppiseen muotoon, koska muut muodot ovat harvinaisempia.

Nodulaarinen muoto kattaa jopa 60 % kaikista tyvisolusyövän muodoista (Suominen & Pyrhönen 2007, 546). Yleensä se esiintyy kasvojen valoalueilla (Karvonen 2003, 278). Se kasvaa hitaasti, ja alkaa yleensä pienenä, kiinteänä ja oireettomana, väriltään vaaleanpunaisena tai punaisena kyhmynä. Sen pinnalla voi kuultaa laajentuneita verisuonia. Kasvaessaan nodulaarinen muoto muuttuu yleensä reunoilta vallimaiseksi. Valli voi olla kyhmyinen ja helminauhamainen, pienistä papuloista koostuva. Tässä vaiheessa viimeistään laajentuneet verisuonet näkyvät yleensä selvästi. (Suominen & Pyrhönen 2007, 546; Karvonen 2003, 278–

279.) Kuopalla oleva keskusta alkaa yleensä karstoittua ja haavautua. Joskus ihomuutos sisältää melaniinia, joten se voi olla myös voimakkaasti pigmentoitunut. Tällaisena se voi muistuttaa melanoomaa. (Karvonen 2003, 279.)

Tyvisolusyövän pinnallinen muoto esiintyy pääasiallisesti vartalolla ja raajoissa, ei niinkään ihon valottuneilla alueilla eli kasvojen alueella. Erityisesti pinnallinen muoto voi muistuttaa esimerkiksi ekseemaa tai psoriasista, joten diagnostiikan kanssa on oltava tarkkana. Tämä muoto on ulkonäöltään tasainen, tarkkarajainen, punoittava, hilseilevä ja karhea. Lisäksi siinä on ohut, lankamainen reunavalli. Kooltaan se on usean senttimetrin läpimittainen. (Suominen & Pyrhönen 2007, 546; Karvonen 2003, 280.)

Tyvisolusyövän morfeatyyppinen muoto eli sklerosoiva muoto esiintyy yleensä kasvoilla ja leviää pinnallisesti. Muodoltaan se on epätarkkarajainen ja arpimainen. Väriltään se on vaalea tai kellertävä, ja pinnalla voi olla hentoa verisuonikuviota. (Suominen & Pyrhönen 2007, 546; Karvonen 2003, 279.) Koska tämä muoto ei välttämättä erotu juurikaan ihosta, kiinnitetään siihen usein huomiota sen ollessa jo muutaman senttimetrin läpimittainen. Tämä muoto kasvaa muita muotoja nopeammin ja infiltroi herkästi, joten hoidon on oltava tarpeeksi radikaali. Lisäksi tämä muoto johtaa muita muotoja useammin vakavampiin myöhäismuotoihin. (Karvonen 2003, 279.)

Tyvisolusyöpä kasvaa hitaasti vuosien saatossa (Karvonen 2003, 278). Hoitamattomana se aiheuttaa kivuttomia haavaumia ja jopa suuria kudostuhoja. Kudostuhot voivat puolestaan johtaa jopa silmän tai nenän menetykseen. Koska tyvisolusyöpä kasvaa paikallisesti, riittää sen hoitamiseksi asianmukainen paikallinen hoito. (Suominen & Pyrhönen 2007, 546–547.)

Kokenut lääkäri voi tunnistaa usein tyvisolusyövän pelkän ulkonäön perusteella. Kuitenkin varmuus diagnoosista saadaan ottamalla kasvaimesta koepalat. (Suominen & Pyrhönen 2007, 546.) Vaihtoehtoina tyvisolusyövän poistamiselle ovat kirurginen hoito, nestetyppijäädytys eli kryohoito, fotodynaaminen hoito sekä imikimodivoide (Pään ja kaulan 2009). Mikäli kasvain on pieni ja muodoltaan nodulaarinen, on se yksinkertaisinta poistaa kirurgisesti (Hannuksela 2009a). Jos kasvain poistetaan kirurgisesti, voidaan histologisesti tutkia poistetun alueen reunat ja varmistua siitä, että kasvain on saatu poistettua kokonaan. Mikäli kasvainta ei ole saatu poistettua kokonaan, tulee tehdä lisäpoisto. Muissa menetelmissä varmuus onnistumisesta saadaan vasta ajan kanssa, sillä uusiutumisriski on suurempi kuin kirurgisesti poistetuissa tyvisolusyövissä. (Suominen & Pyrhönen 2007, 547.)

Kirurgisessa hoidossa kasvain poistetaan noin viiden millimetrin tervekudosmarginaalilla (Suominen & Pyrhönen 2007, 547; Majamaa 2009). Mikäli kasvain on suuri, uusiutunut tai sklerosoiva, tulisi marginaalin olla noin 10 millimetriä (Suominen & Pyrhönen 2007, 547). Tarvittaessa tehdään leikkauksessa rekonstruktio kielekkeellä tai vapaalla ihonsiirrolla (Majamaa 2009). Kirurgisella hoidolla jopa 95–99 % potilaista on parantunut taudista. Kryohoidossa muutos poistetaan jäädyttämällä nestemäisellä typellä (Suominen & Pyrhönen 2007, 547). Fotodynaamisessa hoidossa iholle levitetään metyyli-5-levulinaattivoidetta (Hannuksela 2010a).

Pään ja kaulan alueen ihokasvainten hoitoketjun mukaan pinnalliset ja nodulaariset muutokset hoidetaan joko kirurgisesti, kryohoidolla tai fotodynaamisella hoidolla. Kirurgisesti poistetaan yleensä haavautuva, kyhmyinen ja arpimainen muutos; nestetyppijäädytyksellä, imikimodivoiteella tai fotodynaamisella hoidolla poistetaan laaja ja pinnallinen muutos. (Pään ja kaulan 2009.)

2.3.3 Okasolusyöpä

Okasolusyöpää eli carcinoma spinocellulare:a kutsutaan myös levyepiteelisyöväksi. Se on pahanlaatuinen kasvain, joka voi metastasoida eli lähettää etäpesäkkeitä muualle kehoon. Se voi kasvaa terveeseen ihoon, mutta yleensä sitä edeltää aktiini keratoosi. Okasolusyöpä voi myös kehittyä krooniseen haavaumaan, kuten palovammaan. Jos kasvojen alueen okasolusyöpä on kehittynyt aktiini keratoosista, se metastasoi harvoin. Okasolusyöpä on vaarallinen ja helposti metastasoiva, jos se on kehittynyt huuleen tai kroonisiin haavaumiin. (Karvonen 2003, 275–276; Freak 2004, 47.) Kroonisiin haavaumiin kehittyvä okasolusyöpä on erittäin vaikea havaita, sillä se voi kätkeytyä haavakudokseen, niin ettei sitä epäillä kuukausiin. Okasolusyöpä voi myös saada alkunsa aktiinisesta huulitulehduksesta tai Bowenin taudista. (Hannuksela 2009b.) Aktiininen huulitulehdus syntyy kun auringon ultraviolettisäteily vaurioittaa huulien pintakerrosta. Ajan kuluessa vaurioituneen pintakerroksen solujen kypsyminen häiriintyy. (Hannuksela 2010b.) Bowenin tauti on puolestaan ihon orvaskesikerroksen sisäinen okasolusyöpä (Hannuksela 2010d). Ihon okasolusyövän on todettu olevan yhteydessä auringon ultraviolettisäteilyyn selvemmin kuin muut ihosyövät. (Hannuksela 2009b.)

Okasolusyöpä esiintyy yleensä läiskinä, kyhmyinä tai kukkakaalimaisina kasvaimina (Suominen & Pyrhönen 2007, 548). Aluksi se muuttuu ihonvärisestä punertavaksi kyhmyksi, joka kasvaa nopeasti. Kyhmy muuttuu karstaiseksi ja haavautuu. Yleensä todettaessa kasvain on läpimitaltaan noin 1-3 cm. (Hannuksela 2009b.)

Jos okasolusyöpä on huulessa, se haavautuu erittäin varhaisessa vaiheessa. Diagnoosi tehdään aina koepalasta, joka otetaan kasvaimesta paikallispuudutuksessa. Paikallisista imusolmukkeista otetaan myös näytteet, jos ne tuntuvat suurentuneilta. Jos okasolusyöpä on nopeasti kasvanut ja haavautunut, poistetaan vartijaimusolmukkeet mikroskooppitutkimusta varten. (Hannuksela 2009b.) Okasolusyövät poistetaan yleensä kirurgisesti. Kasvaimen ympäriltä poistetaan myös tervettä kudosta riittävästi kasvaimen metastasointi-taipumuksen takia. Laajoja kudospuutoksia korjataan muun muassa ihosiirteillä, ihokielekkeillä ja lihaskielekkeillä. Okasolusyöpien hoidossa voidaan myös käyttää sädehoitoa. Tuolloin yleensä kasvain sijaitsee hankalassa paikassa kirurgista poistoa ajatellen ja ennuste on huono, tai potilaan yleiskunto ei salli laajoja toimenpiteitä. (Suominen & Pyrhönen 2007, 548–549.)

Okasolusyövän ehkäisyssä oleellisinta on auringon ultraviolettisäteilyn välttäminen. Auringonsuojavoiteita tehokkaamman suojan antaa tarpeen mukainen ja peittävä vaatetus. (Hannuksela 2009b.) Okasolusyöpä on yleisimmin diagnosoitu ihosyöpä tummaihoisilla ihmisillä, kun taas vaaleaihoisilla se on toiseksi yleisin (Bradford 2009, 171–172). Okasolusyöpää esiintyy siis maailmanlaajuisesti. Kaikista okasolusyöpä-tapauksista, jotka sijaitsevat pään ja kaulan alueella, 5 % havaitaan Iso-Britanniassa ja 4 % Yhdysvalloissa. (Sanderson & Ironside 2002.)

2.3.4 Melanooma

Melanooma on ihokasvaimista pahanlaatuisin. Se on länsimaissa yksi nopeimmin lisääntyneistä pahanlaatuisista ihokasvaimista. (Suominen & Pyrhönen 2007, 549.) Suomessa melanoomia esiintyy miehillä viisinkertaisesti ja naisilla nelinkertaisesti enemmän kuin 1950-luvulla (Hannuksela 2009a, 73–74). Väestön ikääntymisen ja lisääntyneen auringonoton takia on ennustettu, että melanoomat tulevat lisääntymään maailmanlaajuisesti (Thompson, Scolyer & Kefford 2005, 687).

Melanooma eli ihon tummasolusyöpä syntyy melanosyyttisolusta, mikä aiheuttaa sen voimakkaan pigmentoitumisen. Osa melanoomista voi kuitenkin olla värittömiä. (Hannuksela 2009a, 73–74.) Miehillä melanooma-kasvaimet ovat usein vartalolla, kun taas naisilla ne esiintyvät usein raajoissa (Suominen & Pyrhönen 2007, 550.) Valtaosa melanoomista syntyy terveennäköiselle iholle ja vain kolmasosa syntyy jo olemassa olevaan luomeen (Hannuksela 2009a, 80; Suominen & Pyrhönen 2007, 550). Tämän takia luomia ei ole tarpeen poistaa profylaktisesti (Ihomelanooma 2005).

Tärkein melanoomalle altistava tekijä on toistuva ihon palaminen auringossa lapsena ja nuorena aikuisena. Mikäli auringonvaloa on saanut tasaisesti koko elinikänsä ajan ihoa polttamatta, voi se puolestaan suojata melanoomaan sairastumiselta. Melanoomaa esiintyykin enemmän korkeasti koulutetuilla kaupunkilaisilla kuin maalla asuvilla, koska kaupunkilaiset altistuvat auringon UV-säteilylle lomilla ja viikonloppuina kerralla suurina määrinä. Maalla asuvat puolestaan saavat UV-säteilyä elinikänsä aikana kaupunkilaisia enemmän, mutta tasaisemmin. (Hannuksela 2009a, 75–76.)

