

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysyksikkö, Lappeenranta
Hoitotyönkoulutusohjelma

Marja Soikkeli

**RINTASYÖPÖPOTILAAN KIRURGINEN
HOITOPROSESSI ETELÄ-KARJALAN
SOSIAALI- JA TERVEYSPIIRISSÄ
- Rintasyöpähoitajan toimen kuvaus**

Opinnäytetyö 2011

TIIVISTELMÄ

Marja Soikkeli

Rintasyöpäpotilaan kirurginen hoitoprosessi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirissä - Rintasyöpähoitajan toimen kuvaus, 38 sivua, 5 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu, Lappeenranta

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö, hoitotyönkoulutusohjelma

Opinnäytetyö 2011

Ohjaajat: lehtori Pirjo Huovila ja lehtori Riitta Kalpio ja työelämän ohjaaja osastonhoitaja Riitta Lehtonen, keskussairaalan kirurgian poliklinikka

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin keskussairaalan erikoissairaanhoidon rintasyöpäpotilaan kirurginen hoitoprosessi lähetteen saapumisesta aina operatiiviseen hoitoon asti. Lisäksi opinnäytetyössä kuvattiin rintasyöpähoitajan toimenkuva ja osuutta kirurgisessa hoitoprosessissa.

Opinnäyte työ oli laadullinen ja tietoa rintasyövästä koottiin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella. Työ ei kuitenkaan täytä systemaattiselle kirjallisuuskatsaukselle asetettuja tieteellisiä vaatimuksia Teoreettinen tieto koottiin aiheeseen liittyvistä asiantuntija-artikkeleista ja tutustumalla aiheisiin liittyviin pro gradu-tutkimuksiin ja opinnäytetöihin. Lisäksi työn ohessa tutkija on osallistunut rintasyöpäaiheisiin koulutuksiin ja sai niistä uusinta asiantuntijatietoa rintasyövästä ja sen hoidosta.

Rintasyöpäpotilaan kirurginen hoitoprosessi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin erikoissairaanhoidossa keskussairaalassa toteutetaan käypähoito suositusten mukaisesti. Rintasyöpähoitajan työ rintasyöpäpotilaan kirurgisessa prosessissa on lisännyt toiminnan sujuvuutta ja korostaa asiakaslähtöisyyttä, tämän vuoksi potilaan hoidon kokonaisuus on paremmin hallinnassa. Rintasyöpähoitajan työn tärkeys korostuu, koska rintarauhaskirurgi toimii tällä hetkellä vain osa-aikaisena. Rintasyöpähoitaja toimii asiantuntijahoitajana rintasyöpäpotilaan hoidon koordinoijana ja on potilaiden saatavilla arkipäivisin.

Rintasyöpähoitajan työssä tärkein tehtävä on syöpäpotilaan henkinen tukeminen ja ohjaaminen tulevaan leikkaukseen. Potilasohjaus edellyttää tutkitun ja hyväksi havaitun tiedon käyttöä. Ohjaus kulkee asiakassuhteessa punaisena lankana koko hoitoprosessin ajan. Onnistunut potilasohjaus vähentää myös potilaiden yhteydenottoa hoitopaikkaan hoitojakson jälkeen. Sairaanhoidajien hyvä koulutus, vankka teoretieto, hyvät hoitokäytännöt ja vuorovaikutustaidot takaavat onnistuneen lopputuloksen. Potilasohjauksella saadaan myös arvokasta asiakaspalautetta hoitotyön kehittämiseen.

Jatkotutkimuksen aiheen olisi mielenkiintoista tehdä kyselytutkimus rintasyöpäpotilaille saamastaan ohjauksesta ja tuesta.

Asiasanat: Rintasyöpä, hoitoprosessi, potilaan ohjaus

ABSTRACT

Marja Soikkeli

The Process of Caring for the Patient having Surgery for Breast Cancer in the South Karelia District of Social and Health Services - Breast Cancer Nurse Job Description, 38 pages, 5 appendices

Saimaa University of Applied Sciences, Lappeenranta

Health Care and Social Services, Degree Program in Nursing

Bachelor's Thesis, 2011

Instructors: Senior Lecturer Pirjo Huovila, Senior Lecturer Riitta Kalpio, Head Nurse Riitta Lehtonen

The purpose of this study was to describe the process of caring for the surgical breast cancer patient in the South Karelia District of Social and Health Services (SKSH). The thesis described also the breast cancer nurses' profession and its importance for the surgical care process. The thesis was qualitative and was made by gathering theoretical knowledge of breast cancer and its treatment. Expert information was collected using professional literature, Master's thesis research, and Bachelor's thesis work. In addition, the latest expert information on breast cancer and its treatment was derived from attendance at several breast cancer themed educational events.

The patient care process for breast cancer surgery in the Central Hospital for the SKSH is carried out according to the Current Care guidelines of the Finnish Medical Society. The breast cancer nurse's work increases the smooth functioning in the surgical process and enhances customer orientation; therefore, the patient care unit is better controlled. The breast cancer nurse's role includes providing the important emotional support and guidance for patients before surgery.

Nurses with a good education, a solid theoretical background, good management practices and interpersonal skills ensure a successful patient outcome. Patient counseling may also be a valuable tool to get customer feedback for the development of nursing. A topic for further research might be a survey of breast cancer patient opinions of the counseling and support received during their experience.

Keywords: Breast Cancer, Patient Education, Treatment Process

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	5
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS	6
3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	6
4 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	7
4.1 Rintasyöpä sairautena	7
4.1.1 Rintasyövän synty	9
4.1.2 Rintasyövän oireet	9
4.1.3 Rintasyövän tyypit	11
4.1.4 Rintasyövän diagnoosivaiheen tutkimukset	11
4.2 Rintasyöpäpotilaan kirurginen hoitoprosessi keskussairaalassa	14
4.2.1 Hoidon tarpeen määrittely	17
4.2.2 Hoidon suunnittelu	18
4.2.3 Hoidon toteutus	19
4.2.4 Hoidon arviointi	21
4.3 Rintasyöpähoitajan toimenkuva keskussairaalassa	23
5 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	30
6 POHDINTA	32
LÄHTEET	35

LIITTEET

Liite 1 IVA- Vaikutuksen arviointi

Liite 2 Rintakasvainpotilaan esitietolomake

Liite 3 Rinnan osapoisto- potilasohje

Liite 4 Rinnan koko poisto- potilasohje

Liite 5 Rintasyöpäpotilaan kirurginen hoitoprosessi

1 JOHDANTO

Terveydenhuollossa potilasprosessin tarkastelu on tärkeää, kun halutaan selvittää hoidon etenemistä, kestoja ja terveysongelmasta aiheutuneita kustannuksia. Usein terveystalouksien tuottajat tunnustavat vain oman yksikkönsä hoitoprosessit, eikä kenelläkään ole selvää kuvaa organisaatorajat ylittävien potilasepisodien kulusta. Terveydenhuollossa hoitoketjujen tarkastelu paljastaa hoitoprosessien välillä vallitsevat viiveet, kun potilaan hoito luovutetaan yhdeltä organisaatiolta toiselle. (Lillrank, Kujala & Parviainen 2004, 126 - 127.)

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (Eksote) perustettiin tuottamaan 1.1.2010 alkaen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, vanhusten- ja sosiaali- huollon palvelut eteläkarjalaisille. Kuntayhtymän jäsenkunnat ovat Imatra, Lappeenranta, Lemi, Luumäki, Parikkala, Rautjärvi, Ruokolahti ja Taipalsaari. Imatra on mukana Eksote:n erikoissairaanhoidon ja kehitysvammaisten erityishuollon osalta. Eksote - piirissä on yhtenäinen sähköinen potilastietojärjestelmä, joka antaa erittäin hyvän lähtökohdan potilaiden kokonaisuhoitoon suunnittelulle ja toteutukselle.

Etelä-Karjalassa sosiaali- ja terveyspiirissä rintasyöpäpotilaiden operatiivinen ja onkologinen hoito tapahtuu keskussairaalassa Lappeenrannassa. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri on lähtenyt kehittämään rintasyöpäpotilaan hoidon selkeyttämistä ja päällekkäisten toimintojen karsimista, ja piirissä halutaan luoda yhtenäiset käytännöt rintasyöpäpotilaan hoitoon. Kehittämisen tarpeellisuus huomattiin kirurgian ja syöpäpoliklinikan yhteistoiminnan tehostamisen yhteydessä. Yhteistoiminnan tehostaminen aloitettiin syksyllä 2009. Tavoitteena on tarkastella rajapintojen välistä yhteistyötä ja huomioida potilaan hoitoa kokonaisuutena. Liitteessä 1 on kuvattu vaikutuksen arvioinnin (IVA) kautta rintasyöpähoitajan toimen merkitystä rintasyöpäpotilaan kirurgisessa hoitoprosessissa (LIITE 1).

Opinnäytetyöni aiheen valintaan vaikutti se, että pääsin itse kehittämään yhteistyötä rintasyöpähoitajan toimenkuvassa. Rintasyöpäpotilaiden hoidosta on aikaisemmin vastannut useampi sairaanhoitaja. Uuden toimintamallin avulla pyritään keskittämään potilaiden hoidon yhdelle hoitajalle. Tulevaisuudessa on tärkeää tarkastella, missä ja kuinka rintasyöpäpotilaan kokonaishoitoa olisi hyvä toteuttaa. Hoidon tulee tukea jokaisessa toimipisteessä potilaan kokonaishoitoa, ettei päällekkäisyyttä eikä myöskään epätäydellistä potilaan hoidon siirtymistä tapahtuisi missään yhteydessä.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää ja kuvata Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden erikoissairaanhoidon keskussairaalan rintasyöpäpotilaan kirurginen hoitoprosessi lähetteen saapumisesta aina operatiiviseen hoitoon asti. Lisäksi kuvaan rintasyöpähoitajan toimenkuvan ja toimen osuutta kirurgisessa hoitoprosessissa. Onkologisen hoitoprosessin kuvauksen jätän työn ulkopuolelle.

Opinnäytetyön tehtävät:

1. Selvittää ja kuvata rintasyöpäpotilaan kirurginen hoitoprosessi Etelä- Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden erikoissairaanhoidossa keskussairaalamme.
2. Kuvata rintasyöpähoitajan toimenkuva ja toimen osuutta kirurgisessa rintasyöpän hoitoprosessissa.

3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyöni on laadullinen ja aineiston keruu tapahtui systemaattisella kirjallisuuskatsauksella. Kirjallisuuskatsaukseni noudattaa kirjallisuuskatsauksen ohjeistusta. Työni ei kuitenkaan täytä systemaattiselle kirjallisuuskatsaukselle asetettuja tieteellisiä vaatimuksia.

Tiedon haussa keskityin hakemaan uusinta tietoa rintasyöpästä, sen hoidosta ja tutustumalla näyttöön perustuviin hoitotyön tutkimuksiin. Aloitin opinnäytetyön

suunnitteluvaiheen etsimällä manuaalisesti tietoa rintasyövästä. Teoriatietojen perusteella laadin tässä vaiheessa tutkimustehtävät.

Opinnäytetyön lähdeaineistoa hain Saimaan ammattikorkeakoulun Saima-kirjastotietokannasta, Nelli- tiedonhakuportaallista sekä Terveysportista. Osallistuin työn ja opiskelun ohessa rintasyöpäaiheisiin koulutuksiin ja sain niistä ajankohtaisinta asiantuntijätietoa rintasyövästä. Opinnäytetyö tukee vahvasti työelämän tarpeita ja tulen hyödyntämään työtäni myös käytännössä rintasyöpäpotilaiden hoidossa.