Melanoomasta voidaan erottaa neljä erilaista muotoa, joista pinnallisesti leviävä muoto on yleisin. Jopa 70 % kaikista melanoomista on pinnallisesti leviäviä. (Suominen & Pyrhönen 2007, 550–551.) Tämän tyypin melanooma on pääasiassa hyväennusteinen, sillä se kasvaa kauan pinnan suuntaisesti ennen leviämistä syvempiin kerroksiin. Syvyyssuuntaan kasvaneen melanooman ennuste on huomattavasti huonompi. Pinnallinen melanooma on muodoltaan yleensä epäsymmetrinen ja epätarkkarajainen. Väriltään se voi olla kirjava, siinä voi esiintyä sinistä, mustaa, punaista tai jopa valkoista. Yleensä tämän tyypin melanoomat esiintyvät naisilla alaraajoissa ja miehillä vartalolla. (Karvonen 2003, 289–290.) Pinnallinen melanooma kasvaa iholle yleensä muutaman kuukauden - muutaman vuoden aikana. Potilas on voinut huomata siinä kasvamista, tuntomuutoksia, verenvuotoa tai värin muuttumista. (Suominen & Pyrhönen 2007, 551.)

Melanooman lentigo maligna –muotoa esiintyy yleisesti vanhojen ihmisten kasvoilla. Tämä muoto kattaa 5-15 % kaikista melanooman muodoista. (Suominen & Pyrhönen 2007, 551.) Ulkonäöltään se on usein ruskea läiskä, joka alkaa myöhemmin tummua epätasaisesti (Karvonen 2003, 290). Tämä muoto voi olla pitkään in situna, eli pahanlaatuiset solut eivät ole vielä tunkeutuneet syvemmälle kudokseen. Tämän takia muoto on hyvänlaatuinen ja metastasoi vain harvoin. (Suominen & Pyrhönen 2007, 551.)

Nodulaarinen muoto eli kyhmyinen muoto on eri melanooman tyypeistä vaarallisin. Se metastasoi herkästi ja leviää nopeasti myös syvyyssuunnassa. Ulkonäöltään se on tarkkarajainen, ihosta koholla oleva, väriltään tummanruskea, musta tai sinimusta. Se kasvaa nopeasti, haavautuu helposti ja vuotaa verta herkästi. 15–35 % kaikista melanoomista on tätä muotoa. (Suominen & Pyrhönen 2007, 551.)

Raajojen ääriosien lentigomainen melanooma eli acral lentiginous melanoma kattaa melanooman eri muodoista 5-10 %. Se esiintyy useasti kämmenissä, jalkapohjissa, kynsien alla sekä suun limakalvolla. Ulkonäöltään se voin muistuttaa pigmenttiläiskää tai pinnallisesti leviävää melanooman muotoa. Mikäli melanooma on amelanoottinen eli pigmentitön, voidaan sitä luulla virheellisesti känsäksi tai kynsivallintulehdukseksi, ja jos muutos esiintyy kynnen alla, voidaan sitä virheellisesti luulla vammaksi. (Suominen & Pyrhönen 2007, 551; Karvonen 2007, 290.)

Tärkeimmät melanooman ennusteeseen vaikuttavista tekijöistä ovat imusolmukkeiden tila, haavautuminen sekä kasvaimen syvyyskasvu dermikseen. Melanooma metastasoi alueellisiin imusolmukkeisiin ensimmäisenä. Mikäli imusolmukkeista löydetään mikrometastaaseja, tulee solmukealue poistaa. Kauan aikaa kasvanut melanooma on voinut saada ympäristöönsä tummia pisteitä eli satelliitteja. (Suominen & Pyrhönen 2007, 550–552.)

Melanooman ennusteen arvioimiseksi on kehitetty kaksi menetelmää, joista vanhempi on Clarkin luokitus ja nuorempi on Breslowin luokitus (Ihomelanooma 2005; Karvonen 2007, 291). Clarkin luokitus perustuu arvioon melanooman invaasiosyvyydestä ihon kerroksissa. Clarkin luokitus on epäluotettava, sillä arvio tehdään silmämääräisesti. Tämän takia tämä luokittelu on jäämässä pois. Breslown luokitus on luotettavampi, sillä se perustuu melanooman mikroskooppitutkimuksessa millimetreinä määriteltyyn paksuuteen. (Ihomelanooma 2005.)

Melanoomaan sairastuneiden ennuste riippuu taudin levinneisyydestä toteamishetkellä. Mitä varhaisemmassa vaiheessa tauti todetaan, sitä parempi on ennuste melanoomasta paranemiselle. (Hannuksela 2009a, 82; Karvonen 2003, 291.) Mikäli melanooma on totemishetkellä alle 1 millimetriä paksu, on viisivuotiselossaolo-osuus 93 %. Mikäli se on yli 1 millimetrin paksuinen, on elossaolo-osuus 68 %. Jos melanooma on lähettänyt etäpesäkkeitä lähi-imusolmukkeisiin, on elossaolo-osuus 45 %, mutta jos melanooma on lähettänyt niitä eri puolille kehoa, on osuus enää vain 11 %. (Hannuksela 2009a, 83.) Pään,

kaulan ja vartalon alueella olevien melanoomien ennuste on huonompi kuin raajoissa olevien. Lisäksi haavautuneen melanooman ennuste on huonompi. (Aho, Suominen & Mustonen 2005; Ihomelanooma 2005.) Naisilla esiintyvien melanoomien ennuste on parempi kuin miehillä esiintyvien, sillä naiset hakeutuvat hoitoon aikaisemmin ja naisten melanoomat esiintyvät yleensä raajoissa (Aho ym. 2005; Suominen & Pyrhönen 2007, 550).

Melanooman tärkein hoitomuoto on kirurginen hoito (Ihomelanooma 2005; Hannuksela 2009a, 82). Mikäli melanooma esiintyy laajalla alueella, etenkin kasvoilla, otetaan siitä ensin biobsia ja lähetetään histopatologiseen analyysiin. Jos ihomuutos on todettu melanoomaksi, tulee se poistaa. (Suominen & Pyrhönen 2007, 551–552). Muutos poistetaan erikoissairaanhoidossa (Pään ja kaulan 2009). Pinnalliset melanoomat tulee poistaa yhden senttimetrin turvamarginaalilla, mutta syvemmälle kasvaneet melanoomat tulee poistaa 2-5 senttimetrin marginaalilla (Ihomelanooma 2005).

Vartijaimusolmukkeiden tila tulee selvittää (Ihomelanooma 2005). Vartijaimusolmukkeella tarkoitetaan niitä imusolmukkeita, joihin imuneste kasvaimesta leviää ensimmäiseksi (Aho ym. 2005). Mikäli histologisessa tutkimuksessa vartijaimusolmukkeista ei löydy melanoomasoluja, on potilaan viisivuotis-elossaoloennuste jopa 95 %. Jos vartijaimusolmukkeesta löytyy etäpesäke, tippuu viisvuotis-elossaoloennuste 60 %:iin. (Ihomelanooma 2005.) Mikäli vartijaimusolmukkeesta löytyy etäpesäke, poistetaan sekin kirurgisesti (Karvonen 2003, 291).

Melanooma lähettää etäpesäkkeitä useimmiten ihoon, ihonalaiskudokseen, imusolmukkeisiin, sekä keuhkoihin, maksaan, aivoihin ja luustoon. Yli neljän millimetrin kokoisista melanoomista jopa 60 % on diagnosointihetkellä lähettänyt metastaaseja. Mikäli melanooma on kerennyt metastasoida, etenee tauti agressiivisemmin ja potilaan ennuste on tällöin oleellisesti huonompi. Mikäli melanooma on levinnyt diagnosoimisvaiheessa alueellisiin imusolmukkeisiin, on melanoomalla suurentunut uusiutumisriski. (Suominen & Pyrhönen, 2007, 553.) Lisäksi mikäli melanooma uusiutuu paikallisesti seuranta-aikana, on se huono merkki (Ihomelanooma 2005).

Yleensä metastaasien poistaminen ei ole mahdollista tai siitä ei ole hyötyä taudin kannalta. Metastaasien kirurgisella poistolla voidaan kuitenkin joissain tapauksissa lievittää oireita sekä muuttaa taudin etenemistä. Levinneen melanooman hoitoon tarvitaan myös muita hoitomenetelmiä kirurgisen hoidon lisäksi. (Suominen & Pyrhönen, 2007, 554.) Lääkehoito

koostuu liitännäis- eli adjuvanttihoidosta sekä levinneen taudin palliatiivisesta lääkehoidosta. Liitännäishoidolla yritetään estää suuren riskin melanooman uusiutumista. Sädehoitoa käytetään vain tietyissä tapauksissa. Sitä voidaan esimerkiksi käyttää, mikäli kirurgisessa poiston jälkeen ei olla varmoja, saatiinko imusolmukemetastaasit poistettua kokonaisuudessaan. (Ihomelanooma 2005.)

Melanoomaan sairastuneet potilaat ovat seurannassa puolivuosittain keskimäärin viiden vuoden ajan. Seurannan tiheyden tarpeen määrittelee melanooman laatu, paksuus ja mahdolliset etäpesäkkeet. (Hannuksela 2009a, 82.) Seurannassa tarkastetaan leikkausalue ja tunnustellaan imusolmukkeet. Lisäksi seurataan potilaan yleisvointia. (Pään ja kaulan 2009; Suominen & Pyrhönen 2007, 555.) Seurannan avulla voidaan löytää ajoissa uusi melanooma (Suominen & Pyrhönen 2007, 555).

3 SAIRAANHOITAJAN OSAAMINEN IHOKASVAINTEN TUNNISTAJANA

Opetusministeriö on laatinut terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) ja asetuksen (564/1994) pohjalta terveydenhuoltoalan koulutuksesta valmistuville osaamisvaatimukset eli kompetenssit (Opetusministeriö 2006). Koska olemme valmistumassa sairaanhoitajiksi, keskitymme nyt sairaanhoitajan osaamiseen ihokasvainten tunnistajana. Sairaanhoitajan osaamisessa korostuu moni sairaanhoitajille laadituista osaamisvaatimuksista. Näistä mielestämme korostuvat terveyden edistäminen, hoitotyön päätöksenteko, yhteistyö, tutkimus- ja kehittämistyö sekä kliininen hoitotyö. Näistä keskitymme opinnäytetyössämme kehittämistyöhön sekä päätöksentekoon hoitotyössä.

Suomalaista terveydenhuoltoa on pyritty kehittämään entistä tehokkaammin viime vuosien aikana. Koska toiminnan tulisi olla yhä tehokkaampaa ja taloudellisempaa, on kehittämisessä keskitytty muun muassa toiminnan rakenteeseen, hoitoketjuihin sekä hoidon tehostamiseen. (Lauri 2007, 114.) Hoitotyössä järjestetään enenevissä määrin sairaanhoitajan vastaanottoja, joilla sairaanhoitaja ensin arvioi vastaanotolle tulevan potilaan, ja sen jälkeen päättää, tarvitseeko potilasta lähettää lääkärin vastaanotolle (Vallimies-Patomäki 2010, 127–139). Lyhyempien hoitokontaktien takia tulee sairaanhoitajan pystyä määrittelemään täsmällisesti potilaan tarvitsema hoito. Toiminnan kehittämisen kannalta on myös tärkeää tuntea mahdolliset hoitoketjut, joihin potilas saattaa siirtyä asiakkaaksi. (Lauri 2007, 114.)

Sairaanhoitajan tulee kehittää näyttöön perustuvaa hoitotyötä sekä ylläpitää oppimisvalmiuksiaan koko ammattiuransa ajan. Sairaanhoitajan tulisi myös kehittää hoitotyön laatua. (Opetusministeriö 2006.) Kehittämistyöhön kuuluu hoitotyön sisällön sekä oman ammatillisen osaamisen kehittäminen (Hildén 2002, 25; Toikko & Rantanen 2009 16–17). Sen tavoitteena on vanhojen ja totuttujen toimintatapojen muuttaminen (Lauri 2007, 115; Toikko & Rantanen 2009, 16). Mikäli hoitotyöntekijä ei pysty käyttämään työssään omia kehittämistaitojaan, voi työntekijä turhautua työssään (Hildén 2002, 58).

Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämiseen vaaditaan jatkuvaa alan kehityksen seuraamista, uuden tiedon etsimistä vanhan tiedon kehittämiseksi, sekä tiedon käytön ja päätöksenteon osaamista (Vallimies-Patomäki 2010, 135–136). Työnantajat vaativat työntekijältään yhä enemmän näitä ominaisuuksia. Ammatilliseen kehittymiseen tarvitaan toisaalta omaa motivaatiota ja aktiivisuutta, mutta toisaalta myös kehittämistä tukevaa

työyhteisöä. (Lauri 2007, 88–89.) Sairaanhoitajan velvollisuutena onkin kehittää jatkuvasti ammattitaitoaan (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet). Myös Kainuun maakunta –kuntayhtymän arvokirjaan (Hoitotyön arvokirja 2008) on kirjattu yhdeksi hoitotyön arvoista kehitysmyönteisyys. Hyvään hoitotyöhön kuuluu itsensä, työnsä ja työyhteisönsä kehittäminen (Hoitotyö Kainuussa 2007).

Hoitotyö on entistä vastuullisempaa ja itsenäisempää (Hildén 2002, 24). Sairaanhoitajan vastaanotoilla korostuu sairaanhoitajan päätöksenteko-osaaminen. Päätöksenteko puolestaan tapahtuu tiedon perusteella (Lauri, Eriksson & Hupli 1998, 12). Taito puolestaan auttaa yhdistämään teoriatiedon ja käytännön (Lauri 2007, 92–93). Koska sairaanhoitajat työskentelevät entistä itsenäisemmin, pitää heillä olla yhä laajempaa tieto-taito-osaamista.

Informaation prosessoinnin teorian mukaan päätöksenteko tapahtuu vaiheittain niin, että ensin sairaanhoitaja arvioi potilaan tilaa. Tällöin sairaanhoitaja kartoittaa potilaan terveydentilan muutoksia haastattelemalla potilasta sekä tutkimalla ja havainnoimalla potilaan tilaa. Tämän jälkeen sairaanhoitaja vertailee ja yhdistää näitä tietoja omaan tietopohjaansa, ja muodostaa näistä kokonaisarvion potilaan terveydentilasta. Lopuksi tehdään päätös potilaan jatkohoidon tarpeesta, ja suunnitellaan jatkohoidon toteutumista. (Lauri 2007, 102–103; Lauri ym. 1998, 16–17.)

Asiantuntevalla sairaanhoitajalla on ammattikohtaista tietoa ja taitoa, ja hän kykenee soveltamaan niitä eri tilanteissa. Asiantuntemus puolestaan mahdollistaa ammatillisen itsenäisyyden. Nämä seikat mahdollistavat sen, että hoitaja kykenee tekemään hoitotyötä koskevia päätöksiä. (Lauri 2007, 87.) Työntekijän riittämätön osaaminen voikin näkyä epävarmuutena omassa toiminnassaan (Hildén 2002, 50). Tätä kautta riittämätön osaaminen heikentää myös päätöksenteko-osaamista. Sairaanhoitajan päätöksentekoa tuetaankin mahdollistamalla lääkärin konsultointi. Joissain tapauksissa myös järjestetään sairaanhoitajan ja lääkärin työparityöskentelyä, jolloin konsultointi helpottuu entisestään. (Vallimies-Patomäki 2010, 131.)

Potilaalla on oikeus laadukkaaseen terveyden- ja sairaanhoitoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Varhaisella tunnistamisella sekä terveydenhuollon ammattilaisten päätöksenteko-osaamisella vältetään potilaan tarpeetonta kärsimystä, ja tätä kautta kehitetään hoitotyön laatua. Terveydenhuollon ammattilaisen tulisi pystyä tietonsa ja taitonsa avulla arvioimaan onko ihokasvain pahanlaatuinen vai hyvänlaatuinen. Varhaisella tunnistamisella

vältetään sairauden leviäminen muualle kehoon, ja parannetaan oleellisesti ihokasvainten hoitoennustetta (Freak 2004, 51). Ammattitaitoinen sairaanhoitaja pystyy näin ehkäisemään terveysuhkia sekä edistämään potilaan terveyttä ja hyvinvointia.

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata hoitoa vaativat ihokasvaimet sekä niiden ominaispiirteet, ja tuottaa niistä oppaat terveydenhuollon ammattilaisille. Tavoitteenamme on kehittää oppaiden avulla terveydenhuollon ammattilaisten valmiuksia tunnistaa jatkotutkimuksia tarvitsevat ihokasvaimet.

Tutkimustehtävämme on:

1. Mitkä ovat jatkotutkimuksia tarvitsevien ihokasvainten piirteet?

Pään ja kaulan alueen ihokasvainten hoitoketju ja työelämän tilaajan toive määrittelevät ne ihokasvaimet, joita opinnäytetyössämme käsittelemme. Käytämme tuotteita kehittäessämme ajantasaista lääketieteellistä tietoa ihokasvainten ominaispiirteistä. Tämän tiedon avulla pystymme kehittämään oppaat, jotka auttavat terveydenhuollon ammattilaisia arvioimaan tarvitseeko potilaan ihokasvain jatkotutkimuksia. Kuvailemalla ihokasvainten ominaispiirteet tuotteisiin kattavasti helpotamme terveydenhuollon ammattilaisten ihokasvainten varhaista tunnistamista.

5 OPINNÄYTETYÖN TUOTTEISTAMISPROSESSI

Ammattikorkeakouluissa on mahdollisuus tehdä opinnäytetyönä toiminnallinen opinnäytetyö tai tutkimuksellinen opinnäytetyö. Toiminnallinen opinnäytetyö on käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järkeistämistä. Tällöin ammatilliseen käytäntöön suunnitellaan ja tuotetaan ohjeistus, ohje tai opastus. Opinnäytetyön tuotteena voi olla esimerkiksi perehdyttämiskansio, opas tai tapahtuma. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9-10.) Tässä luvussa esittelemme työelämän tilaajan, sekä kuvailemme opinnäytetyömme ja tuotteistamisprosessin etenemistä.

5.1 Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka

Opinnäytetyön tilaaja on Kainuu maakunta -kuntayhtymän Kainuun keskussairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka. Kyseinen poliklinikka on korva-, nenä- ja kurkkusairauksien erikoissairaanhoidon palveluita tuottava yksikkö. Poliklinikalla hoidetaan kaikenikäisiä potilaita, jotka tulevat erikoissairaanhoitoon koko Kainuun alueelta. Poliklinikan yhteydessä toimii myös kuuloasema. (Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka.) Poliklinikalla toimii kaksi erikoislääkäriä, yksi erikoistuva lääkäri, kaksi sairaanhoitajaa sekä yksi perushoitaja. Kuuloasemalla toimii lisäksi kolme kuulontutkijaa.

Korva-, nenä- ja kurkkusairauksien poliklinikalla kehitetään pään ja kaulan alueen ihokasvainten hoitoketjua, jonka on määrä valmistua keväällä 2011. Keväällä 2009 kootun työryhmän päätavoitteena on parantaa pään ja kaulan alueen ihokasvainten hoidon sujuvuutta kehitteillä olevan hoitoketjun avulla. Hoitoketjun kehittämisen jälkeen se liitetään Internetiin. Tuotteistamisprosessimme tuotteet tulevat olemaan osa tätä hoitoketjua. Poliklinikka voi tarjota tuotteita perusterveydenhuollossa, terveyskeskuksessa, kotisairaanhoidossa sekä yksityissektorilla työskenteleville terveydenhuollon ammattilaisille apuvälineeksi ihokasvainten tunnistamiseen.

Keskitymme opinnäytetyössämme pään ja kaulan alueen ihokasvaimiin, koska tämän alueen ihokasvainten operatiivinen hoito kuuluu korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalle. Muiden kehon alueiden kasvaimet hoidetaan joko iho- ja sukupuolitautien poliklinikalla tai kirurgian poliklinikalla. Perusperiaate on, että ihokasvainten operatiivinen hoito toteutetaan

korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalla ja konservatiivinen hoito iho- ja sukupuolitautien poliklinikalla.

5.2 Opinnäytetyön eteneminen

Keväällä 2010 etsiessämme opinnäytetyöllemme aihetta saimme korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalta ehdotuksen tehdä terveydenhuollon ammattilaisille opas pään ja kaulan alueen ihokasvaimista niiden tunnistamisen helpottamiseksi. Mielestämme aihe oli mielenkiintoinen ja koska meillä ei ollut juurikaan aikaisempaa tietoa kyseisestä aiheesta, halusimme laajentaa osaamistamme tälle erikoisalalle. Tulemme työssämme kohtaamaan potilaita, joilla on ihokasvaimia. Laajempi tieto-taito-osaaminen kasvattaa meitä ammatillisesti, ja pystymme hoitamaan ihokasvainpotilaita paremmin. Opinnäytetyömme palvelee hyvin suuntautumisvaihtoehtoamme, kirurgista hoitotyötä.

Aiheanalyysimme valmistui keväällä 2010. Syksyllä 2010 teimme opinnäytetyön suunnitelman, jonka saimme hyväksytysti läpi joulukuussa 2010. Tämän jälkeen teimme työelämän tilaajan kanssa toimeksiantosopimuksen (LIITE 3). Keväällä 2011 tutustuimme aiheeseemme syvemmin kirjallisuuden kautta, jolloin aloimme myös kirjoittaa opinnäytetyömme teoriaosuutta. Teoriaosuuden valmistumisen jälkeen aloimme suunnitella oppaita, jotka saimme valmiiksi helmikuussa 2011. Tämän jälkeen testasimme oppaita korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikan henkilökunnalla, ja muokkasimme oppaita saamamme palautteen pohjalta.

Opinnäytetyön olemme kirjoittaneet ja tuottaneet lähes kokonaan yhdessä. Olemme kuitenkin jakaneet ihokasvainten teoriatiedon etsimisen sekä opinnäytetyöhön kirjoittamisen niin, että molemmilla oli kaksi pahanlaatuista ja yksi hyvänlaatuinen ihomuutos työstettävänä. Olemme prosessin aikana luetuttaneet tuotoksemme toisillamme, ja yhdessä tarvittaessa muokanneet tekstejä.

5.3 Tuotteistamisprosessi

Tuotteiden suunnittelusta ja kehittelystä käytetään termiä tuotteistamisprosessi (Jämsä & Manninen 2000, 28). Halusimme tehdä opinnäytetyömme tuotteistettuna prosessina, koska

meitä molempia kiinnosti sen toiminnallisuus sekä teoriatiedon yhdistäminen käytäntöön. Tulevaisuudessa työskennellessämme sairaanhoitajina tulemme tekemään työpaikoillamme kehittämistyötä, johon voi kuulua myös jonkun tuotteen, esimerkiksi oppaan, tekeminen. Opinnäytetyö palvelee siis ammatillista osaamistamme tässäkin suhteessa.