Hoitotyöstä saatavaa tieteellistä tietoa voi etsiä kirjoista, alan tieteellisistä julkaisuista, ammattilehdistä ja internetistä. Kun lähtee etsimään tieteellistä tietoa, on tärkeää arvioida tietoa kriittisesti. Kirjoista saatava tieto on usein faktatietoa, mutta kirjojen tietoon tulee suhtautua kriittisesti. Lehtiartikkeleista tulee varmistaa, että ne ovat asiantuntijoiden tarkistamia ja kirjoittajat ovat alansa asiantuntijoita. Tiedon määrä internetissä on hyvin runsas, mutta ongelmana on tiedon luotettavuuden arviointi. Tieto on tasoltaan epätasaista, koska se ei ole asiantuntijoiden kontrolloimaa. (Salanterä & Hupli 2003, 21.)

4 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Seuraavassa kuvaan opinnäytetyöni tulokset. Aluksi kuvaan rintasyöpää sairautena ja sitten Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus sairaalan rintasyöpäpotilaan kirurgisen hoitoprosessin ja lopuksi rintasyöpähoitajan toimenkuvan.

4.1 Rintasyöpä sairautena

Rintasyöpä on Suomessa naisten yleisin syöpä, ja joka kymmenes nainen sairastuu siihen jossain vaiheessa elämäänsä. Vuonna 2008 Suomessa sairastui 4300 naista invasiiviseen eli tiehyt- tai rauhasperäiseen rintasyöpään. Luvut ovat suuria, ja rintasyövän ilmaantuvuus eli sairastumisvaara on ollut jatkuvassa kasvussa 1950-luvulta lähtien. Rintasyövän ilmeneminen alkaa 25. ikävuoden,

jälkeen ja lisääntyy iän myötä. Rintasyöpä on länsimaissa naisten yleisin ja yhä yleistyvä syöpämuoto. Miehillä tavataan rintasyöpää noin 20 tapaus vuodessa ja diagnostiikka noudattaa samoja periaatteita kuin naisten rintamuutokset. (Tiitinen 2010, Hakulinen 2008, 8 - 10, Sankila 2010, 1191- 1193, Sudah 2008,6-28.)

Rintasyövän ilmaantuvuus kasvaa, mutta kuolleisuus on säilynyt lähes muuttumattomana ja jopa hiukan vähentynyt. Rintasyöpään kuolleisuuden vähenemisen taustalla ovat joukkoseulonnat sekä diagnostiikan ja hoidon kehitys. Rintasyövän ennuste on sitä parempi, mitä varhaisemmassa vaiheessa se todetaan. Mammografiaseulontojen avulla on pystytty vähentämään etenkin yli 50-vuotiaiden naisten rintasyöpäkuolleisuutta. (Hakulinen 2008,8 - 10, Sankila 2010,1191 -1193.)

Etelä-Karjalassa rintasyöpäpotilaiden operatiivinen ja onkologinen hoito tapahtuu Etelä-Karjalan keskussairaалassa ja siinä noudatetaan voimassa olevaa Käypä hoitosuositusta. Käypä hoitosuositus rintasyövän hoitoon on Suomessa julkaistu ensimmäisen kerran Suomalaisen Lääkäriseuran sarjassa vuonna 2003. Käypä hoitosuositus perustuu systemaattisesti koottuun tutkimustietoon, jonka näytön asteen ja luotettavuuden ovat arvioineet Suomen Rintasyöpätyöryhmä ry: asettama työryhmä. (Käypä hoito 2009.)

Käypä hoitosuositus ovat parhaiden asiantuntijoiden laatimia yhteenvetoja sairauksien diagnostiikan ja hoidon vaikuttavuudesta. Ne eivät korvaa lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen omaa arviota yksittäisen potilaan parhaasta mahdollisesta diagnostiikasta ja hoidosta hoitopäätöksiä tehtäessä. Suositus sisältää rintasyövän hoidon peruseriaatteet, joten sen avulla myös uudet tutkimustulokset on mahdollisimman helposti asetettavissa osaksi rintasyöpähoidon kokonaisuutta. Rintasyöpähoidon suosituksia on päivitetty syksyllä 2009. (Käypä hoito 2009.)

4.1.1 Rintasyövän synty

Rintasyövän perinnöllisyys on ollut viime vuosina tiiviin tutkimuksen kohteena. Tutkimuksissa on selvinnyt, että nykytiedon mukaan 5-10 %:ssa tapauksista rintasyöpää voidaan pitää perinnöllisenä. Rintasyövän syitä ei suurelta osalta tiedetä. Taudin arvellaan olevan monisyinen ja joitain sairastumisriskiä lisääviä tekijöitä tunnetaan. Alttius rintasyövälle kasvaa, jos kolmella tai useammalla keskenään (vanhemmat, sisarukset, lapset) tai toisen asteen sukulaisella (isovanhemmat, tädit, enot sedät) on rinta- tai munasarjasyöpä ja ainakin yksi niistä on todettu alle 50-vuotiaana. (Tiitinen 2010, Pöyhönen 2010.)

Hormonaalisilla tekijöillä on merkitystä rintasyövän synnyssä. Varhainen kuumakautisten alkamisikä lisää jonkin verran riskiä sairastua rintasyöpään. Myöhään alkavat vaihdevuodet lisäävät myös sairastumisvaaraa. Lapsettomuus tai ensimmäinen synnytys yli 30-vuotiaana altistaa jossain määrin rintasyövälle. Imetyksellä on todennäköisesti rintasyövältä suojaavaa vaikutusta. Ehkäisytablettien käyttö ei näytä vaikuttavan sairastumisriskiin, mutta pitkäaikainen hormonikorvaushoito vaihdevuosi-ien jälkeen lisää jonkin verran rintasyövän vaaraa. Ylipaino vaihdevuosi-ien jälkeen altistaa rintasyövän kehittymiselle. Runsas alkoholinkäyttö on myös rintasyövän vaaratekijä. (Tiitinen 2010, Utriainen 2009.)

Edellä mainitut tekijät lisäävät tilastollista vaaraa sairastua rintasyöpään, mutta ne eivät tarkoita, että nainen, jolla on näitä riskitekijöitä, sairastuisi rintasyöpään. Yli puolella naisista, jotka ovat saaneet rintasyövän, ei ole yhtään edellä mainittua riskitekijää. (Tiitinen 2010.)

4.1.2 Rintasyövän oireet

Kaikki rinnoissa tuntuvat muutokset eivät ole syöpää. Rintarauhasessa oleva muutos eli kyhmy tai tiivistymäalue voi olla hyvänlaatuinen tai pahanlaatuinen. Keski-ikäisillä ja iäkkäillä naisilla erityisesti tunnusteltavissa oleva kyhmy on useimmiten pahanlaatuinen. Rintasyövän oireena voi olla joskus nännistä erittyvä kirkas tai verinen neste, rinnan ihon tai nännin sisäänvetäytyminen. Joka

kymmenenneltä naiselta löytyy jokin edellä mainittu oire ja diagnoosina on rintasyöpä. (Jahkola, Leidenius & von Smitten, 2010 760, 771 - 772, Käypä hoito 2009, Syöpäjärjestöt 2010.)

Rintarauhasen punoitus ja turvotus johtuu yleensä rintarauhasen tulehduksesta eli mastiitista, joka hoidetaan antibiooteilla. Joskus harvoin nämä oireet ovat syövän aiheuttamia ns. inflammatorinen rintasyöpä ja silloin tulehdus ei parane antibiooteilla. (Jahkola ym. 2010, 760, 771 - 772, Käypä hoito 2009.)

Nänninpihan ihottuma voi olla oire Pagetin taudista. Nänniin tulee karheutta, punoitusta ja hilseilyä. Muutos leviää viikkojen ja kuukausien kuluessa tarkkara-jaisena nännin ympärillä olevaan nännipihaan ja ihottuma voi kutista, poltella tai pistellä ja joissain tapauksissa se voi olla myös syövän ensi oire. Pagetin tautia esiintyy yli 40-vuotiailla naisilla, mutta hyvin harvoin miehillä. (Käypä hoito 2009, Sudah 2008, 6 - 28.)

Rinnoissa esiintyy melko usein nesterakkuloita eli kystia, kyhmyjä, jotka ovat hyvänlaatuisia muutoksia. Kaikututkimus ja mammografia tutkimukset tehdään, sillä vaikka kysta onkin hyvänlaatuinen muutos, saattaa sen yhteydessä joskus olla syöpä. Useimmiten syöpä on kivuton, mutta se voi aiheuttaa myös kipua tai pistelyn tunnetta rinnassa. (Käypä hoito 2009, Sudah 2008,6 - 28.)

Nykyisin suuri osa rintasyövistä todetaan mammografia-tutkimuksessa, vaikka nainen ei ole huomannut rinnassaan mitään erityistä. Jos mammografian perusteella voidaan epäillä syöpää, tehdään tarvittaessa kaikututkimus ja otetaan ohut- tai paksuneulanäyte muutoksen luonteen selvittämiseksi. (Käypä hoito 2009, Sudah 2008,6 - 28.)

4.1.3 Rintasyöpätyypit

Rinnassa on 15- 20 rauhasliuskaa (lobulus), jotka sidekudos erottaa toisistaan ja rauhasliuskoja yhdistävät pienet tiehyet (ductus). Suurin osa rintasyövistä alkaa tiehyen soluista ja sitä kutsutaan duktaaliseksi eli tiehytperäiseksi rintasyöväksi. Lobuluksissa, rauhasliuskoissa esiintyvää muotoa kutsutaan lobulaariseksi rintasyöväksi. Sillä on muita rintasyöpätyyppejä hieman suurempi taipumus esiintyä molemmissa rinnoissa. Muut rintasyövän kudostyypit tubulaarinen, kribriforminen, musinoosi, medulaarinen ja papillaarinen ovat harvinaisia. (Heikkilä 2008, 25 - 29, Sudah 2008, 8 - 10.)

Tiehytperäisessä rintasyövässä tavataan varhainen, ns. in situ -muoto, jossa pahanlaatuiset solut eivät ole tunkeutuneet syvemmälle rintakudokseen vaan esiintyvät tiehyen sisällä. Tämän nimi on duktaalinen karsinooma in situ (DCIS) ja tämä alkava syöpä ei lähetä etäpesäkkeitä ja sen ennuste on hyvä. Lobulaarisen rintasyövän in situ -muotoa (LCIS) ei pidetä syöpänä vaan rintasyövän vaaratekijänä. (Heikkilä 2008, 25 - 29, Sudah 2008, 8 - 10.)

4.1.4 Rintasyövän diagnoosivaiheen tutkimukset

Kun lähdetään selvittämään, onko kyseessä rintasyöpäkasvain, on tehtävä tietyt tutkimukset, joiden avulla pyritään saamaan mahdollisimman kattava kuva kasvaimesta ennen leikkauspäätöstä. Tutkimusten tavoitteena on selvittää kasvaimen koko, kudostyyppi, levinneisyysaste ja hormonireseptoritilanne. (Käypä hoito 2009, Sudah 2008, 8 - 10.)

Mammografia on ensisijainen kuvantamistutkimus ja sitä täydentävät kaikututkimus, galatografia ja rintojen magneettitutkimus. Kaikki rintasyövät eivät näy mammografiassa tai muissakaan kuvantamistutkimuksissa. Rintasyövän diagnoosi perustuu histopatologiseen tutkimiseen eli paksuneulanäytteeseen. (Käypä hoito 2009, Sudah 2008, 8 - 10.)

Mammografia eli rintojen röntgentutkimus

Rinnassa tuntuvan muutoksen perusteella mammografia on ensisijainen kuvantamistutkimus. Mammografia on rinnan röntgenkuvaus, jonka avulla tutkitaan rinnan kasvaimia ja muutoksia. Mammografia on tärkein menetelmä rintasyövän diagnosoinnissa, arvioinnissa ja seurannassa. (Reinikainen, Rissanen & Pääkkö 2004, 1373 - 1378, Sudah 2008, 8 - 10)

Mammografian tarkkuus on riippuvainen rintarauhasen tiiviydestä, ja tiivis rintarauhasen rakenne on yhteydessä lisääntyneeseen rintasyöpäriskiin. Tiiviissä rintarauhasessa rasvakudosta on vähän, ja kasvaimen on oltava vähintään 1 cm:n kokoinen, että se näkyy mammografiakuvissa. Mammografia avulla voidaan todeta rinnan sisäiset epänormaalit muutokset, kuten alkavat kasvaimet sekä muut kudostenmuutokset. (Reinikainen ym. 2004, 1373 - 1378, Sudah 2008, 8 - 10.)

Useimmissa tavanomaisissa mammografiatutkimuksissa kummastakin rinnasta otetaan kaksi kuvaa eri kulmissa. Vaikka kyhmy tuntuisi vain toisessa rinnassa, kumpikin rinta kuvataan. Jos potilas on ollut mammografiakuvauksessa aikaisemmin, lääkäri vertaa vanhaa mammografiakuvaa uuteen mahdollisten muutosten havaitsemiseksi. Osa palpoituvista rintasyöivistä voi olla mammografiassa ja UÄ:ssä negatiiviset, ja tällöin tulisi aina kliinisen mammografian yhteydessä ottaa paksuneulabiopsiat. (Reinikainen ym. 2004, 1373 - 1378, Sudah 2008.)

M

ammografiaa käytetään laajalti rintasyövän seulontatutkimuksena. Suomessa järjestetään nykyään ilmainen rintasyöpäseulonta kahden vuoden välein 50–69-vuotiaille naisille. Mammografian avulla voidaan tutkia myös muita rinnan muutoksia, kuten kystia. Kuvauksessa käytettävä röntgensäteily on ionisoivaa säteilyä, joka voi aiheuttaa säteilyhaittoja, mutta yhden kuvauksen tuottama säteilyannos on hyvin pieni. (Reinikainen ym. 2004, 1373 - 1378.)

Rintojen ultraäänitutkimus eli kaikukuvaus

Rintojen kaikukuvauksesta eli ultraäänitutkimuksesta on tullut välttämätön täy-

dentävä tutkimus rintasairauksien diagnostiikassa. Käyttöaiheita ovat rinnassa joko kliinisesti tai mammografiassa havaitun poikkeavuuden jatkoselvittely, potilaan nuori ikä (alle 30-vuotiailla ensisijainen tutkimus), raskaus, imetys, tiivis rinta, leikkauksen jälkitila, proteesirinta, kainaloimusolmukkeen laadun selvittely ja erilaisten toimenpiteiden ohjaus. (Reinikainen ym. 2004, 1373 - 1378, Sudah 2008, 8 - 10.)

Kaikukuvaus on sopiva menetelmä myös silloin, jos rinta on kivulias, on akuutti tulehdus tai on tuore leikkauksen jälkitila. Kaikukuvauksen saatavuus on hyvä, mutta tekniikka on erittäin laite- ja tekijäriippuvainen, mikä vaikuttaa tutkimusten diagnostiseen tasoon. Ultraäänellä voi löytyä näkymättömiä syöpiä, jotka eivät ole tulleet näkyviin mammografiakuvissa ja tutkimuksella voidaan selvittää rinnassa olevan kyhmyn luonnetta tarkemmin. (Reinikainen ym. 2004, 1373 - 1378, Sudah 2008, 8 - 10.)

UÄ:ssä arvioidaan muutoksen muotoa, ulkoreunoja ja kaikurakennetta. Muutoksen mahdollisiin syövän piirteisiin kuuluvat; spikulaisuus, epätarkkarajaisuus, kaikukatveisuus, pienet mikrokalkit tai huomattava niukkakaikuisuus. Löydöstä on kuitenkin arvioitava yhdessä muiden tutkimustulosten, ensisijaisesti mammografialöydöksen kanssa. (Reinikainen ym. 2004, 1373 - 1378, Sudah 2008, 8 - 10.)

Rintojen magneettikuvaus, MRI

Rintasyöpä on monimuotoinen tauti ja sen erityispiirre on monipesäkkeisyys. Rintojen MRI on vahva työväline rintasyövän diagnostiikassa, mikä johtuu erittäin korkeasta tarkkuudesta invasiivisen eli rinnan tiehytperäisen syövän toteamisessa. Rintojen MRI:tä voidaan käyttää täydentävänä tutkimusmenetelmänä silloin, kun perinteiset kuvantamismenetelmät eivät voi poissulkea luotettavasti maligniteettiä eli syövän mahdollisuutta tai radiologisesti ja kliinisesti löydösten välillä on ristiriitaa. (Sudah 2008, 8 - 10.)

Rintojen MRI on tärkeä tehdä jos epäillään lobulaarisen rintasyövän mahdollisuutta. Lopullisessa arvioinnissa tulisi ottaa huomioon kaikkien kuvantamismene-

telmien tulokset ja tarvittaessa ottaa paksuneulanäyte, PNB. Rintojen MRI on erityisen hyödyllinen silloin, kun potilaalla todetaan rintasyövän etäpesäkkeet kainalossa eikä primaarituumoria löydy mammografiassa tai UÄ:ssä. (Sudah 2008, 8 - 10.)

Rinnan paksuneulanäyte (PNB)

Kirurgisten ja onkologisten hoitovaihtoehtojen lisääntyminen edellyttävät yksityiskohtaisempia diagnooseja, jotka huomioidaan entistä enemmän ennen hoitopäätöstä. Radiologinen tutkimus, esimerkiksi mammografia tai ultraääni ei yksin riitä vahvistamaan rintasyövän diagnoosia. Epäily syövästä on vielä vahvistettava solujen mikroskooppitutkimuksella. Tätä varten tutkittavalta otetaan rinnan alueelta ohuella neulalla pieni kudoksenäyte. (Leidenius 2009, Sudah 2008.)

Aikaisemmin rintamuutoksista on otettu ohutneulabiopsia, jonka sensitiivisyys eli tarkkuus on kuitenkin selvästi matalampi kuin paksuneulabiopsiassa. Riittävä määrä näytteitä ja vääriä tuloksia tulee paksuneulanäytteistä harvemmin kuin ohutneulanäytteistä. Kudoksenäytteiden avulla epäilyttävistä muutoksista saadaan tarkka diagnoosi, jolloin seurannan tarvetta voidaan vähentää. Rintakasvainmuutoksista saadaan tarkka kudostyyppitys, hormonireseptorit ja HER-2 onkogeenin määräitys jo ennen leikkauspäätöstä. Tällöin hoito voidaan suunnitella yksilöllisesti sekä arvioida lisätutkimusten tarvetta levinneisyyden selvittämiseksi. (Leidenius 2009, 1449, Sudah 2008, 8 - 10.)

4.2 RINTASYÖPÄPOTILAAN KIRURGINEN HOITOPROSESSI KESKUSSAIRAALASSA

Terveystieteiden tutkimuksessa potilasprosessin tarkastelu on tärkeää, kun halutaan selvittää hoidon etenemistä, kestoja ja terveysongelmista aiheutuneita kustannuksia. Usein terveyspalvelujen tuottajat tunnistavat vain oman yksikkönsä hoitoprosessit eikä kenelläkään ole selvää kuvaa organisaatorajat ylittävien potilasepisodien kulusta. Terveystieteiden tutkimuksessa hoitoketjujen tarkastelu paljastaa hoitoprosessien välillä vallitsevat viiveet, kun potilaan hoito luovutetaan yhdeltä organisaatiolta toiselle. (Lillrank ym. 2004, 126 - 127.)

Hoitotyön prosessi on ajattelu- ja toimintamalli, joka etenee tarpeen määrittelystä suunnittelun kautta toteutukseen ja edelleen jatkuvaan, kriittiseen arviointiin. Tavoitteena on potilaan hyvinvointi ja yhteistyö potilaan kanssa. Vaikka puhutaan hoitotyöstä ja hoitotyön prosessista, ei hoitotyö sulje pois lääketiedettä. Lääkärit tunnistavat ensisijaisesti lääketieteellisiä ongelmia ja korostavat taudin määrittämistä, sen hoitoa ja parantamista. Sairaanhoidaja ei kohdistu huomioon pelkästään sairauteen vaan myös, mitä sairastuminen merkitsee potilaalle. (Kratz 1992,15, Sundeen, Stuart, Rankin, Cohen 1987, 16 - 17.)

Suomen sairaanhoitajaliitto määrittelee hoitotyön prosessin tarkoittavan terveen- ja sairaanhoidon ohjaavaa ajattelu- ja toimintamallia. Hoitotyön prosessimenetelmä toimii hoitotyön suunnittelun jäsentäjänä, ja tarpeiden määrittämisen pohjalta suunnitellaan ja toteutetaan hoitoa sekä arvioidaan sen tuloksia. Hoitaminen on yhteistyötä ja koordinoitua eri ammattiryhmien välillä. (Hallila 1998, 41.)

Opinnäytetyössäni kuvataan Etelä- Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus- sairaalan rintasyöpäpotilaan kirurgisen hoitoprosessin hoitotyön prosessimallin avulla rintasyöpälähetteen saapumisesta onkologisen lähetteen lähettämiseen asti.

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden piirissä on tehty päätös yhtenevästä käytännöstä rintasyövän hoidossa potilaan lähettämiseksi erikoissairaanhoidon. Ennen potilaan lähettämistä erikoissairaanhoidon potilaalle on tehtävä seuraavat tutkimukset: mammografia ja rinnan ultraäänitutkimus. Tarvittaessa potilaalta on otettu paksuneulanäyte, josta on käytettävissä patologinen vastaus. Lähetepalautetaan, ellei vaadittavia tutkimuksia ole suoritettu. (Juntunen 2010.)

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden piirissä olevat terveyskeskukset ostavat mammografian kuvastamispalvelut ostopalveluna Lappeenrannasta yksityiseltä palveluntuottajalta. Keskussairaalassa ei ole resursseja tehdä koko piirin mammografia tutkimuksia. Kuvastamisyksikön röntgenlääkäri tekee mammografian ja tarvittaessa

rintojen ultraäänitutkimuksen ja ottaa tarvittaessa paksuneulanäytteen. (Juntunen 2010.)

Paksuneulanäytteen vastauksessa menee keskimäärin noin viikko. Röntgenlääkäri lähettää patologisen vastauksen potilaalle kotiin. Röntgenlääkäri tekee lähetteen keskussairaalaan kirurgian poliklinikalle tai lähettää potilaan tarvittaessa lisätutkimuksiin keskussairaalaan, jossa voidaan ottaa paksuneulanäyte sterotaktisessa ohjauksessa. (Juntunen 2010.)

Rintasyövän kirurginen hoito

Käypä hoitosuositus rintasyövän hoitoon on Suomessa julkaistu ensimmäisen kerran Suomalaisen Lääkäriseuran sarjassa vuonna 2003 ja suositusta on päivitetty viimeksi syksyllä 2009. Suositus sisältää rintasyövän hoidon perusperiaatteet, joten sen avulla myös uudet tutkimustulokset on mahdollisimman helposti asetettavissa osaksi rintasyöpähoidon kokonaisuutta. (Käypä hoito 2009.)