Oppaidemme kohderyhmä koostuu Kainuun maakunta -kuntayhtymän terveydenhuollon ammattilaisista, jotka työskentelevät perusterveydenhuollossa, terveyskeskuksessa, kotisairaanhoidossa sekä yksityissektorilla. Tämä kohderyhmä määräytyi työn tilaajalta saatujen toivomusten mukaan. Kohderyhmän tietoutta ihokasvaimista haluttiin lisätä, jotta he osaavat kiinnittää huomiota potilaan ihokasvaimiin ja tarvittaessa lähettää potilaan lääkärin arvioitavaksi. Kohderyhmän määrittely on tärkeää, sillä se ratkaisee tuotteen sisällön ja helpottaa myös opinnäytetyön kokonaisarviointia (Vilkka & Airaksinen 2003, 40).

Tuotteistamisprosessissa voidaan erottaa viisi eri vaihetta. Ensimmäinen vaihe on ongelman tai kehittämistarpeen tunnistaminen, jota seuraavat ideointi ratkaisujen löytämiseksi, tuotteen luonnostelu, kehittäminen ja viimeistely. Nämä vaiheet voivat olla käynnissä päällekkäin eli edellisen vaiheen ei tarvitse olla päättynyt, jotta voidaan siirtyä seuraavaan vaiheeseen. (Jämsä & Manninen 2000, 28.)

Opinnäytetyöprosessin suunnitelma -vaiheessa sovimme tekevämme kaksi erilaista opasta ihokasvainten tunnistuspiirteistä. Suunnitelman mukaan toinen oppaista olisi paperinen, nelisivuinen, A5-kokoinen lehtinen. Toinen opas olisi Internet-opas, joka tulisi linkiksi pään ja kaulan alueen ihokasvainten hoitoketjuun. Internetiin tulevassa oppaassa olisi enemmän tietoa ja tunnistuspiirteitä ihokasvaimista. Molemmissa oppaissa tulisi olemaan jokaisesta keskeisestä ihokasvaimesta yksi, värillinen kuva. Internet-oppaassa kuvat olisivat isompia tunnistuspiirteiden havainnoimisen helpottamiseksi. Työelämän tilaaja tilasi viisi paperista opasta, joista kaksi tulee tekijöille, kaksi opinnäytetyön ohjaaville opettajille sekä yksi korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalle. Lisäksi annamme heille molempien tuotteiden valmiit Microsoft Office Word -tiedostot tietokoneelle. Näin he voivat itse päivittää oppaita, sekä tuottaa lisää paperioppaita omien markkinointisuunnitelmiensa mukaisesti.

Laadukkaiden ja luotettavien oppaiden tekemiseen tarvitsimme paljon ajankohtaista ja totuudenmukaista tietoa. Sosiaali- ja terveysalan tuotteita suunniteltaessa tiedon ajankohtaisuus ja tuoreus voi ratkaista esimerkiksi jatkohoidon ja -paikan (Jämsä & Manninen 2000, 47). Tiedon ajankohtaisuuden ja tuoreuden varmistimme sillä, että

hankimme teoriatietoa mahdollisimman useista lähteistä. Käytimme hyödyksi alan kirjallisuutta ja lehti-artikkeleita, Internet-lähteitä ja asiantuntijatietoutta. Asiantuntija-apua saimme Kainuun keskussairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikan erikoislääkäriltä.

5.3.1 Tuotteen kehittäminen

Tuotteiden tulee palvella niin tuotteen käyttäjiä kuin tuotteen tilaajaa. Tuotteen tulee myös palvella sen tilaajan periaatteita. (Holma 1998, 14.) Tuotteita kehittäessämme otimme huomioon, että tuotteen käyttäjät eli kohderyhmä ovat terveydenhuollon ammattilaisia. Näin ollen pystymme olettamaan, että heillä on jo perustietoa aiheesta sekä potilaan hoitoprosessien kulusta.

Teoriatiedon kokoamisen jälkeen valitsimme jokaisesta ihokasvaimesta kolme tai neljä olennaisinta tunnistuspiirrettä, jotka korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikan erikoislääkäri hyväksyi pienin korjauksin. Tämän jälkeen aloimme kehittää paperiopasta. Oppaaseen tuli työelämän tilaajan yhteystiedot, Kainuun maakunta –kuntayhtymän logo, sekä jokaisesta ihokasvaimesta kuva ja tunnistuspiirteet. Lisäksi jokaisen ihokasvaimen kohdalla lukee, kuinka terveydenhuollon ammattilaisen tulee menetellä epäillessään tiettyä ihokasvainta. Koska opas on A5-kokoinen, tuli meidän tarkkaan miettiä, mitä tunnistuspiirteitä tulee kirjoittaa. Lisäksi tuotteen koon vuoksi ihokasvainten kuvat ovat suhteellisen pieniä. Opas on luonnosteltu ja kehitetty Microsoft Office Word 2007 –ohjelmalla. Tuote on kirjoitettu Calibri-fontilla. Tekstin fonttikoko on 14 ja riviväli 1,15. Kansilehdessä otsikon fonttikoko on 20.

Internet-oppaan kehitimme paperioppaan pohjalta. Oppaaseen tuli samat tunnistuspiirteet kuin paperi-oppaaseen, mutta ihokasvaimia kuvattiin tähän laajemmin. Tähänkin oppaaseen tuli työelämän tilaajan yhteystiedot sekä Kainuun maakunta –kuntayhtymän logo. Opas on luonnosteltu ja kehitetty Microsoft Office Word 2007 –ohjelmalla. Tuote on kirjoitettu Calibri-fontilla. Tekstin fonttikoko on 12 ja riviväli 1,5. Valitsimme oppaisiin Calibri-fontin, koska mielestämme se oli eri fontti-vaihtoehdoista selkein ja miellyttävin lukea.

Ihokasvainten kuvat saimme korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalta. Kuvat on otettu klinikan potilaiden ihokasvaimista. Kuvien rajaamisessa käytimme Paint- sekä PhotoScape –

kuvankäsittelyohjelmia. Rajasimme kuvat niin, ettei kuvista voi tunnistaa potilasta. Kuvien tekijänoikeudet säilyvät korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalla.

Koska paperioppaaseen tulee kuvia ihokasvaimista, piti meidän kiinnittää huomiota tulostusjälkeen. Tulostusjäljen on oltava olla värillinen ja tarkka. Lisäksi koska halusimme tuotteesta kulutusta kestävää, selvitimme erilaisia vaihtoehtoja materiaalin suhteen. Löysimme Rader Permanent Paper:n, johon voi kopioida kopiokoneella. Materiaali kestää kosteutta eikä se repeä, joten se on pitkäikäinen ja käytännöllinen. Vertasimme tuotetta laminoituun versioon, mutta laminoitua A4-kokoista paperia on lähes mahdoton taittaa kahtia. Totesimme, että laminoitu versio ei ole yhtä käytännöllinen kuin Rader Permanent Paper.

Kuvien tarkkuuden vuoksi kartoitimme väritulostimia. Testasimme korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikan väritulostinta. Koska Rader Permanent Paper tarvitsee ohisyöttö-alustan, ei sitä paksuutensa vuoksi voinut käyttää poliklinikan tulostimessa. Koska poliklinikalla ei ole värikopiokonetta, testasimme Rader Permanent Paperia Kajaanin ammattikorkeakoulun värikopiokonetta. Mielestämme kuvan laatu oli hyvä, joten päädyimme tulostamaan oppaat koulun kopiokoneella.

5.3.2 Tuotteen arviointi ja muokkaus kehittämisvaiheessa

Oppaiden kehittämisen jälkeen veimme tuotteet arvioitavaksi korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalle. Valitsimme korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikan, koska opinnäytetyömme aihe vaatii erikoisasiantuntemusta, eikä kaikilla terveydenhuollon ammattilaisilla välttämättä ole aiheesta tarvittavan paljon tietoa. Halusimme saada palautetta oppaista poliklinikan henkilökunnalta, koska he pystyvät paremmin arvioimaan ulkoasun lisäksi myös asiasisältöä. Keräsimme palautetta henkilökunnalta avoimella palautekyselyllä (LIITE 4,5), johon olimme kehittäneet neljä kysymystä koskien oppaiden ymmärrettävyyttä ja selkeyttä. Tulostimme molemmat oppaat arviointia varten paperille värillisinä. Palautteen antamiseen henkilökunnalla oli aikaa neljä päivää.

Palautekyselyymme vastasi neljä henkilökunnan jäsentä. Esitämme tässä millaisia vastauksia olemme palautekyselystä saaneet. Esitämme tulokset numeerisesti, eli mikäli olemme saaneet kyselystä kolme vastausta ”selkeä ulkonäkö”, merkitsemme sen tähän (3/4). Merkintä kolme

neljästä (3/4) ei siis tarkoita sitä, että yksi neljästä olisi ollut asiasta eri mieltä. Eri kysymyksiin oli palautekyselyissä mainittu samoja asioita, esimerkiksi samassa lomakkeessa kysymyksiin 1 ja 4 (LIITE 5) oli molempiin kirjoitettu ”hyvät kuvat”. Näissä tapauksissa olemme yhdistäneet vastaukset yhdeksi merkinnäksi ja raportoimme ne tässä vain kerran.

Paperiopas koettiin helppolukuiseksi ja selkeäksi (3/4). Siinä oli sopivasti tekstiä (2/4), ja se oli helposti ymmärrettävää (3/4). Oppaan asettelu oli hyvä ja napakka (2/4). Ihokasvainten kuvat olivat hyviä (3/4), mutta niiden väriä voisi parantaa (1/4). (1/4) oli sitä mieltä, että tunnistaminen kuvien perusteella ei ole tärkeä asia. Paperiopas koettiin hyväksi (2/4). Pahanlaatuiset ihomuutokset voisi laittaa yleisyysjärjestykseen (1/4).

Internet-opas oli helppolukuinen ja selkeä (3/4). Kuvat olivat hyviä (1/4), mutta niitä voisi olla enemmän (3/4). Keskeiset asiat oli mainittu (1/4) ja teksti oli helposti ymmärrettävää (3/4), mutta (1/4) mielestä oppaassa oli aika paljon tekstiä. Opas pitäisi nähdä netissä ennen lopullista arviointia (1/4). Kaikkiin versioihin tulisi lisätä huomautus: auringonvalo altistava tekijä, vältettävä ihon palamista (1/4). Internet-opas koettiin hyväksi (1/4). Yhden vastauksen käsialasta emme saaneet selvää, joten emme voineet ottaa sitä huomioon palautteessa.

Yhden palautteen mukaan paperioppaassa (LIITE 1) pahanlaatuiset ihomuutokset voisi laittaa yleisyysjärjestykseen, eli järjestys olisi: aktiini keratoosi, tyvisolusyöpä, okasolusyöpä ja melanooma. Koska työelämän tilaaja toivoi erikseen myöhemmässä vaiheessa järjestyksen muuttamista, muutimme ihokasvaimet oppaissa kyseiseen järjestykseen. Yhden ehdotuksen mukaan kuvien väriä voisi parantaa. Olemme muuttaneet kuvien kontrasteja niin, että niiden piirteet näkyisivät selvemmin.

Internet-opasta (LIITE 2) korjasimme lisäämällä siihen ihokasvaimista kuvia. Muiden ihokasvainten kohdalla on kaksi kuvaa kyseisestä kasvaimesta, mutta rasvaluomen kohdalla on vain yksi kuva, koska emme saaneet siitä toista kuvaa. Lisäsimme tähän oppaaseen pahanlaatuisten ihokasvainten kohdalle huomautuksen ”Tärkein altistava tekijä on ihon toistuva palaminen auringossa”. Emme karsineet oppaasta tekstiä pois, koska tämän oppaan tarkoituksena oli alun perin antaa lisätietoa ihokasvaimista.