Suosituksen mukaan rintasyövän hoito suositellaan keskitettäväksi yksiköihin, joissa työskentelee radiologian, patologian, kirurgian, plastiikkakirurgian ja syöpätautien erikoisaloja edustava hoitotiimi. Myös The European Society of Mastology (EDUSOMA) suosittaa rintasyöpään erikoistuneiden yksiköiden hoitavan vähintään 150 uutta rintasyöpätapausta vuosittain. Hoidon tulee EDUSOMA:n antamien suositusten mukaan perustua tiimityöhön, jossa eri alojen asiantuntijat toimivat yhdessä. Erikoistuneissa yksiköissä tulokset ovat parempia niin teknisesti kuin kosmeettisestikin. (EDUSOMA 2000, Pagano 2003.)

Rintasyöpäpotilaan kirurginen hoitoprosessi on moniammatillista yhteistyötä ja hyvällä yhteistyöllä pyritään hoitamaan potilas kokonaisvaltaisesti. Kerran viikossa kokoontuva rintakokous koostuu moniammatillisesta yhteistyöryhmästä: rintarauhaskirurgi, radiologi, patologi, onkologi, rintahoitaja ja syöpäsairaanhoitaja suunnittelevat yhdessä rintasyöpäpotilaan hoitoa. (Juntunen 2010.)

Nykyisin rintasyöpää hoidetaan leikkauksen, sädehoidon ja lääkehoidon avulla. Syövän sijaintipaikan, koon ja näytteiden laadun perusteella valitaan rin-

tasyöpöpotilaalle sopivin leikkaustekniikka, joko rinnan osapoisto tai koko poisto. Rinnan osapoisto tarkoittaa, että rinnan kasvain poistetaan riittävin tervekudsmarginaalein. Rinnan osapoistoleikkaus yhdistettynä sädehoitoon johtaa yhtä hyvään eloonjäämisennusteeseen kuin koko rinnan poisto. Sädehoito vähentää syövän paikallista uusiutumiseriskiä. (Jahkola 2009, Käypä hoito 2009.)

Rinta poistetaan, jos kasvaimen läpimitta on suuri rinnan kokoon nähden, potilaalla on tulehduksellinen rintasyöpä, rinnassa on useita kasvaimia etäällä toisistaan tai osapoistoleikkauksella ei saada riittävää terveen kudoksen aluetta tai potilas toivoo itse koko rinnan poistoa. Vaikka koko rinta poistetaan, voidaan joutua antamaan sädehoitoa. Leikkauksen tavoite on mahdollisimman hyvä toiminnallinen ja kosmeettinen tulos huomioiden potilaan toiveet, ikä ja muut sairaudet. Kirurgisen hoidon laatu vaikuttaa sekä potilaan eloonjäämisennusteeseen että elämänlaatuun. (Jahkola 2009, Käypä hoito 2009.)

Rintasyöpäkirurgiassa rinnan osapoisto tehdään yli puolelle kaikista rintasyöpäleikkauksista. Samalla selvitetään kasvaimen laajuus rinnassa sekä mahdollinen metastasointi eli onko kasvain lähettänyt etäpesäkkeitä kainalon imusolmukkeisiin eli vartijaimusolmukkeeseen, johon imuneste tietyltä alueelta ensin kulkeutuu. Jos syöpä on lähtenyt leviämään imuteitse, se löytyy todennäköisemmin ensin vartijaimusolmukkeesta. Näin saadaan tietoa taudin ennusteesta ja voidaan arvioida liitännäishoitojen tarve. (Jahkola 2009, Leidenius 2004.)

4.2.1 Hoidon tarpeen määrittely

Etelä-Karjalan keskussairaalassa noudatetaan voimassa olevia käypä hoitosuosituksia. Syksyllä 2010 keskussairaalassa aloitti uusi rintarauhaskirurgi. Rintasyöpöpotilaan hoidon tarpeen määrittely alkaa lähetteen saavuttua joko sähköisessä muodossa tai paperiversiona kirurgian poliklinikalta, josta kirurgian ylilääkäri jakaa lähetteet kirurgian eri erikoisalojen mukaan. Rintarauhaskirurgi katsoo lähetteet ja tekee niihin tarvittavat määräykset, jotka rintasyöpähoitaja toteuttaa.

Rintarauhaskirurgi voi määrätä lisätutkimuksia, jotka toteuttaa rintasyöpähoitaja. Kun rintarauhaskirurgi ei ole työssä, rintasyöpähoitaja huolehtii ja tarkistaa läheteiden kiireellisyyden ja tekee tarvittaessa lisätutkimuspyynnöt ja huolehtii potilaat näihin tutkimuksiin. Epäselvissä tilanteissa rintasyöpähoitaja voi konsultoida röntgenlääkärinä tai tarvittaessa soittaa rintarauhaskirurgille.

Rintasyöpähoitaja soittaa potilaille lisätutkimusten tarpeellisuuden ennen vastaanottoa. Potilaat pitävät hoitajan soittoa ennen vastaanottoa pääsemistä mielekkäänä yhteydenottona, koska odottaminen lisää jännitystä ja asiaa voidaan jo osittain työstää puhelimesta. Kokemuksestani olen huomannut, että potilaat, joiden kanssa olen keskustellut puhelimesta ennen vastaanottoa, ovat huomattavasti enemmän sisäistäneet asiaa ja vaikuttavat rauhallisemmilta. Tämän seurauksena vastaanotolla myös asioiden ymmärtäminen on mahdollisesti helpompaa.

Rintasyöpäpotilaiden läheteet tulevat poliklinikalle usein jaksoittain. Tähän vaikuttavat esimerkiksi rintasyöpäseulontojen ajankohdat Etelä - Karjalan sosiaali- ja terveystieteissä, jolloin tarve poliklinikka- ja leikkausajoille voi lyhyessä ajassa moninkertaistua. Rintasyöpäpotilaille leikkaushoito pyritään järjestämään mahdollisimman pian, yleensä viikon kahden sisällä läheteen saapumisesta. Maanantaisin rintarauhaskirurgi pitää vastaanoton rintasyöpähoitajan kanssa. Vastaanottokäynnillä potilas saa tiedon tulevasta leikkauksesta, ja yleensä potilas leikataan jo seuraavana päivänä, tiistaisin on operatiivinen eli leikkauspäivä. Keskiviikkoisin rintarauhaskirurgi leikkaa päiväkirurgian yksikössä.

4.2.2 Hoidon suunnittelu

Kun rintasyöpäpotilaalle on tehty riittävät tutkimukset ja niistä on vastaukset valmiina, potilaan asia käsitellään aina ensin, viikoittain kokoontuvassa rintasyöpäkokouksessa. Rintakokoukseen osallistuvat radiologi, patologi, rintarauhaskirurgi, syöpätautien lääkäri ja rintahoitaja, ja lisäksi syöpäsairaanhoitaja tuli mukaan kokouksiin syksyllä 2010.

Kokouksessa voidaan suosittaa, että potilaalle tehdään lisätutkimuksia, esimerkiksi rintojen magneetitutkimus. Etelä-Karjalassa ei ole toistaiseksi saatavilla tätä tutkimusta ja potilaat lähetetään tutkimukseen Joensuuhun. Rintarauhaskirurgi soittaa itse Joensuun keskussairaalan röntgenlääkärille ja sopii tutkimuksen ja sieltä lähetetään aika potilaalle kotiin. Rintasyöpähoitaja huolehtii tarvittavat asiakirjat potilaalle kotiosoitteeseen.

Jokaisen ammattiryhmän edustaja toimii asiantuntijana ja yhteistyössä potilaan/asiakkaan hyvinvoinnin edistämiseen. Rintasyöpäkokous antaa suosituksen potilaan hoitosuunnitelmasta, minkä jälkeen potilaalle annetaan aika kirurgian poliklinikalle. Tämän ajan potilaalle ilmoittaa rintasyöpähoitaja yleensä puhelimitse ja lähettää tarvittaessa ajanvarauskirjeen potilaalle. Rintasyöpähoitaja kertoo puhelinkeskustelussa tulevasta vastaanottokäynnistä ja mahdollisesta leikkauksesta ja ohjaa potilaan varaamaan riittävästi aikaa vastaanottokäynnille.

4.2.3 Hoidon toteutus

Potilaalla voi olla jo tieto syöpädiagnoosista, mutta diagnoosin varmentumisen kertoo hoitava lääkäri vastaanottokäynnillä. Poliklinikkakäynnillä rintarauhaskirurgi keskustelee potilaan kanssa leikkaustavasta, leikkauksen kulusta ja jatko-toimenpiteistä. Rintarauhaskirurgi haastattelee potilaan vastaanotolla ja esitiedot käydään läpi, potilas tutkitaan ja leikkaustarpeen arviointi sekä mahdollisen leikkausmenetelmän valinta tehdään. Uusi rintarauhaskirurgi otti käyttöön esitietolomakkeen rintasyöpäpotilaille. Esitietolomake on kuvattu liitteessä 2. Lomake sujuvoittaa potilaan vastaanotolla käyntiä ja säästää aikaa. Ennen lopullista hoitopäätöstä kuullaan myös potilaan näkemys hoitosuunnitelmasta. (LIITE 2)

Myös kaikki hyvänlaatuiset rintakasvaimet tai -muutokset katsotaan ainakin kerran kirurgian poliklinikalla. Tämän jälkeen potilas jää seurantaan keskussairaalaan tai siirtyy normaalin seulonnan piiriin.

Vartijaimusolmuketutkimus

Vartijaimusolmuketutkimus on yksi tärkeä osa rintasyövän kirurgisessa hoidossa. Paikallistamalla vartijaimusolmukkeet ja tutkimalla ne histologisesti poiston

jälkeen voidaan selvittää, onko syöpä levinnyt imuteitse laajemmalle elimistölle. Gammakuvaus on isotooppilääketieteen tutkimusmenetelmä ja Imusolmukkeiden poistoon liittyviin päätöksiin vaikuttaa rintasyövän levinneisyys. Vartijaimusolmuke on määritelmän mukaan ensimmäinen imusolmuke, johon imuneste ja sen mukana syöpäsolut tulevat suoraan tuumorista. (Jahkola 2009, Koskinen & Savolainen 2003, 40 - 48.)

Metastasoinnin eli etäpesäkkeiden oletetaan tapahtuvan ensin vartijaimusolmukkeeseen. Jos kainalon vartijaimusolmuke on terve, oletetaan, että muutkin solmukkeet ovat terveitä. Vartijaimusolmukkeita voi olla yksi tai useampia. Ne sijaitsevat useimmin saman puolen kainalossa, mutta joskus myös kainalon ulkopuolella. (Leidenius 2004.)

Gammakuvauksessa eli vartijaimusolmukekuvauksessa radioaktiivista merkkiainetta ruiskutetaan joko kasvaimen tai sen viereen. Merkkiaine hakeutuu imuteitä pitkin vartijaimusolmukkeeseen. Radioaktiivisen merkkiaineen lähettämää gammasäteilyä vastaanotetaan gammakameralla ja sen avulla saadaan paikallistettua ja merkittyä vartijaimusolmukkeet. Tutkimusta voidaan käyttää myös, kun potilaalla on laaja-alainen intraduktaalinen karsinooma eli pahanlaatuisen syöpäkudos vain rintatiehyiden sisällä ja leikkauksella poistetaan koko rinta. (Leidenius 2004.)

Vartijaimusolmuketutkimuksesta ei ole hyötyä silloin, kun tiedetään syövän levinneen jo kainaloimusolmukkeisiin. Jos vartijaimusolmukkeesta löydetään syöpäsoluja, tehdään kainaloevakuaatio eli kaikkien kainalon imusolmukkeiden poisto. Etelä-karjalan keskussairaalassa vartijaimusolmuke gammakuvaus tehdään leikkausta edeltävänä päivänä kliinisen fysiologian laboratorion osastolla. (Leidenius 2004.)

Lankamerkkaus

Lankamerkkaus suoritetaan leikkauispäivääamuna ja tutkimuksen tarkoituksena on mammografialaitteen avulla merkitä kasvain langalla ja erityisen tärkeää se on silloin, kun kasvainta ei tunne sormilla. Leikkausta ennen tehtävä kasvaimen

lankamerkkkaus tehdään, jotta leikkauksessa kirurgi voi paikallistaa sen ja poistaa kasvaimen. Lankamerkkkauksen tekee mammografiaa apuna käyttäen röntgenlääkäri. On tärkeää, että tutkimushetkellä on käytettävissä vertailua varten aikaisemmat mammografiakuvat. (Juntunen 2010.)

Rintasyöpäpotilaan hoito osastolla A8 keskussairaalassa

Rintasyöpäpotilaiden hoito on keskitetty keskussairaalassa kirurgiselle osastolle A8. Yksikössä hoidetaan useita kirurgista hoitoa vaativia potilaita, mm. ortopedisiä ja korvapotilaita, gastrokirurgisia ja rintasyöpäpotilaita. Osasto on juuri avattu remontin jälkeen ja potilaspaikkoja on 14.

Potilaat saapuvat osastolle leikkauspäivän aamuna. Keskimääräinen hoitoaika yksikössä on noin yksi tai kaksi vuorokautta. Lisäksi pieniä rintaleikkauksia tehdään päiväkirurgisessa yksikössä. Vuodeosastolla potilaiden hoidosta vastaa työvuoron aikana yksi sairaanhoitaja. Vuonna 2009 yksikössä hoidettiin noin 100 rintasyöpäpotilasta. Hoitajien resurssit vastata potilaiden odotuksiin esimerkiksi keskustelusta tai lisäohjauksesta ovat ajoittain kiireen takia rajoittuneet, ja lisäksi potilaita on usein ylipaikoilla. Kaksi osaston sairaanhoitajaa toimii rintasyöpäpotilaiden vastuuhoidajina.

Potilaat kotiutetaan yleensä leikkauksen jälkeen seuraavana päivänä, mutta huomioidaan jokaisen potilaan yksilöllinen toipuminen. Kotiutuspäivänä potilaan luona käy syöpäsairaanhoitaja, joka kertoo jatkohoidosta. Kuntohoitaja käy antamassa voimisteluohjeet ja antaa ohjeet myös kirjallisena, myös sosiaalityöntekijä käy potilaan luona.

4.2.4 Hoidon arviointi

Prosessilähtöisessä organisaatiossa resurssit ryhmitellään niiden prosessien ympärille, jotka tuottavat asiakkaalle arvoa. Prosessikeskeisyyttä pidetään myös asiakaskeskeisyytenä. Painopiste ei ole yksittäisen toimenpiteen tai operaation tehokkaassa tai laadukkaassa suorituksessa vaan kokonaisuuden sujuvuudessa. Onnistumista mitataan asiakastyytyvyydellä joustavuudella ja läpimenoajalla. (Lillrank ym. 2004, 92 - 93.)

Rintasyöpäpotilaiden elämänlaatua pro gradu - tutkielmassaan 2004 selvittänyt Laipio kuvaa 15D - mittarilla psyykkisen ahdistuksen ulottuvuuden käyrien jyrkästi nousevana poliklinikka käynnin jälkeen. Yllättävää oli, ettei potilaiden elämänlaadussa todettu Laipion tutkimuksen mukaan muutosta leikkaukseen odotusaikana. Toisaalta odotusaika leikkaukseen oli tutkimuksen suorittamisajankohtana keskimäärin vain viisi vuorokautta, ja potilaan elämänlaadun muutokset tulivat siksi tilastollisesti merkitseviksi vasta pidemmällä aikavälillä tarkasteltuna. Syöpädiagnoosi ja syövän hoitoa koskeva tieto luo Laurin ja Sainion (1996) mukaan perustan syöpäpotilaan sopeutumisprosessille sekä selviytymiselle sairaudesta.

Nykypäivänä potilaat ovat hyvin tietoisia omaan terveyteen liittyvissä asioissa ja haluavat myös vaikuttaa ja osallistua omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin. Myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) velvoittaa antamaan potilaalle tietoa, jotta hän pystyy osallistumaan ja vaikuttamaan omaan hoitoonsa ja tekemään siinä myös itse päätöksiä. (Hautakangas, Horn, Pyhälä - Liljeström, Raappana 2003, 58.)

Leikkaushoidon jälkeen potilaan jatkosuunnitelma laaditaan rintasyöpäkokouksessa patologin lausuntojen valmistuttua. Keskimäärin vastausten valmistumiseen menee noin neljä viikkoa. Kokouksen jälkeen ne potilaat, joille on tehty rinnan osapoistoleikkaus, kutsutaan jälkitarkastukseen kirurgian poliklinikalle. Poliklinikkakäynnillä käydään potilaan kanssa läpi jatkohoitosuunnitelmat. Rinnan kokopoistoleikkauksessa olleiden potilaiden jälkitarkastus tehdään ensimmäisellä syöpäpoliklinikkakäynnillä.

Toisinaan potilailla voi leikkauksen jälkeen olla ongelmia esimerkiksi haavan paranemisen tai serooman eli leikkauksen jälkeinen eritteen muodostuksen takia. Osa näistä potilaista käy ylimääräisellä vastaanotolla joko rintasyöpähoitajan, lääkärin tai haavahoitajan vastaanotoilla. Mikäli potilaalle suunnitellaan onkologisia jatkohoitoja, hänen hoitonsa jatkuu tästä eteenpäin syöpätautien yksikössä. Kirurgian poliklinikalla hoito päättyy tähän.

4.3 RINTASYÖPÄHOITAJAN TOIMENKUVA KESKUSAIRAA- LASSA ETELÄ-KARJALAN SOSIAALI- JA TERVEYSPIIRISSÄ

Terveydenhuoltoon suunnatut voimavarat on saatava mahdollisimman tehokkaaseen käyttöön. Tehokkuus tarkoittaa, että terveydenhuollon organisaatiot tuottavat resursseihin nähden maksimaalisesti suoritteita ja että suoritteet ovat laadukkaita eli vallitsevien käypä hoitosuosituksen tai muiden yleisesti hyväksytyjen kriteereiden mukaisia. Potilas ei halua odotella turhaan hoitoon pääsyä, diagnoosin tekoa eikä toimenpiteitä. Terveydenhuolto on palvelutuotantoa, johon voi soveltaa elinkeinoelämässä hyväksi havaittuja johtamismenetelmiä.

(Lillrank ym. 2004, 126 - 127.)

Lääkärien saatavuus vaatii tehtäviensirtojen tekemistä lääkäriltä sairaanhoitajille, ja asiantuntijahoitajien kouluttaminen on ensiarvoisen tärkeää. Helle- Kuusjoki (2005) pro gradu - tutkimuksessa on tulevaisuudessa tavoitteena asiantuntijahoitajien saatavuus etenkin potilaan hoidon kannalta keskeisimmissä toimipisteissä. Asiantuntijuuden avulla on tarkoitus saada hoitotyön yhtenäinen linjaus rintasyöpäpotilaan hoitoon ja vahvistaa asiantuntijan osaamista. Sairaanhoitajan rooli tulee korostumaan entisestään. Viime vuosina rintasyövän kirurginen hoitoaika on lyhentynyt. Tämän vuoksi potilasta kohden annettu aika on lyhyt ja sairaanhoitajan rooli tuen ja ohjauksen antajana korostuu.

Vuorisen 2005 tekemässä pro gradussa tutkija toi esiin tarpeen tiedon saannin merkityksestä, ja lisäksi Vuorinen näki tutkimuksessaan sairaanhoitajan vastaanottotoiminnan merkityksellisenä. Vuorisen mukaan sairaanhoitajien vastaanottotoimintaa tulisi suunnata sellaisille potilasryhmille, jotka ovat juuri saaneet tiedon sairaudesta ja tarvitsevat hoitajan erityistä tukea. Mielestäni tällainen suuri potilasryhmä ovat rintasyöpädiagnoosin saaneet ja leikkaushoitoon pääsyä odottavat potilaat. Kyseisen potilasryhmän hoito ja ohjaus edellyttää asiantuntijasairaanhoitajan erityisosaamista, ja tämä tutkimus osoittaa, kuinka tärkeä on rintasyöpähoitajan rooli kirurgian hoitoprosessissa. Vuorisen mukaan hoitajavastaanotoilla tulee kuitenkin aina olla mahdollisuus lääkärin konsultatioapuun, joka ei tällä hetkellä kaikilta osin toteudu. Myös Härkönen (2005) ku-

vaa tutkimuksessaan potilaiden olleen hoitajavastaanotoilla tyytyväisiä hoitajien ammatilliseen pätevyyteen ja saamaansa hoitoon.

Näyttöön perustuva hoitotyö haastaa jokaisen hoitotyöntekijän, jonka pyrkimyksenä on edistää potilaiden hyvää oloa, miettimään oman toimintansa perusteita. Enää toiminta ei voi perustua vakiintuneisiin hoitamisen tapoihin, kliinisiin käytänteisiin tai oppi- ja ohjekirjojen tietoon, vaan tutkittuun tietoon. (Lauri 2003, 17 - 18.)

Näyttöön perustuva hoitotyö (engl. evidence based nursing) tarkoittaa ajan tasalla olevan tiedon arviointia ja käyttöä yksittäisen potilaan, potilasryhmän tai väestön terveyttä ja hoitoa koskevassa päätöksen teossa ja itse toiminnan toteutuksessa. Näyttöön perustuva hoitotyö on prosessi, jossa tutkimustuloksia ja muuta asiantuntija- ja asianosaistietoa hyödynnetään käytännössä. Laadukas toiminta on näkyvää, julkista ja se on perusteltavissa. Näyttöön perustuva hoitotyö korostaa menettelyä, jossa tehdään oikeita asioita oikealla tavalla oikealle potilaalle oikeaan aikaan. Näyttöön perustuva hoitotyö antaa parhaan ajan tasalla olevan tiedon tarkkaa, arvioitua systemaattista käyttöä jokaisen potilaan hoitomenetelmien valinnassa. (Leino- Kilpi & Lauri 2003, 7, Hallila 2005, 10.)

Rintasyöpähoitajan työ

Kun rintasyöpäpotilas tulee kirurgian poliklinikalle, hän keskustelee ensin rintarauhaskirurgin kanssa ja vastaanottoaika on kestoltaan noin puoli tuntia. Lääkärin käynnin jälkeen potilaalla on tieto tulevasta leikkauksesta joko rinnan osapoisto tai rinnan koko poisto. Tämän jälkeen potilas siirtyy keskustelemaan rintasyöpähoitajan kanssa. Potilaalla toivotaan olevan tukihenkilö (puoliso, omainen, ystävä) mukana vastaanotolla. Rintasyöpähoitajan toimenkuvan tärkein tehtävä on rintasyöpäpotilaiden ohjaaminen tulevaan leikkaukseen ja henkisen tuen antaminen.

Hoidon suunnitteleminen ja tulevien tapahtumien ennalta läpikäyminen yhdessä potilaan kanssa antaa hänelle kuvaa siitä, miten hoidon on tarkoitus edetä. Potilasohjauksen keskeisin haaste on juuri oikeanlaisen tiedon välittäminen potilaal-

le huomioiden hänen omat lähtökohtansa. Jokaisessa potilasohjauksessa korostuvat sairaanhoitajan persoonalliset taidot ja luovuus. Rintasyöpäpotilas saa leikkauspäivän hyvin nopeasti ja lyhyessä ajassa paljon tietoa. Tieto rintasyöpästä on aina suuri järkytys potilaalle, ja se koskettaa niin monella tavoin naise-
na olemista ja kehon kuvan eheyden tuntemista. Tällöin potilas tarvitsee ennen leikkausta tietoa sairaudesta, sen hoitomahdollisuuksista ja paranemisennusteesta. (Jokelainen 2007, 7 - 9, Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6 - 9, Ohtonen 2006. 3.)