5.3.3 Tuotantokustannukset

Tuotteistamisessa voi syntyä kuluja esimerkiksi henkilöstö-, yleis- ja tarvikekustannuksista sekä palveluiden ostamisesta (Holma 1998, 38–39). Koska kehitimme oppaat itse, ei tuottamisessa syntynyt henkilöstökuluja. Yleiskustannuksia olisi voinut syntyä muun muassa lainatessa kirjoja kirjastosta kaukolainauksella. Mikäli olisimme painaneet oppaat kirjapainossa, olisi tästä syntynyt palveluiden ostokustannuksia. Tarvikekustannuksia syntyi oppaiden materiaalin, eli Rader Permanent Paper:n ostamisesta.

Kun kartoitimme värikopiokoneita, lähetimme tarjouspyynnöt viidestä tuotteesta kolmeen kajaanilaiseen painotaloon. Mikäli emme olisi löytäneet tarkkaa jälkeä tulostavaa värikopiokonetta, olisimme painattaneet oppaat Rader Permanent Paper:lle painotalossa. Yhdestä painotalosta emme saaneet tarjousta. Toisen painotalon tarjouksessa omalle paperille painaminen tulisi maksamaan muutamia euroja, tarkempaa arviota he eivät osanneet sanoa. Kolmannen painotalon tarjouksessa painaminen omalle paperille tulisi maksamaan 7 euroa.

Saimme ostettua viisi kappaletta Rader Permanent Paperia Kajaanin ammattikorkeakoululta. Teimme sopimuksen koulun kanssa, että saamme kahdeksan kappaletta kyseistä paperia. Koulu laskuttaa korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikkaa kuitenkin vain viidestä tuotteesta, koska klinikka on tilannut oppaita vain sen verran. Saimme ilmaiseksi kolme paperia kopioinnin testaamiseen. Tuotteistamisessa syntyi kustannusmenoja siis vain tämän materiaalin osalta.

5.3.4 Markkinointi

Markkinoinnilla tarkoitetaan tapaa ajatella ja tapaa toimia. Aikaisemmin markkinointi oli vain yksi toiminto, joka liittyi yrityksen toimintaan. Nykyaikaisessa markkinointiajattelussa keskeinen lähtökohta on kuitenkin asiakkaan tarpeet, arvostukset ja toiveet. Tällainen markkinointiajattelu ohjaa siis monia päätöksiä ja ratkaisuja liiketoiminnassa. Uusien tuotteiden kehittelyn pohjalla vaikuttaa siis loppujen lopuksi asiakas. (Bergström & Leppänen 2009, 20.) Koska oppaiden kohderyhmänä ovat terveydenhuollon ammattilaiset, olemme ottaneet sen huomioon oppaita kehittäessämme (katso kappaleet 5.3 ja 5.3.1).

Olemme kehittäneet oppaat yhteistyössä työelämän tilaajan kanssa. Heiltä olemme saaneet hyviä neuvoja ja vinkkejä siitä, mitä asioita oppaiden täytyy sisältää. Lisäksi olemme muokanneet oppaita palautteiden mukaan niin, että ne palvelevat kohderyhmää mahdollisimman hyvin.

Koska olemme koonneet kuuden keskeisen ihokasvaimen tunnistuspiirteet ”yksiin kansiin”, ei terveydenhuollon ammattilaisen tarvitse ihomuutosta arvioidessaan etsiä tietoa eri lähteistä, vaan hän voi katsoa keskeisimmät asiat oppaistamme. Emme tiedä tällä hetkellä olevan muita vastaavia tunnistuspiirteiden oppaita terveydenhuollon ammattilaisten käytössä.

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka huolehtii jatkossa oppaiden markkinoinnista. Poliklinikka tuottaa lisää oppaita sekä markkinoi niitä suunnitelmiensa mukaan. Oppaita voidaan markkinoida Kainuun alueella esimerkiksi terveyskeskuksille, poliklinikoille, vuodeosastoille, kotisairaanhoitoon sekä Kainuun keskussairaalan yhteispäivystykselle. Poliklinikan vastuulle jää myös oppaiden vaikuttavuuden ja toimivuuden seuraaminen.

6 POHDINTA

Tässä kappaleessa pohdimme opinnäytetyömme eettisyyttä ja luotettavuutta. Lisäksi pohdimme opinnäytetyöprosessin etenemistä ja onnistumista, sekä opinnäytetyön tavoitteeseen ja tarkoitukseen pääsemistä. Lopuksi pohdimme ammatillista kehittymistämme prosessin aikana.

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisyys

Opinnäytetyötä tehdessä tulee eettisiin asioihin kiinnittää erityistä huomiota, sillä eettiset valinnat ohjaavat tutkimusprosessin etenemistä (Kylmä & Juvakka 2007, 137). Opinnäytetyötä tehdessä tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Se tarkoittaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tulosten tallentamisessa. Tiedonhankinta- ja arviointimenetelmien tulee olla eettisesti kestäviä, sekä opinnäytetyön tulokset tulee julkaista. Työn tulee olla suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti. Myös ryhmän jäsenten asema, oikeudet ja velvollisuudet, sekä tutkimustulosten omistajuus ja aineiston säilyttäminen tulee olla määritelty ennen opinäytetyön aloittamista. Rahoitukseen ja opinnäytetyön suorittamiseen vaikuttavat asiat tulee olla raportoitu tuloksia julkaistaessa. (Hirsjärvi 2009, 23–24; Kuula 2006, 34–35; Tuomi & Sarajärvi 2009, 132–133.)

Olemme valinneet opinnäytetyöksemme aiheen, joka kehittää ammatillista osaamistamme sekä josta olemme aidosti kiinnostuneita. Lisäksi opinnäytetyömme tulos tuottaa tarvittavaa materiaalia työelämän tilaajalle. Opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa teimme työelämän tilaajan kanssa toimeksiantosopimuksen (LIITE 3), jossa määriteltiin oppaiden kustannusvastuu sekä muut yhteistyötämme määrittävät seikat. Työn alkuvaiheessa sovimme kehittävämme oppaat yhteistyössä korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikan kanssa. Prosessin aikana olemme säännöllisesti pitäneet yhteyttä työelämän tilaajaan puhelimitse, sähköpostitse sekä tapaamalla molempia työelämän ohjaajia henkilökohtaisesti. Oppaita kehittäessämme olemme huomioineet tilaajan toiveet materiaalista, tuotteisiin tulevasta tekstistä sekä kuvista. Lisäksi olemme pyytäneet heiltä palautetta oppaista, minkä avulla

olemme saaneet yhteistyössä kehitettyä mahdollisimman hyvän, kohderyhmää palvelevan oppaan.

Tuotteita kehittäessämme pyysimme korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikan henkilökunnalta palautetta oppaista avoimella kyselyllä (LIITE 4,5). Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja se tapahtui nimettömänä. Olemme raportoineet kaikki palautteet opinnäytetyöhömme. Palautteen pohjalta olemme muokanneet oppaita kohderyhmää palvelevammaksi. Palautelomakkeet olemme hävittäneet asianmukaisella menetelmällä.

Opinnäytetyön olemme kirjoittaneet yhdessä, jolloin vastuu sen tekemisestä on jakautunut tasaisesti. Olemme rehellisesti ja huolellisesti raportoineet opinnäytetyön ja tuotteistamisen eri vaiheet opinnäytetyöhömme. Tiedon olemme hankkineet luotettavista lähteistä ja olemme raportoineet sen mahdollisimman tarkasti opinnäytetyöhömme. Tällä olemme varmistaneet sen, ettei tieto ole muuttunut raportoidessa. Yksi tieteellisen vilpin muodoista on plagiointi, jolla tarkoitetaan toisen tekijän tuotoksen esittämistä omana tietona. Plagiointi voi esiintyä muun muassa piittaamattomuutena lähdeviitteiden merkinnässä tai puuttumisessa. (Sajavaara 2009a, 122.) Olemme merkinneet tarkasti kaikki lähdeviitteet sekä lisänneet ne lähdeluetteloon. Tällöin tiedon alkuperä tulee ilmi. Näin emme ole kopioineet toisten tekstiä omiin nimiimme.

Luotettavuus

Tuotteistetun opinnäytetyön luotettavuuden arvioimiseksi ei ole määritelty tiettyjä arvioimiskriteerejä. Arvioimme luotettavuutta opinnäytetyössämme siirrettävyyden, todeksi vahvistettavuuden, kyllästeisyyden sekä merkityksellisyyden pohjalta (Kylmä & Juvakka 2007, 127–129; Nikkonen 1997, 147).

Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen tulokset voidaan siirtää sellaisenaan muihin samanlaisiin konteksteihin (Kylmä & Juvakka 2007, 129; Nikkonen 1997, 147). Siirrettävyyden olemme huomioineet kehittämällä tuotteet niin, että joku muu voisi myöhemmin tehdä samankaltaiset tuotteet. Tämän varmistimme valitsemalla teoriatiedon pohjalta ihokasvainten tunnistuspiirteet, joihin voitaisiin päätyä myös toisessa kontekstissa. Lisäksi olemme valinneet oppaisiin ihokasvainten yleisimpien muotojen kuvat, eli suurin osa tavattavista ihokasvaimista on lähellä oppaiden ihokasvainten kuvien ulkonäköä. Kuvien ihokasvaimet ovat myös varmistettu patologin tutkimuksella kyseisiksi ihokasvaimiksi. Siirrettävyyttä tukee myös se, että olemme raportoineet tarkasti opinnäytetyöhömme

tuotteistamisen eri vaiheet. Eri vaiheiden tarkka raportointi on yksi luotettavuuden kriteereistä (Sajavaara 2009b, 232).

Todeksi vahvistettavuus tarkoittaa sitä, että tutkimustulokset perustuvat aineistoon (Nikkonen 1997, 146). Olemme koonneet ihokasvainten teoriatiedon mahdollisimman uusista lähteistä. Kaikki ihokasvainten teoriatiedon lähteet ovat alle kymmenen vuotta vanhoja, ja suurin osa niistä on alle viisi vuotta vanhoja. Lähteiden luotettavuudesta kertoo myös kirjoittajan tunnettuus sekä arvostettuus. Kun joku kirjoittajanimi toistuu julkaisujen tekijänä sekä muiden kirjoittajien lähdeviitteissä, voidaan olettaa kirjoittajalla olevan alallaan arvovaltaa. (Sajavaara 2009a, 113.) Teoriatietoa kootessamme muutama kirjoittajanimi toistui useiden eri julkaisujen tekijöinä tai esiintyi muiden kirjoittajien lähdeviitteissä. Teoriatiedon pohjalta valitsimme oppaisiin ihokasvainten tunnistuspiirteet, jotka hyväksytimme erikoislääkärillä.

Opinnäytetyöhön hankimme tietoa useista eri lähteistä, jolla varmistimme sen, että saimme aiheesta mahdollisimman paljon tietoa. Käytimme hyväksi kirjallisuutta, lehtiartikkeleita, Internet-lähteitä sekä asiantuntijatietoutta. Internetistä tietoa etsiessä ei voida olla varmoja siitä, kuka materiaalin on sinne lisännyt (Kuula 2006, 170). Valitsimme opinnäytetyössä käyttämämme Internet-lähteet vain virallisilta sivustoilta. Tällöin pystyimme paremmin olettamaan, että tieto on luotettavaa.

Kyllästeisyydellä tarkoitetaan sitä, että ilmiöstä on saatu irti kaikki oleellinen tieto. Tällöin samat tiedot alkavat toistua eri lähteissä. (Nikkonen 1997, 147.) Lähteitä tutkiessamme havaitsimme, että tiedot alkoivat toistua eri lähteissä. Uusia lähteitä tutkiessamme emme enää löytäneet uutta tietoa tai näkökulmaa tutkittavaan aiheeseen. Tämä lisää opinnäytetyömme luotettavuutta.