Potilaan ohjaaminen alkaa jo siitä, kun rintasyöpähoitaja lähettää hänelle kutsukirjeen kotiin. Potilaan tulee saada riittävästi tietoa tilanteesta, että hän pystyy päättämään hoidostaan. Kirjallisen potilasohjeen tehtävänä on antaa potilaalle tietoa tulevasta toimenpiteestä. Tieto auttaa potilasta orientoitumaan tulevaan leikkaukseen ja valmistautumaan siihen. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 25.)

Muuttuneet hoitokäytännöt ja nopea kotiutuminen leikkauksen jälkeen ovat lisänneet kirjallisten potilasohjeiden tärkeyttä. Potilasohjeet eivät korvaa suullista ohjausta, mutta tukevat sitä ja potilas voi kotona palata ohjausasioihin. Kirjallisten ohjeiden rinnalle on tulossa verkkoviestintä. Potilaat voivat käydä hakemassa itselleen sopivat ohjeet sairaalan verkkosivuilta. (Torkkola ym. 2002, 8.)

Kun potilasohje sisältää käytännön toimintaohjeita, on tärkeää, että potilaalle selviää heti, että ohje koskee häntä ja sisältää sen tiedon, jota hän tarvitsee. Tiedon tulee olla ajantasaista, virheetöntä ja selkeää. Hyvä potilasohje antaa vastaukset kysymyksiin, miksi, miten, missä, mitä ja milloin. Tietoa on oltava sopivasti ja ohjeen loppuksi on ilmoitettava paikka, johon potilas voi ottaa yhteyttä, mikäli hänelle on kysyttävää. (Lampinen & Matilainen 2005, 50.)

Opinnäytetyön lisäksi olen tehnyt rintasyöpäpotilaan kirjalliset ohjeet rintaleikatuille potilaille: rinnan osapoisto- ja rinnan kokopoisto-ohje. Ohjeet löytyvät sairaalan verkkosivuilta. Potilasohjeet on kuvattu liitteissä 3 ja 4. (LIITTEET 3 ja 4)

Rintasyöpähoitajalle on keskitetty kokonaisuutena kaikki rintasyöpäpotilaan hoidonvaraukset; laboratorio- ja röntgentutkimukset mm. vartijaimusolmuketutkimus, leikkausta edeltävä rintakasvaimen lankamerkkkaus ja keuhkokuva. Rintasyöpähoitaja antaa ohjauksen valitun leikkaustavan mukaan. Jos on tiedossa, että potilas menettää kokonaan rintansa, rintahoitaja esittelee ensiproteesin vastaanotolla ja kertoo potilaalle, että hän saa osastolta kotiutusvaiheessa oman ensiproteesin. Rintahoitaja informoi potilasta rintaproteesin hankinnasta. Rintahoitaja kirjoittaa ja lähettää potilaalle makusitoumuksen leikkauksen jälkeen kotiosoitteeseen.

Potilasohjaus edellyttää tutkitun ja hyväksi havaitun tiedon käyttöä. Ohjaus kulkee asiakassuhteessa punaisena lankana koko hoitoprosessin ajan (Ohtonen 2006, 3.) Onnistunut potilasohjaus vähentää myös potilaiden yhteydenottoa hoitopaikkaan hoitajakson jälkeen. Sairaanhoidajien hyvä koulutus, vankka teoria-tieto, hyvät hoitokäytännöt ja vuorovaikutustaidot takaavat onnistuneen lopputuloksen. Ohjauksessa korostuvat sairaanhoidajan persoonalliset taidot ja luovuus. Potilasohjauksesta voi herkästi tulla pelkkä välttämätön rutiini kaiken kiireen keskellä. Kun ohjaa potilasta, sairaanhoidajan tulee muistaa, että potilaalle ja asiakkaalle tilanne on ainutkertainen ja jännittäväkin ja mikään ohjaustilanne ei ole samanlainen. (Jokelainen 2007, 7 - 9, Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6 - 9, Ohtonen 2006. 3.)

Perioperatiivinen hoidon ohjaus

Perioperatiivinen hoito - käsite otettiin käyttöön Yhdysvalloissa 1978 *Operating Room Nursing* sijaan kuvaamaan leikkausta edeltävää, leikkauksenaikaista ja leikkauksen jälkeistä vaihetta kirurgisen potilaan hoidossa. Perioperatiivinen hoitoajattelu perustuu perioperatiiviseen hoitoajatteluun, jonka lähtökohtana ovat hoitotyön humanistiset ja holistiset arvot. Näiden arvojen soveltaminen perioperatiiviseen hoitotyöhön kuvaa millaista on pyrkiä potilaan hyvään perioperatiiviseen hoitotyöhön. Potilaan preoperatiivisella hoidolla tarkoitetaan potilaan ohjaamista tulevaan leikkaukseen. Perioperatiivinen hoitoprosessi jaetaan pre-, intra- ja postoperatiiviseen vaiheeseen eli leikkausta edeltävään, leikkaukseen

ja leikkauksen jälkeiseen hoitoon. (Korte, Rajamäki, Lukkari & Kallio 2000,14 - 16.)

Nykyaikainen perioperatiivinen hoito on monoammattillista yhteistyötä. Hoitoaikojen lyhentyessä korostuu potilaan hyvän ja laadukkaan ohjauksen merkitys. Nykyisin potilaat ovat hyvin tietoisia omaan terveyteen liittyvistä asioista ja haluavat vaikuttaa ja osallistua oman hoitoon koskeviin päätöksiin. (Hautakangas ym. 2003, 58.)

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden rintasyöpäpotilaan kirurginen hoitoprosessi kuvataan liitteessä 5.

Rintasyöpähoitajan rooli kirurgisessa prosessissa

Rintasyöpäaiheisiin koulutuksiin osallistuessani olen verkostoitunut eri puolella Suomessa toimivien rintahoitajien ja/tai rintasyöpähoitajien kanssa. Rintasyöpän hoidossa auttaa, että Suomessa on hyvät hoitoketjut ja verkostoituneet lääkärit. Tieto saavuttaa nopeasti ja yhteistyö toimii. Useissa Suomen sairaaloissa sairaanhoitaja toimii rintahoitajana tai rintasyöpähoitajana. Suomen sairaaloissa noudatetaan rintasyöpäpotilaiden hoidossa käypä hoidon suosituksia.

Rintakokoukset toimivat ja niihin osallistuu moniammatillinen yhteistyötiimi (radiologi, patologi, rintarauhaskirurgi, onkologi, rintahoitaja ja syöpäsairaanhoitaja). Rintahoitaja pitää osastolla potilaiden neuvontavastaanottoa ja toimii yhteyshenkilönä osaston ja eri yhteistyötahojen välillä

Rintasyöpähoitajalla on tärkeä osuus kirurgisen rintasyöpäpotilaan hoitoprosessissa. Rintasyöpähoitaja toimii rintarauhaskirurgin työparina. Rintasyöpähoitajan toimenkuvaan kuuluvat myös plastiikkakirurgisten rintapotilaiden hoidonvaraukset ja heidän ohjaamisensa tulevaan leikkaukseen.

Rintasyöpähoitajan työn tärkeys korostuu, koska rintarauhaskirurgi toimii tällä hetkellä vain osa-aikaisena. Rintasyöpähoitaja toimii asiantuntijanahoitajana rintasyöpäpotilaan hoidon koordinoijana ja on potilaiden saatavilla arkipäivisin.

Kun hoidon koordinointi on keskitetty yhdelle hoitajalle, on rintasyöpäpotilaiden hoito saatu hallintaan.

Rintasyöpähoitajan työ on osa-aikainen ja alkuviikko on pyritty järjestämään niin, että hoitaja saa järjestellä ja huolehtia rintasyöpäpotilaiden asioita. Rintasyöpäpotilaiden lääkärin vastaanotto on aina maanantaisin ja samalla käynnillä rintasyöpähoitaja tekee preoperatiivisen ohjaamisen. Rintasyöpähoitaja huolehtii kaikki rintasyöpäpotilaiden asiat viikoittaiseen rintakokoukseen.

Rintasyöpähoitaja ei hoida vain rintasyöpäpotilaita, vaan toimii eri puolella kirurgian poliklinikkaa endoskopiaissa, preoperatiivisena hoitajana sekä urologin poliklinikalla. Puhelinliikenne ohjataan kirurgian poliklinikan palvelukeskukseen, josta sihteeri laittaa yhteydenottopyynnön yleiskirurgian puhelinkirjalle, ja rintasyöpähoitaja soittaa potilaalle samana päivänä tai viimeistään seuraavana päivän aikana.

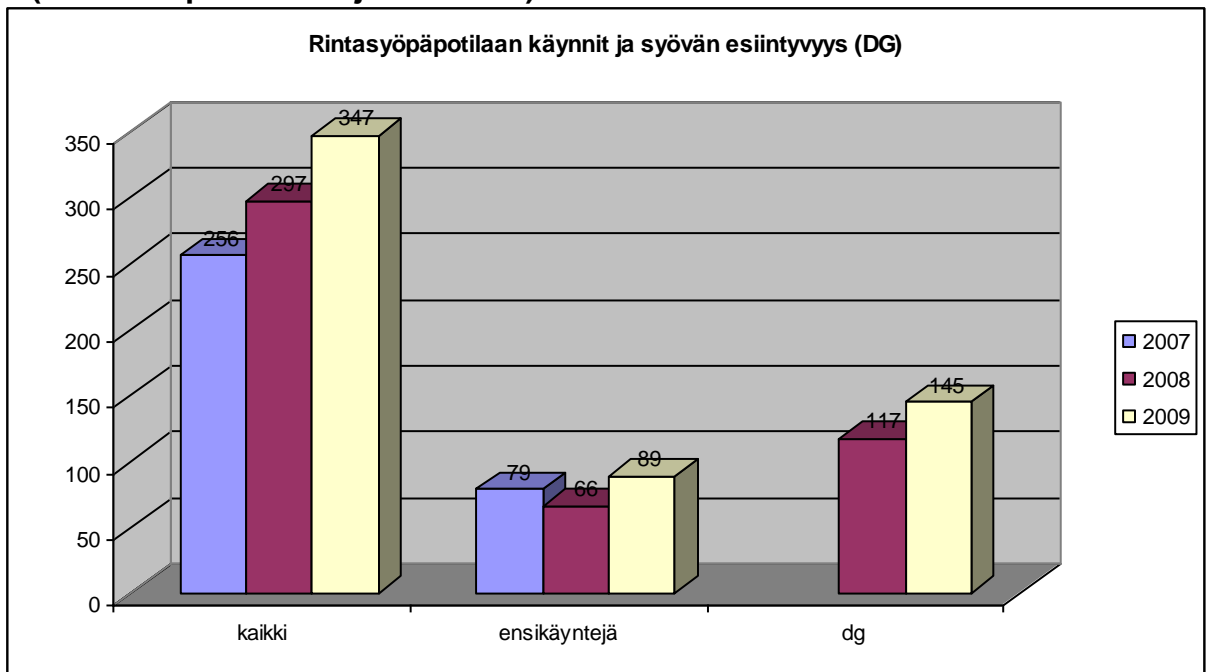
Tulevaisuudessa rintasyöpähoitajan rooli tuen ja ohjauksenantajana tulee korostumaan entisestään, sillä viime vuosina rintasyövän kirurginen hoito on tehostunut ja tämän vuoksi potilasta kohden annettu aika on lyhentynyt. Tärkeää on asiakkaan ja hoitajan aito kohtaaminen. Hyvä asiakassuhde syntyy asiakkaan tarpeista ja toiveista, mutta tärkeää on myös hyödyntää käytettävissä olevaa tutkimustietoa, asiantuntijan kokemuksesta ja toimintaympäristöstä. (Jokelainen 2007, 7- 9, Tuppurainen 2008, 8 - 9.)

Rintasyöpähoitaja pyrkii huomioimaan potilaan toiveet ja sanaton viestintä ohjaa hyvin paljon ohjauksen sisältöä. Asiat voivat olla ensikertalaiselle hyvin vieraita ja potilas jännittää leikkausta ja syöpädiagnoosin tieto lisää ahdistusta tässä tilanteessa. Ohjaustilanteessa pelkkä kuunteleminen voi edesauttaa potilaan selviytymistä leikkauksesta. (Jokelainen 2007, 7 - 9.)

Rintasyöpähoitajan työ kirurgisessa prosessissa on lisännyt toiminnan sujuvuutta ja korostaa asiakaslähtöisyyttä ja potilaan hoidon kokonaisuus on paremmin hallinnassa. Rintasyöpähoitajan työssä pidän tärkeänä tiettyä herkkyyttä vaisto-

ta, miten eri ihmisiä lähestytään, sillä toinen haluaa tietää kaiken tarkkaan ja suoraan, mutta toinen ei halua kuulla kaikkea. Sairastunut tarvitsee asiallista tietoa ja jonkun joka kuuntelee. Rintasyöpädiagnoosin mukaan otettu tilasto kuvataan taulukossa 1. Etelä-Karjalan keskussairaalan poliklinikalta näyttää vahvaa kasvua vuoden 2009 osalta, joten on syytä tarkastella hyvin, kuinka potilaan hoitokäytännössä jatkossa edetään. (Taulukko 1).

TAULUKKO 1. Rintasyövän esiintyvyys Etelä - Karjalassa 2009
(Eksote raportointiohjelma 2009.)



5 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Laadullisessa tutkimuksessa pääasiallinen luotettavuuden kriteeri koko tutkimuksen aikana on tutkija itse. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta parantaa tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole mitään yksiselitteisiä ohjeita. Laadullista tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena. Tutkijan tulee antaa riittävästi tietoa siitä, miten tutkimus on tehty, jotta tutkimustuloksia voidaan arvioida. Tutkimuksen kaikissa vaiheissa tarkkuuden merkitys on tärkeää. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2007, 227.)

Laadullista tutkimusta varten on luotu luotettavuuskriteerit, joiden avulla tutkimusta voidaan arvioida. Kriteerit ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä & Juvakka 2007, 128).

Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista. (Kylmä & Juvakka 2007, 128). Hyväksytyin aineiston luotettavuuden arvioinnissa pidin tärkeänä, että teosten tekijät ovat oman alansa tunnettuja asiantuntijoita ja tutkimukset ovat vähintään pro gradu - tasoisia yliopistollisia tutkielmia, jolloin niiden tieteellistä laatua on arvioitu ennen niiden hyväksymistä. Lisäksi hyödynsin rintasyöpäaiheisista koulutuksista saatuja materiaaleja.

Vahvistettavuus saavutetaan, kun tutkimusprosessi kirjataan huolellisesti toistettavuuden takaamiseksi. Opinnäyte on pyritty tekemään huolellisesti raportoiden. Laadullinen tutkimus pohjautuu osien tulkintaan, joka voi vaihdella tutkijan mukaan, joten vahvistettavuus voi olla ongelmallinen kriteeri. (Kylmä & Juvakka (2007,129). Olen pyrkinyt olemaan objektiivinen tehdessäni tätä työtä.

Refleksiivisyydellä tarkoitetaan tutkijan lähtökohtia ja niiden tiedostamista (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Pitkä työkokemukseni sairaanhoitajana ja mielenkiintoni uuden työn tuomiin haasteisiin ovat olleet innostukseni tämän opinnäytetyön tekemisessä. Luotettavuutta voi heikentää oma kokemattomuuteni tutki-

muksen tekemisessä ja työstä on voinut jäädä jotain pois. Näkökulma toisen tutkijan kanssa olisi lisännyt tutkimuksen luotettavuutta.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimusten tulosten siirrettävyyttä muihin vastaviin tilanteisiin, ja sillä voidaan tarkoittaa myös tutkimuksen toistettavuutta (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Opinnäytetyötäni voidaan hyödyntää tutkijan työyhteisössä rintasyöpäpotilaiden hoitotyössä. Lähdeviitteet olen pyrkinyt merkitsemään huolellisesti, jotta toistettavuus voidaan tehdä.

Tässä opinnäytetyössä minun ei tarvinnut hakea erikseen tutkimuslupaa, koska käytin julkisesti saatavilla olevia tiedostoja ja kirjallisuutta. Potilastietoja ei käsitelty missään vaiheessa.

Opinnäytetyötä ja siihen liittyvää aineistoa tullaan hyödyntämään kirurgian poliklinikan rintahoitajan kehittämistyössä ja sisäisessä koulutuksessa. Jatkotutkimuksen aiheena olisi kiinnostavaa selvittää, kuinka rintasyöpäpotilaat kokevat saamansa ohjauksen. Mielenkiintoista olisi myös selvittää potilaiden kokemuksia rintasyöpähoitajalta saamastaan tiedosta ja tuesta.

Opinnäytetyöni aihe on itseäni kiinnostava, koska toimin rintasyöpähoitajana. Aihe toimi innostuksen lähteenä, silloin kuin työn tekeminen yksin tuntui vaikealta. Opinnäytetyöprosessi tekeminen on ollut itselleni hyvä ja antoisa oppimiskokemus. Teoreettisen tiedon hakeminen ja kokoaminen on ollut haastavaa, mutta myös palkitsevaa, koska sain uusinta tietoa rintasyövästä ja sen hoidosta. Lisäksi tiedonhaun oppiminen edistää tutkitun tiedon hakemista ja mahdollisuuksien mukaan soveltamista sitä käytännön hoitotyöhön. Opinnäytetyöni kehittää ammatillista asiantuntijuuttani rintasyöpäpotilaiden hoidossa.

6 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin keskussairaalan erikoissairaanhoidossa rintasyöpäpotilaan kirurginen hoitoprosessi lähetteen saapumisesta aina operatiiviseen hoitoon asti. Lisäksi työn tarkoituksena oli kuvata rintasyöpähoitajan toimenkuva ja osuutta kirurgisessa hoitoprosessissa. Onkologisen hoitoprosessin kuvauksen jätin työn ulkopuolelle, koska tein opinnäytetyön yksin eivätkä aikatauluresurssit riittäneet koko prosessin kuvaamiseen.

Opinnäytetyöni lähestymistapa oli laadullinen, ja teoreettinen tieto koottiin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella. Työni ei kuitenkaan täytä systemaattiselle kirjallisuuskatsaukselle asetettuja tieteellisiä vaatimuksia. Opinnäytetyöni perustui rintasyövästä ja sen hoidosta Suomessa tehtyihin hoitotyön pro gradu tutkimuksiin, opinnäytetöihin ja rintasyövästä kertoviin artikkeleihin. Lisäksi osallistuin rintasyöpäaiheisiin koulutuksiin. Koulutuksista sain runsaasti ajankohtaista asiantuntijatietoa rintasyövästä ja sen hoidosta.

Rintasyöpäpotilaiden kirurginen hoitoprosessi toteutetaan Etelä-Karjalassa käypä hoitosuosituksen mukaisesti. Kerran viikossa kokoontuva moniammatillinen työryhmä antaa suosituksen potilaan hoitoon, ja rintarauhaskirurgi suunnittelee ja toteuttaa hoidon neuvottelemalla siitä yhdessä potilaan kanssa.

Rintasyöpähoitajan roolilla on tärkeä osuus kirurgisessa prosessissa, koska rintarauhaskirurgi toimii tällä hetkellä vain osa-aikaisena. Rintasyöpähoitaja toimii rintarauhaskirurgin työparina. Rintasyöpähoitaja toimii hoidon koordinoijana ja on potilaiden saatavilla arkipäivisin. Aktiivinen tuki ja riittävä tiedon saanti ovat merkityksellisiä hoidon elementtejä naisen sairastuessa rintasyöpään. Käynti rintasyöpäsairaanhoitajan luona on tärkeä tukimuoto ja jo tietoa siitä, että on joku johon voi ottaa yhteyttä, helpottaa asiassa, sillä odottelu ennen leikkausta on rankkaa aikaa. Tässä työssä olen oppinut herkästi vaistoamaan, miten eri ihmisiä lähestytään. Joku haluaa tietää kaiken tarkasti ja suoraan, toinen puolestaan joku ei halua kuulla kaikkea. Yleensä potilaat ovat reippaita ulospäin, mutta vas-

taanotolla itku on herkässä. Keskustelussa pyrin aina suoraan kysymään, miltä tuntuu, mikä pelotta ja tuen potilaita parhaani mukaan. Sairastunut tarvitsee asiallista tietoa ja jonkun, joka kuuntelee. Itsellenikin on tullut ahdistavia tilanteita, kun sairastunut on nuori ihminen, jolla on pienet lapset tai nuori, jolla elämä on vasta edessä.

Rintasyöpähoitajan työ rintasyöpäpotilaan kirurgisessa prosessissa on lisännyt toiminnan sujuvuutta ja korostaa asiakaslähtöisyyttä, ja potilaan hoidon kokonaisuus on ollut paremmin hallinnassa. Rintasyöpähoitajan rooli tulee korostumaan entisestään, sillä viime vuosina rintasyövän kirurginen hoitoaika on lyhentynyt, ja tämän vuoksi potilasta kohden annettu aika on lyhyt ja sairaanhoitajan rooli tuen ja ohjauksen antajana korostuu.

Tärkeää on asiakkaan ja hoitajan aito kohtaaminen. Hyvä asiakassuhde syntyy asiakkaan tarpeista ja toiveista, mutta tärkeää on myös hyödyntää käytettävissä olevaa tutkimustietoa asiantuntijan kokemuksesta ja toimintaympäristöstä. Aktiivinen tuki ja riittävä tiedonsaanti ovat merkityksellisiä hoidon elementtejä naisen sairastuessa rintasyöpään. Hoitoaikojen lyhentyminen entisestään korostaa potilaiden ohjauksen merkitystä, ja hyvällä ohjauksella taataan hyvää ja laadukasta hoitoa, sillä on suuri vaikutus myös potilastyytyväisyyteen. (Jokelainen 2008, 7 - 9, Ohtonen 2006, 3.)

Muuttuneet hoitokäytännöt ja nopea kotiutuminen leikkauksen jälkeen ovat lisänneet kirjallisten potilasohjeiden tärkeyttä. Potilasohjeet eivät korvaa suullista ohjausta, mutta tukevat sitä, ja potilas voi kotona palata ohjausasioihin. Opin näytetyön lisäksi tein uudet potilasohjeet rintaleikatuille potilaille: rinnan osapoisto- ja rinnan koko poisto - ohje ja ne ovat kuvattu liitteissä 3 ja 4 (Lampinen & Matilainen 2005, 50.)

Hoitotyössä toimivat ovat avainasemassa parhaan ja ajantasaisen hoitotieteellisen ja muun terveystieteellisen tiedon käyttöön ottamisessa. Näyttöön perustuva toiminta edellyttää hoitotyössä toimivilta kriittistä ja arvioivaa asennetta työhönsä. On osattava hakea omaa alaansa koskevaa tutkimustietoa ja pystyttävä

arvioimaan sen merkitystä ja sovellettavuutta omassa työssä, jotta tutkimustietoa voidaan hyödyntää päätöksenteon perustana. Nykyisin potilaat ovat valistuneempia ja hakevat itse tietoa. Internetin kautta tarjotaan tulevaisuudessa enemmän eri sairauksien hoitoon liittyvää tietoa ja tästä tiedon annosta osan tulisi mielestäni tapahtua terveydenhuollon organisaatioiden tarjoamana, jolloin potilaan hankkima tieto olisi varmimmin tutkittuun hoitoon ja käypä hoitosuositukseen pohjautuvaa.