Koska oppaat pohjautuvat Kainuun maakunta –kuntayhtymän pään ja kaulan alueen ihokasvainten hoitoketjuun, ovat niiden ohjeet päteviä juuri kuntayhtymän alueella. Pyrimme kehittämään tuotteista mahdollisimman ymmärrettäviä, selkeitä sekä kohderyhmälle sopivia. Lisäksi se, että tuotetta on miellyttävä lukea, lisää asiakkaan sitoutumista tuotteen käyttämiseen (Jämsä & Manninen 2000, 103). Näillä asioilla varmistimme opinnäytetyömme ja oppaiden merkityksellisyyden.

6.2 Opinnäytetyöprosessi

Vaikka opinnäytetyöprosessi on kestänyt puolitoista vuotta, on se silti painottunut viimeisen puolen vuoden ajalle. Koska samalle ajalle on myös ajoittunut vaihtoehtoisiin ammattiopintoihimme liittyvät hoitotyön harjoittelut, on ajanjakso ollut hyvin hektinen. Tämän vuoksi olemme jakaneet kirjoittamista sekä sopineet vastuualueiden jakamisesta. Prosessin aikana on ollut hetkiä, jolloin prosessi on elänyt hiljaiseloa, mutta olemme kuitenkin saaneet kirjoitettua opinnäytetyön sekä kehitettyä oppaat suunnittelemassamme aikataulussa. Olemme molemmat tehneet opinnäytetyötämme innolla ja tarmokkuudella, vaikka välillä olemme kokeneet myös epätoivon hetkiä. Yhteistyömme on ollut antoisaa ja sujuvaa, ja olemme yhdessä pohtineet prosessin etenemistä ja onnistumista. Koemme myös, että yhteistyö työelämän tilaajan kanssa on ollut onnistunutta, ja se on antanut meille paljon.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitoa vaativat ihokasvaimet sekä niiden ominaispiirteet, ja tuottaa niistä oppaat terveydenhuollon ammattilaisille. Mielestämme olemme saavuttaneet tarkoituksen hyvin. Mikäli paperioppaasta olisi kehitetty useampisivuinen opas, olisi siihen ollut mahdollista kirjoittaa enemmän ominaispiirteitä, ja lisäksi oppaan kuvat olisivat voineet olla suurempia. Kuitenkin koemme, että kehittämämme paperiopas on käytännöllisempi, ja siitä on helpompi tarkistaa tärkeimmät ominaispiirteet.

Tavoitteenamme oli kehittää oppaiden avulla terveydenhuollon ammattilaisten valmiuksia tunnistaa jatkotutkimuksia tarvitsevat ihokasvaimet. Koska emme ole itse markkinoineet oppaita, emmekä ole näin ollen olleet yhteydessä kohderyhmään, emme ole voineet vaikuttaa heidän valmiuksiinsa ihokasvainten tunnistamisessa. Kuitenkin koska olemme kuvanneet oppaisiin tarkasti tärkeimmät ominaispiirteet, voivat oppaat helpottaa ihokasvainten arvioimista. Tätä kautta voivat myös valmiudet ihokasvainten tunnistamiseen kehittyä.

Tutkimustehtävänämme oli selvittää, mitkä ovat jatkotutkimuksia tarvitsevien ihokasvainten piirteet. Olemme etsineet useista eri lähteistä tietoa ihokasvaimista, ja sen jälkeen koonneet olennaisimmat tunnistuspiirteet oppaisiin. Myös erikoislääkäri on hyväksynyt ne. Näin voimme luotettavasti todeta, että olemme vastanneet tutkimustehtäväämme.

Opinnäytetyöprosessin tuloksena syntyneet oppaat ovat mielestämme onnistuneet hyvin. Olemme pyrkineet kehittämään kohderyhmää hyvin palvelevat oppaat, joista olisi käytännössä hyötyä ihokasvainten arvioinnissa. Oppaiden hyödyllisyyttä lisää se, että niitä

voivat käyttää sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, lähihoitajat sekä lääkärit. Oppaat voivat toimia yhtenä pään ja kaulan alueen ihokasvainten hoitoketjun mainoskeinona. Kun terveydenhuollon ammattilainen saa käyttöönsä oppaan, pystyy hän kiinnittämään aikaisempaa paremmin huomiota potilaiden ihokasvaimiin. Tällöin ammattilainen todennäköisesti myös etsii aiheesta enemmän tietoa pään ja kaulan alueen ihokasvainten hoitoketjusta. Oppaiden avulla lisätään tietoisuutta pään ja kaulan alueen ihokasvainten hoitoketjusta. Näin ihokasvainten hoitoprosessi voi kehittyä sujuvammaksi.

Paperiopas on kätevä työväline, kun hoitaja haluaa nopeasti ja helposti tarkastaa jonkin ihokasvaimen tunnistuspiirteet. Mikäli hoitaja haluaa aiheesta enemmän tietoa, voi hän etsiä sitä hoitoketjusta tai Internet-oppaasta. Internet-oppaan hyödyllisyyttä lisää se, että se on kaikkien saatavilla. Oppaat ovat käteviä koska niitä voi käyttää yhdessä tai erikseen, eli parhaimmassa tapauksessa ne täydentävät toisiaan. Paperiopas on myös helppo kuljettaa mukana ja materiaalinsa vuoksi se on pitkäikäinen. Internet-opasta on helppo päivittää ja muokata.

Kun terveydenhuollon ammattilainen saa oppaista tietoa ihokasvaimista, voi hän aiempaa itsenäisemmin arvioida tarvitseeko potilaan ihokasvain jatkotutkimuksia. Tällöin päätöksenteko-osaaminen kehittyy. Laajempi tieto-taito ja päätöksenteko-osaaminen kasvattavat terveydenhuollon ammattilaisen ammatillista osaamista, ja tällöin hän pystyy myös itsenäiseen työskentelyyn.

Jatkotutkimusaiheet

Jatkossa tutkimusaiheena voisi olla tunnistusoppaiden vaikuttavuuden tutkiminen. Tällä saataisiin selville, onko oppaista ollut apua ihokasvainten tunnistamisessa, sekä onko ihokasvaimia tullut lääkärin arvioitavaksi enemmän tai vähemmän kuin ennen.

Toiseksi tutkimusaiheeksi esitämme potilaille suunnatun ihokasvain-oppaan kehittämistä. Tässä oppaassa voisi olla useammasta eri ihokasvaimista tietoa. Lisäksi esimerkiksi julisteiden painattaminen sairaaloiden odotusauloihin voisi saada potilaan kiinnittämään huomiota omiin ihokasvaimiin.

6.3 Ammatillinen kehittyminen

Aihe on ollut mielestämme alusta asti kiinnostava. Olemme oppineet paljon uutta tietoa ihokasvaimista ja niiden ominaispiirteistä. Myös eri hoitomuotojen oppiminen on ollut mielenkiintoista. Koska olemme molemmat olleet kirurgian hoitotyön harjoittelussa korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalla, koemme, että olemme pystyneet prosessin aikana syventämään siellä opittuja asioita. Harjoittelun aikana näimme molemmat erilaisia pään ja kaulan alueen ihokasvaimia, ja olimme seuraamassa niiden hoitamista ja poistoa. Harjoittelun antama tietopohja helpotti opinnäytetyöprosessin aloittamista ja tiedon etsimistä. Opinnäytetyömme aihe on mielestämme tukenut erinomaisesti kirurgisen hoitotyön vaihtoehtoisia ammattiopintojamme.

Prosessin aikana olemme saaneet hyvää kokemusta työelämälähtöisyydestä ja yhteistyöstä työelämän kanssa. Aikaisempi harjoittelu mahdollisti mielestämme tiiviimmän yhteistyön, koska olimme jo aikaisemmin työskennelleet heidän kanssaan. Koimmekin aina korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalle mennessämme olevamme tervetulleita. Työelämän tilaaja oli myös aidosti kiinnostunut opinnäytetyöstämme, mikä helpotti koko prosessin etenemistä. Tällainen yhteistyö on kasvattanut meitä ammatillisesti toimimaan jatkossakin tiiviissä yhteistyössä eri projekteissa.

Tehdessämme opinnäytetyötä kahdestaan olemme oppineet ottamaan huomioon toistemme vahvuusalueet. Lisäksi olemme oppineet tuottamaan tekstiä ryhmätyöskentelynä. Yhdessä työskentely on opettanut meille myös joustamista sovittaessamme aikataulujamme ja mielipiteitämme yhteen. Terveydenhuoltoalan ammattilaisten osaamisvaatimuksissa eli kompetensseissa yhtenä osana onkin yhteistyö. Yhteistyö-osaamiseen kuuluukin muun muassa vuorovaikutus-, yhteistyö- sekä projekti osaaminen. (Opetusministeriö 2006.)

Oppaita kehittäessämme olemme oppineet tuotteistamisprosessista. Olemme oppineet miten tärkeää on hyvän suunnitelman tekeminen. Jos tulevaisuudessa olemme sairaanhoitajana mukana projekteissa, joissa kehitetään esimerkiksi uusia hoito-ohjeita, on meillä jo tietoa ja taitoa tuotteistamisen eri vaiheista. Lisäksi meillä on hyvää kokemusta tuotteiden luonnostelemisesta ja kehittämisestä.

Olemme kartuttaneet myös tietoteknisiä taitojamme. Olemme oppineet käyttämään sujuvammin Microsoft Office Word 2003:sta sekä 2007:ää. Olemme myös oppineet

muokkaamaan kuvia Paint- ja PhotoScape –ohjelman avulla sekä valmistamaan esityksiä Microsoft Office Power Point -ohjelmalla.

Opinnäytetyön tekeminen on kasvattanut myös esiintymistaitojamme opinnäytetyön seminaareissa. Esiintymistaidot kuuluvat myös yhteistyö-osaamisen kompetensseihin (Opetusministeriö 2006). Terveydenhuoltoalan ammattilaisina tulemme pitämään paljon ohjaus- ja opetustapahtumia. Tällöin tarvitsemme hyviä esiintymistaitoja. Näiden taitojen hallitsemiseen kuuluu myös se, että olemme perehtyneet hyvin esitettävään aiheeseen. Tällöin esiintyminen on varmempaa ja luontevampaa.

Tutkimus- ja kehittämistyö sekä johtaminen ovat osa terveydenhuollon ammattilaisten kompetensseja (Opetusministeriö 2006). Kehittämistyöhön olemmekin perehtyneet sairaanhoitajan osaamisen ja hoitotyön kehittämisen kautta. Olemme oppineet miten tärkeää on itsensä jatkuva ammatillinen kehittäminen sekä ammattitaidon ylläpitäminen. Kehittämistyöhön kuuluu myös tiedonhankintataidot (Opetusministeriö 2006), joissa olemmekin kehittyneet tietoa etsimällä sekä eri tietokantoja käyttämällä.

Toinen ammattitaidon kompetensseista, joihin keskityimme sairaanhoitajan osaamisessa, oli päätöksenteko-osaaminen. Päätöksenteko-osaamisessa sairaanhoitaja toteuttaa itsenäisenä asiantuntijana hoitotyötä koskevia päätöksiä. Päätöksenteon tulee pohjautua näyttöön perustuvaan hoitotyöhön sekä tutkimustietoon perustuviin hoitosuosituksiin (Opetusministeriö 2006.)

Kokonaisuudessaan olemme kypsyneet ammatillisesti opinnäytetyöprosessin edetessä. Prosessi on antanut meille valmiuksia työskennellä tulevaisuudessa terveydenhuollon ammattilaisina. Koemme, että oppimamme tieto ihokasvaimista ja sairaanhoitajan osaamisesta on antanut meille hyvät valmiudet ihokasvainten tunnistamiseen.

LÄHTEET

Bergström, S. & Leppänen, A. 2009. Yrityksen asiakasmarkkinointi. Helsinki: Edita Prima Oy.

Bradford, P. 2009. Skin Cancer in Skin of Color. Dermatology Nursing 21, 170–177.

Freak, J. 2004. Promoting knowledge and awareness of skin cancer. Nursing Standard 18, 45–55.

Hannuksela, M. 2006. Hyvä, paha aurinko. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hannuksela, M. 2009a. Aurinko – hyötyä ja haittaa hipiälle. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hannuksela, M. 2009b. Tietoa potilaalle: Tyvisolusyöpä, basaliooma (Carcinoma basocellulare). Saatavilla: https://remote.kajak.fi/dtk/ltk/,DanaInfo=.awxyCxjx2m7200478yQx1+koti?p_haku=tyvisolusy%F6p%E4 (Luettu 31.10.2010).

Hannuksela, M. 2010a. Aktiininen keratoosi. Saatavilla: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00654&p_haku=aktiininen%20keratoosi (Luettu 21.11.2010).

Hannuksela, M. 2010b. Huulitulehdus. Saatavilla: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00567 (Luettu 25.3.2011).

Hannuksela, M. 2010c. Ihon kasvaimet. Saatavilla: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasti/tk.koti?p_artikkeli=dlk00229&p_haku=ihon%20kasvaimet (Luettu 21.11.2010).

Hannuksela, M. 2010d. Ihon pintasyöpä (Bowenin tauti). Saatavilla: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00657 (Luettu 25.3.2011).

Hannuksela, M. 2010e. Rasvasyylä (rasvaluomi, ”vanhuuden syylä”). Saatavilla: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00677&p_haku=rasvasyyl%E4 (Luettu 21.11.2010).

Hietanen, H., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Juutilainen, V. 2005. Haava. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hirsjärvi, S. 2009. Tieteelliselle tutkimustyölle asetetut vaatimukset. Teoksessa: Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Karisto Kirjapaino Oy.

Hoitotyön arvokirja. 2007. Kainuun maakunta –kuntayhtymä. Sosiaali- ja terveystoimi. Saatavilla: http://maakunta.kainuu.fi/julkaisut (Luettu 8.3.2011)

Hoitotyö Kainuussa. 2007. Kainuun maakunta –kuntayhtymä. Sosiaali- ja terveystoimi. Saatavilla: http://maakunta.kainuu.fi/julkaisut (Luettu 8.3.2011)

Holma, T. 1998. Tuotteistus tutuksi – ideat ja työvälineet. Esimerkkinä kuntoutuspalvelut perusterveydenhuollossa. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Ihomelanooma. 2005. Käypä hoito. Saatavilla: http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50038?hakusana=ihomelanooma (Luettu 7.2.2011).

Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kainuun väestöennuste v. 2025. 2008. Kainuun maakunta –kuntayhtymä. Saatavilla: http://maakunta.kainuu.fi/general/Uploads_files/Suunnittelu_kehittaminen/verkkojulkaisu.pdf (Luettu 29.3.2011).

Karvonen, J. 2003. Ihon kasvaimet. Teoksessa: Hannuksela, M., Karvonen, J., Reunala, T. & Suhonen, R. Ihotaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka. Saatavilla: http://maakunta.kainuu.fi/korva_nena_ja_kurkkutaudit (Luettu 30.1.2011)

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 17.8.1992.

Laukkanen,A., Rummukainen, J., Kivinen, P. & Lappalainen, K. 2005. Ihon okasolusyöpä ja sen esisasteet. Duodecim 121, 71-79.

Lauri,S., Eriksson, E. & Hupli, M. 1998. Hoidollinen päätöksenteko. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lauri, S. 2007. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Majamaa, H. 2009. Luomet ja ihosyöpä (basaliooma ja epidermoidikarsinooma). Saatavilla: https://remote.kajak.fi/dtk/ltk/,DanaInfo=.awxyCxjx2m7200478yQx1+koti?p_haku=tyvisolusy%F6p%E4 (Luettu 31.10.2010).

Nikkonen, M. 1997. Etnografinen malli. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

Oikarinen, A. & Tasanen-Määttä, K. 2003. Ihon rakenne, tehtävät ja toiminta. Teoksessa: Hannuksela, M., Karvonen, J., Reunala, T. & Suhonen, R. Ihotaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon.

Peltonen, S. 2007. Aurinkokeratoosiin useita uusia hoitovaihtoehtoja. Suomen Lääkärilehti.

Pukkala, E., Dyba, T., Hakulinen, T. & Sankila, R. 2006. Syövän ilmaantuvuus, syöpäpotilaiden ennuste ja syöpäkuolleisuus. Syöpä 2015, 6–16. Saatavilla: https://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/2353b2eb20cfa8dc4093a1bbc43cadb6/1301411081/application/pdf/1543951/Syopa2015.pdf (Luettu 29.3.2011).

Pään ja kaulan alueen ihokasvainten hoitoketju. 2009. Kainuun maakunta –kuntayhtymä.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Sairaanhoitajaliitto. Saatavilla: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/ (Luettu 8.3.2011)

Sajavaara, P. 2009a. Alustava lukeminen ja muistiinpanot. Teoksessa: Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Karisto Kirjapaino Oy.

Sajavaara, P. 2009b. Tutkimuksen reliaabelius ja validius. Teoksessa: Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Karisto Kirjapaino Oy.

Sanderson, R. & Ironside, J. 2002. Clinical review : Squamous cell carcinomas of the head and neck. British Medical Journal 325. Saatavilla: http://www.bmj.com/content/325/7368/822.extract?sid=afe4fbb4-725b-426e-aa71-80e9174fef17 (Luettu 2.3.2011).

Skin cancer. 2007. Peter, S. (toim.). Atlas of anatomy. Munchen: Elsevier GmbH.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Pään ja kaulan alueen hyvänlaatuinen ihomuutos (korva-, nenä- ja kurkkutaudit. Saatavilla: https://remote.kajak.fi/dtk/ltk/,DanaInfo=.awxyCxjx2m7200478yQx1+koti?p_haku=tyvisolusy%F6p%E4 (Luettu 31.10.2010).

Stanger, C. 2009. Actinic keratosis : Do the numbers add up? The Nurse Practitioner 34, 36–39.

Suhonen, R. 2005. Ihon jäädytyshoito. Duodecim 121, 1063–1071.

Suomen Syöpärekisteri. 2010. Saatavilla: http://www.syoparekisteri.fi (Luettu 21.1.2011).

Suominen, E. & Pyrhönen, S. 2007. Ihosyöpä. Teoksessa: Joensuu, H., Roberts, P.J., Teppo, L., Tenhunen, M. Syöpätaudit. 3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Thompson, J., Scolyer, R. & Kefford, R. 2005. Cutaneous melanoma. The Lancet 365, 687–701.

Tilastokeskus. 2004. Kainuu menettää eniten väestöä. Saatavilla: http://www.stat.fi/til/vaenn/2004/vaenn_2004_2004-09-20_tie_001.html (Luettu 29.3.2011).

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vallimies-Patomäki, M. 2010. Sairaanhoitajan uudistuva rooli perusterveydenhuollossa. Teoksessa: Muurinen, S., Nenonen, M., Wilksman, K. & Agge, E. (toim.) Uusi terveydenhuolto –Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Fioca Oy.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

LIITTEET

LIITE 1: Ihokasvainten paperiopas

LIITE 2: Ihokasvainten Internet-opas

LIITE 3: Toimeksiantosopimus

LIITE 4: Palautekyselyn saatekirje

LIITE 5: Palautekysely

OKASOLUSYÖPÄ

- Läiskä, kyhmy tai kukkakaalimainen muutos
- Väriltään punertava
- Kasvaa nopeasti
- Voi olla karstoittunut ja haavautunut

Pahanlaatuinen ihomuutos, tulee lähettää lääkärin arvioitavaksi.

MELANOOMA

- Voi ilmaantua paljaalle iholle tai vanhaan luomeen
- Epätarkkarajainen
- Väriltään yleensä kirjava tai musta
- Vanha luomi voi mm. muuttaa muotoaan, kutista, vuotaa verta

Pahanlaatuinen ihomuutos, tulee lähettää lääkärin arvioitavaksi.

Kainuu

PÄÄN JA KAULAN ALUEEN IHOKASVAIMIA JA NIIDEN TUNNISTUSPIIRTEITÄ

Tässä oppaassa on kuvattu ihokasvainten tunnistuspiirteitä, joiden avulla Sinun on helpompi arvioida, onko ihomuutos hyvän- vai pahanlaatuinen.

Pään ja kaulan alueen ihokasvainten hoitoketjun ja lisätietoa ihokasvaimista löydät osoitteesta:

Kainuun keskussairaala
Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka
Sotkamontie 13
87140 KAJAANI
p. 08 6156 2501

LUOMI

– Pehmeä, voi olla ihosta koholla
– Väriltään vaaleanruskea, ihon värinen tai vähän pigmentoitunut
– Alle 1 cm kokoinen

Hyvänlaatuinen ihomuutos, ei tarvitse poistaa.
Mikäli luomi on muuttunut kooltaan/väriltään, on haavautunut tai vuotaa verta, tulee lääkärin arvioida ihomuutos.

RASVALUOMI

– Iän mukaan lisääntyvä kasvain
– Syylämäinen, matala kohouma ihossa
– Pinta karhea, voi tuntua rasvaiselta ja murentua käsiteltäessä
– Väri vaihtelee vaaleanruskeasta pikimustaan

Hyvänlaatuinen ihomuutos, ei tarvitse poistaa.

AKTIINI KERATOOSI

– Ohuen hilsekerroksen peittämä läiskä
– Tarkkarajainen ja karhea
– Väriltään punoittava tai ruskea
– Okasolusyövän esiaste

Pahanlaatuisen ihomuutoksen esiaste, tulee lähettää lääkärin arvioitavaksi.

TYVISOLUSYÖPÄ

– Reunat vallimaiset, helminauhamaiset
– Muutos karstoittunut, haavautunut, keskeltä kuopalla
– Haavauma ei parane
– Pinnalla laajentuneita verisuonia

Pahanlaatuinen ihomuutos, tulee lähettää lääkärin arvioitavaksi.

Kainuun keskussairaala
Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka
Sotkamontie 13
87140 KAJAANI
08 6156 2501

PÄÄN JA KAULAN ALUEEN IHOKASVAINTEN TUNNISTUSOPAS

- Mikäli epäilet potilaan ihokasvainta pahanlaatuiseksi, tulee potilas lähettää lääkärin arvioitavaksi.
- Hyvänlaatuisia ihokasvaimia ei pääsääntöisesti tarvitse poistaa.

HYVÄNLAATUISET IHOKASVAIMET

LUOMI

- Pigmenttiluomet ovat yleisiä. Ne ilmaantuvat lapsena tai nuorena aikuisena, ja alkavat kadota keski-iässä
- Intradermaalineevukset ovat pehmeitä, ihosta koholla olevia luomia
    - Väriltään vähän pigmentoituneita, vaaleanruskeita tai normaalin ihon värisiä
    - Kooltaan alle 1cm mittaisia
- Luomi on poistettava, mikäli herää epäilys pahanlaatuisuudesta
    - Luomen koko tai väri on muuttunut, luomi on haavautunut tai se vuotaa verta
- Luomi voidaan poistaa myös mikäli potilas kokee muutoksen esteettisenä tai toiminnallisena haittana
- Luomien profylaktinen poisto ei ole tarpeen, koska sillä ei ole todettu olevan hyötyä melanooman ehkäisyssä

Kainuun keskussairaala
Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka
Sotkamontie 13
87140 KAJAANI
08 6156 2501

RASVALUOMI (Verruca seborrhoice)

- Kutsutaan myös rasvasyyläksi tai vanhuuden luomeksi
- Rasvaluomi on iän mukaan lisääntyvä kasvain, ja se on yleisin kaikista ihokasvaimista
- Rasvaluomia esiintyy erityisesti kehon rasvaisilla ihoalueilla kuten kasvot, päänahka ja yläselkä
- Rasvaluomi on syylämäinen matala kohouma ihossa
- Pinta on karhea ja voi tuntua käsiteltäessä rasvaiselta
- Jos rasvaluomi on paksuuntunut, se murenee helposti käsittelyn aikana
- Rasvaluomen väri vaihtelee vaaleanruskeasta pikimustaan
- Rasvaluomi voidaan poistaa mikäli potilas kokee muutoksen esteettisenä tai toiminnallisena haittana

Kainuun keskussairaala
Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka
Sotkamontie 13
87140 KAJAANI
08 6156 2501

PAHANLAATUISET IHOKASVAIMET

AKTIINI KERATOOSI (Keratosis solaris, Keratosis senilis)

- Kutsutaan myös aurinkokeratoosiksi tai seniiliksi keratoosiksi
- Aktiini keratoosi kehittyy vanhetessa auringon vaurioittamille ihoalueille
- Aktiini keratoosi on okasolusyövän esiaste. Kaikista aktiini keratoosi tapauksista ei kuitenkaan kehity aina okasolusyöpä. Riskin vähentämiseksi aktiini keratoosit yleensä hoidetaan. Aktiini keratoosin kehittyminen okasolusyöväksi vie suhteellisen paljon aikaa, yleensä yli 15 vuotta.
- Ulkonäöltään aktiini keratoosi on hilsekerroksen peittämä läiskä, joka voi muistuttaa ekseema- tai psoriasisläiskää. Läiskät ovat karheita ja melko tarkkarajaisia.
    - Väriltään läiskät ovat joko punoittavia tai ruskeita
    - Läiskien koko voi vaihdella muutamista millimetreistä muutamiin senttimetreihin
- Aktiini keratoosi läiskät eivät häviä käyttämällä hydrokortisonivoidetta tai jotain muuta kortikoidivoidetta

Kainuun keskussairaala
Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka
Sotkamontie 13
87140 KAJAANI
08 6156 2501

TYVISOLUSYÖPÄ (Carcinoma basocellulare)

- Yleisin ihosyöpälaji
- Tärkein altistava tekijä on ihon toistuva palaminen auringossa
- Kasvaa paikallisesti ja lähettää etäpesäkkeitä vain harvoin
- Paikallisen leviämisvaaran vuoksi tyvisolusyöpä on poistettava
- Noduloulseratiivinen muoto kattaa 60 % kaikista tyvisolusyövän muodoista
    - Alkaa yleensä pienenä, kiinteänä ja oireettomana, väriltään vaaleanpunaisena tai punaisena kyhmynä
    - Kasvaa hitaasti
    - Kasvaessaan muuttuu reunoilta vallimaiseksi
    - Valli voi olla kyhmyinen ja helminauhamainen, pienistä papuloista koostuva
    - Pinnalla voi kuultaa laajentuneita verisuonia
    - Kuopalla oleva keskusta karstoittuu ja haavautuu, haava ei parane

Kainuun keskussairaala
Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka
Sotkamontie 13
87140 KAJAANI
08 6156 2501

OKASOLUSYÖPÄ (Carcinoma spinocellulare)

- Ihon levyepiteelisyöpä
- Okasolusyövällä on taipumus metastasoida eli lähettää etäpesäkkeitä
- Okasolusyöpä voi kehittyä myös terveelle iholle, mutta yleensä sitä edeltää aktiini keratoosi
- Ihon okasolusyövän on todettu olevan yhteydessä auringon ultraviolettisäteilyyn selvemmin kuin muut ihosyövät. Tärkein altistava tekijä onkin ihon toistuva palaminen auringossa.
- Okasolusyöpä esiintyy yleensä läiskinä, kyhmyinä tai kukkakaalimaisina kasvaimina, huulissa usein haavaumana
- Aluksi okasolusyöpä muuttuu ihonvärisestä punertavaksi kyhmyksi, joka alkaa kasvaa nopeasti. Kyhmy muuttuu karstaiseksi ja haavautuu.
- Todettaessa okasolusyöpä on yleensä kooltaan 1-3 cm

Kainuun keskussairaala
Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka
Sotkamontie 13
87140 KAJAANI
08 6156 2501

MELANOOMA

- Ihokasvaimista pahanlaatuisin
- Tärkein altistava tekijä on ihon toistuva palaminen auringossa etenkin lapsena ja nuorena aikuisena
- Suurin osa melanoomista syntyy terveen näköiselle iholle, vain osa syntyy jo olemassa olevaan luomeen
- Potilas voi kuvailla ihomuutoksen oireilevan, eli esimerkiksi kutiavan, kasvaneen, tai vuotavan verta
- Pinnallinen melanooma
    - Kasvaa pitkän aikaa pinnan suuntaisesti ennen leviämistä syvempiin kerroksiin
    - Epäsymmetrinen ja epätarkkarajainen
    - Väriltään se voi olla kirjava, sininen, musta, punainen tai valkoinen (tummat yleisimpiä, mutta amelanoottinen muutoskin on olemassa)
- Nodulaarinen eli kyhmyinen muoto
    - Leviää nopeasti syvyyssuunnassa ja metastasoi herkästi
    - Tarkkarajainen, ihosta koholla oleva kyhmy
    - Väriltään tummanruskea, musta tai sinimusta
    - Kasvaa nopeasti, haavautuu helposti, vuotaa verta helposti

KAJAANIN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Toimeksiantosopimus
Opinnäytetyöt
Muut oppimisprojektit

Päiväys
20.12.2010

TOIMEKSIANTOSOPIMUS OPISKELIJATYÖNÄ TEHTÄVISTÄ OPINNÄYTETÖISTÄ JA MUISTA OPPIMISPROJEKTEISTA

TOIMEKSIANTAJAN TIEDOT

Toimeksiantaja	Kainuun maakunta -kuntayhtymä, Kainuun keskussairaala, Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka
Osoite ja puhelinnumero	Sotkamontie 13, 87140 Kajaani / p. 08 6156 2501
Työn ohjaaja toimeksiantajan puolelta	Raija Juvonen ja Irja Haatainen

TOIMEKSIANNON KUVAUS

Toimeksiannon kuvaus (mahdollinen liite, projektikuvaus yms)	Kaksi pään ja kaulan alueen ihokasvainten tunnistusopasta terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön. Toinen on paperiversio ja toinen on internettiin tuleva versio.
Aikataulu	Oppaat ovat valmiina huhtikuussa 2011
Kustannusarvio ja kustannusvastuu	5kpl:tta yht. 1,05€, kustannusvastuu Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalla
Lopputuotoksen muoto	Paperiversio sekä internet-versio

TOIMEKSIANNON TEKIJÄT KAJAANIN AMMATTIKORKEAKOULUSSA

Toimeksiannon tekijät ja yhteystiedot (opiskelijat)	Silja Katiska Laura Leppäharju
Toimeksiannon ohjaaja Kajaanin amk:ssa	Ohjaava opettaja: Taina Romppanen Koordinoiva opettaja: Jaana Kemppainen
Työstä tehdään	☒ opinnäytetyö ☐ muu, mikä

Tekijöiden allekirjoitukset

Toimeksiantajan allekirjoitus

KAJAANIN AMMATTIKORKEAKOULU **Toimeksiantosopimus** 2
Opinnäytetyöt
Muut oppimisprojektit

TOIMEKSIANNON KUVAUS

Tavoitteet Toimeksiantajan kannalta	Saada kuudesta keskeisestä ihokasvaimesta tunnistusoppaat, jotka auttavat terveydenhuollon ammattilaisia kiinnittämään huomiota erilaisiin ihomuutoksiin, ja näin auttaa tunnistamaan hoitoa vaativa ihokasvain.	
Opiskelijoiden oppimisen kannalta	**Kehittää päätöksenteko-osaamistamme, sekä laajentaa tieto-taito-osaamistamme kyseisestä erikoisalasta.**	
Keskeiset tuotokset (raportit, suunnitelmat, tuotteet, esitteet, tietokoneohjelmat, tilaisuudet yms.)	1. Opas paperiversio, jossa 1-2 kuvaa jokaisesta kuudesta valitusta ihokasvaimesta, sekä ranskalaisilla viivoilla kasvaimien keskeiset tunnistamispiirteet 2. Opas internetversio, joka on lähes samanlainen kuin paperiversio. Tekstiä voi olla siinä hieman enemmän tunnistamisen helpottamiseksi	
Sovitut kokoukset ja raportoinnit		
Projektin resurssit 1. Toimeksiantaja		
2. Opiskelijat		
3. Ammattikorkeakoulun ohjausresurssit		
Kustannusarvio ja kustannusvastuu Materiaalit Laitekustannukset Opiskelijoiden palkkiot Ohjaavan opettajan palkkiot Matkakustannukset Muut	Arvio 5 kpl:tta paperiversioita, arvioitu kustannus 0,21€/kpl, yht. 1,05€. Molemmille opiskelijoille ja 2:lle opettajalle paperiversiot tuotteesta Mahdolliset tuotteiden tulostamisesta aiheutuvat kustannukset	Vastuu Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka
Muuta Luottamuksellisuus Tekijänoikeudet Laskutus	Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalla on tekijänoikeus tuotteisiin ja kuviin. Jatkossa tuotteiden päivitys tapahtuu työelämän tilaajan toimesta.	

Sopimuksessa noudatetaan Kajaanin ammattikorkeakoulun vakioehtoja opiskelijatyönä tehtävistä toimeksiannoista.

Hei!

Pyydämme palautettasi ihokasvainten tunnistusoppaista. Voit vastata kysymyksiimme erilliselle vastauslomakkeelle. Vastattuasi kyselyyn voit laittaa lomakkeen tyhjään kirjekuoreen. Vastausaikaa on maanantaihin 28.2.2011 klo 12.00 saakka.

T. Laura Leppäharju ja Silja Katiska

PALAUTEKYSELY PÄÄN JA KAULAN ALUEEN IHOKASVAINTEN TUNNISTUSOPPAISTA

Haluaisimme saada palautetta kehittämistämme pään ja kaulan alueen ihokasvainten tunnistusoppaista. Opas 1 on paperiversio, joka tulee olemaan laminoitu. Opas 2 on Internet-versio, joka tulee olemaan Internetissä osana pään ja kaulan alueen ihokasvainten hoitoketjua. Palautteiden perusteella muokkaamme oppaita tarvittaessa, ja tämän jälkeen tuotamme niistä lopulliset versiot. Tavoitteenamme on tehdä helposti ymmärrettävät ja selkeät oppaat.

1. **Ovatko oppaat mielestäsi helppolukuisia ja selkeitä? Perustele.**

a) paperiversio:_____

_____

b) Internetversio:_____

_____

2. **Onko mielestäsi oppaisiin kirjoitettu teksti helposti ymmärrettävää?**

a) paperiversio:_____

_____

b) Internetversio:_____

_____

3. **Voisiko tunnistusoppaat auttaa Sinua tunnistamaan ihokasvaimia? Perustele.**

a) paperiversio:_____

_____

b) Internetversio:_____

_____

4. **Anna palautetta oppaista.**

a) paperiversio:_____

_____

b) Internetversio:_____

_____

Kiitos palautteestasi!