Rintasyöpäpotilaan hoitoprosessissa tulee hoidon nopeaan järjestämiseen ja saumattomaan hoitoketjuun kiinnittää nykyistä enemmän huomiota. Useassa hoitotieteen pro gradu - tutkimuksissa on todettu, että leikkaukseen pääsyyn odottaminen on psyykkisesti raskasta, mikäli se vie esimerkiksi useita viikkoja. Rintasyöpäpotilaiden kirurgisesta hoitoprosessista tulee tehdä näkyvä, koska rintasyöpä on maassamme naisten yleisin syöpä ja siihen sairastuneiden määrä kasvaa tulevaisuudessa.

Kun tulevaisuudessa työssä käyvien kansalaisten osuus vähenee, on edullista, että mahdollisimman moni pysyy mahdollisimman pitkään työelämän palveluksessa. Jotta päättäjien terveydenhuoltoon ohjattavia resursseja voitaisiin paikantaa oikein, tulee rahavirroista päättävissä asemassa olevilla olla tieto, miten potilaan hoitoprosessi etenee.

Yleisesti tieto rintasyövästä ja sen käyttäytymisestä ei ole saavuttanut kaikkia. Tauti koetaan negatiiviseksi, vaikka se on nykyään hyväennusteinen. On edelleen naisia, jotka odottavat liian pitkään rintasyöpänsä kanssa eivätkä uskalla tulla vastaanotolle. Silloin syövästä on voinut tulla parantumaton.

LÄHTEET

EUSOMA. 2000. The requirements of a specialist breast unit. Position Paper. European Journal of Cancer 36: 2288 - 2293.

http://www.eusoma.org/doc/The_requirements_of_a_specialist_Breast_Unit.pdf
(luettu 24.4.2010)

Eksote. Etelä - Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden raportointiohjelma 2009.

Hakulinen, T. 2008. Rintasyövän epidemiologia. Focus oncologiae. Syöpäsäätiön julkaisusarja 9/2008: 8 - 10.

Hallila, L. 1998. (toim.) Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuvan hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi.

Hautakangas, A., Horn, T., Pyhälä - Liljeström, P. & Raappana, M. 2003. Hoito työ päiväkirurgisella osastolla. Helsinki: WSOY.

Heikkilä, P. 2008. Rintasyövän luokittelu. Focus oncologiae. Syöpäsäätiön julkaisusarja 9/2008. 25 - 29.

Helle - Kuusjoki, T. 2005. Tehtäväsiirroista hoitajavastaanottoon. Sairaanhoidajan toimenkuvan laajentaminen erikoissairanhoidossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Yhteiskunnallinen tiedekunta. Pro gradu- tutkielma.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Härkönen, E. 2005. Potilaiden kuvaus tyytyväisyydestä hoitajavastaanottoon polikliinisessä hoitotyössä erikoissairanhoidossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu - tutkielma.

Jahkola, T. 2009. Ajankohtaista rintasyövästä; Rintasyövän kirurginen hoito ja korjaava kirurgia. Helsinki. 13.5.2009. (Luentomateriaali)

Jahkola, T., Leidenius, M & von Smitten, K. 2010. Rintarauhaspotilaan tutkiminen. Teoksessa Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.) Kirurgia. 2 uudistettu painos. Porvoo: WS Bookwell Oy. 760, 771 - 772.

Jokelainen, T. 2007. Kohteesta aktiiviseksi osallistujaksi. Pinsetti: Suomen leikkausosaston sairaanhoitajat ry. lehti. 04/2007. 7 - 9.

Juntunen, A. Röntgenosaston apulaisyliääkäri. Etelä - Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskussairaala. Lappeenranta. 20.9.2010. Henkilökohtainen tiedonanto.

Korte, R., Rajamäki, A., Lukkari, L & Kallio, A. 2000. Perioperatiivinen hoito. Porvoo: WSOY.

Koskinen, M. & Savolainen, S. 2003. Gammakuvaus ja muut isotooppimittaukset. Teoksessa Soijärvi, A., Ahonen, A., Hartiala, J., Länsimies, E., Savolainen, S., Turjanmaa, V & Vanninen, E. (toim.) Kliininen fysiologia ja isotooppilääketiede. 1. painos. Helsinki: Duodecim. 40 - 48.

Kratz, C.R. 1984. Hoitotyön prosessi. Juva: WSOY.

Käypä hoitosuositus. Rintasyövän hoito ja seuranta. 2009. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Rintasyöpätyöryhmän ry:n asettama työryhmä.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus- tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitaja 10/2006. 6 - 9.

Kääriäinen, A.-M. 2008. Rintasyöpää sairastavien naisten elämänhallinta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Hoitotiede. Pro gradu - tutkielma.

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

Laipio, P., 2004. Rintasyöpäpotilaan elämänlaatu ja erikoissairaanhoidon kustannukset. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja – talouden laitos. Terveystaloustiede. Pro gradu - tutkielma.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
<http://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/199920785> (luettu 28.8.2010)

Lampinen, M. & Matilainen, K. 2005. Potilaan voimavaroja tukeva kirjallinen materiaali. Teoksessa L. Liimatainen, P. Hautala, U. Perko (toim.) Potilasohjausta kehittämässä- innostusta ja innovaatiota. Jyväskylä: Yliopistopaino, 49 - 50.

Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö. Juva: WSOY. 17 - 18.

Leidenius, M. 2004. Rintasyövän leikkaushoito. Suomen lääkärilehti 2004;54(13). 1381 - 1385.

Leidenius, M. 2009. Rintamuutosten diagnostiikka. Duodecim. 125, 1449.

Leidenius, M. 2010. Vartijaimusolmukkeen merkitys hoitojen valinnassa. Rintasyöpä'10. Helsinki. 4.-5.5.2010 (Luentomateriaali)

Leino- Kilpi, H., Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa Sirkka Lauri (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. Juva: WSOY. 7.

Lillrank, P., Kujala, J., Parvinen, P. 2004. Keskeneräinen potilas. Terveystieteiden tuotannonohjaus. Jyväskylä: Gummerus. Kirjapaino Oy.

Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus- hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoitajalehti 10/2006. 3.

Pagano, E., Ponti, A., Gelormino, E., Merletti, F., Mano, M.P. 2003. An economic evaluation of optimal workload in treating surgical patients in a breast unit. European Journal of Cancer 39, 748-754.

[http://www.ejcancer.info/article/S0959-8049\(02\)00808-0/abstract](http://www.ejcancer.info/article/S0959-8049(02)00808-0/abstract)

(Luettu 28.4.2010)

Pöyhönen, M. 2010. Rintasyövän diagnostiikan ja seulonnan Käypä hoitosuositus perinnöllisyyden osuus ja Syöpäjärjestöjen periytyvyysneuvonta. Lappeenranta. Saimaan syöpäyhdistys. 19.1.2010. (Luentomateriaali)

Reinikainen, H., Rissanen, T., Pääkkö, E. 2004. Rintasyövän diagnostiikka. Lääkärilehti. 2004;59 (13) 1373- 1378.

Rintasyöpä- suomalaisten naisten yleisin syöpä. www.roche.fi.

(luettu 28.4.2010)

Salanterä, S. & Hupli, M. 2003. Tutkitun tiedon hankinnat ja arviointi. Teoksessa Sirkka Lauri (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY. 21.

Sankila, R. Kuka sairastuu rintasyöpään? 2006. Duodecim. 126 (10): 1191-1193.

Silden, M. & Tuunainen, S. 1999. Rintasyöpään sairastuneiden kokemuksia sairastumisestaan ja selviytymisestään. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu - tutkielma.

Sudah, M. 2008. Pohjois-Karjalan keskussairaalan rintasairauksien diagnostiikka ja terminologia, katsaus terveydenhuollon ammattihenkilöstölle. Joensuu. 6 -28.

Sundeen, S., Stuart, G., Rankin, E., Cohen, S. 1987. Vuorovaikutus- avain hoitotyöhön. Juva: WSOY. SHKS. 6 - 28.

Syöpäjärjestöt. 2010. (luettu 26.9.2010)

Suomen syöpärekisteri. 2010. (luettu 20.9.2010)

Tiitinen, A. 2010. Rintasyöpä ja hormonit. Professiokoulutus. Helsinki. 4.-5.5.2010. (Luentomateriaali)

Torkkola, S, Heikkinen, H & Tiainen, S 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Helsinki: Tammi.

Tuppurainen, A.J. 2008. Anestesiahoitajan preoperatiivinen käynti- vai potilaan preoperatiivinen käynti? Spirium: Suomen anestesiahoitajat ry jäsenlehti. 02/2008. 8 - 9.

Utriainen, M. 2009. Ajankohtaista rintasyövästä; riskitekijät, ennaltaehkäisyn mahdollisuudet. Helsinki. 13.5.2009. (Luentomateriaali)

Vuorinen, T 2005. Lääkärien kuvaus tehtävien siirrosta lääkäreiltä sairaanhoitajille erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu- tutkielma.

IVA VAIKUTUKSEN ARVIOINTI

IVA =vaikutusten arviointi
RINTAHOITAJAN TYÖ KIRURGIAN POLIKLINIKALLA

Vaihtoehto 1

Vaihtoehto 2

Rintasyöpähoitaja on

Rintasyöpähoitajaa ei ole/ Nykyinen toimintamalli

Lääkäri katsoo lähetteet ja hoitaja antaa ajat ja toteuttaa määräykset	Lääkäri katsoo lähetteet ja hoitaja antaa ajat ja toteuttaa määräykset
Rintasyöpähoitaja keskitetysti toteuttaa määräykset ja pystyy itsenäisesti huolehtimaan tutkimusten tilauksia sovitusti myös ilman määräystä	Useampi hoitaja osallistuu hoidon toteutukseen. Ei pysty itsenäisesti huolehtimaan jatkotutkimusten tilaamisesta. Rintalääkärin poissaolojen aikana konsultoivat tarvittaessa röntgenlääkärä
Rintasyöpähoitaja huolehtii tutkimustulosten saatavuuden meetingiin (ohutneulanäytteet, mammografia, ultraääni). Rintahoitaja seuraa tutkimustulosten valmistumista ja pystytään nopeammin etenemään potilaan hoidossa	Nykykäytännössä kukaan ei kokoa tutkimustuloksia, eikä meetingikäytäntöä ole olemassa. Tämän käytännön riskinä on vastausten keskeneräinen tulkitseminen ja johtopäätösten tekeminen, koska vastaukset menevät syöpäyksikköön useammassa erässä.
Leikkauksen (koko rinnan) jälkeiset kontrollit voidaan toteuttaa. Kuormittavat päivitystä kontrollin puutteen vuoksi. Rintasyöpähoitaja katsoo käden liikkuvuuden, haavan ja tarkentaa kokonaissuunnitelman etenemisen.	Ei ole resursseja järjestää kontrolleja
Potilaan hoitosuunnitelma tehdään meetingissä ennen leikkausta tai yleensä ennen hoidon aloitusta	Moniammatillista hoitosuunnitelmaa ei tehdä meetingissä -> turhia leikkauksia?
Rintasyöpähoitaja pystyy ottamaan enemmän vastuuta kokonaishoidon suunnittelun eri työvaiheissa ja vähentää lääkärin kuormitusta juoksevista asioissa. Kokonaisvastuun ottaminen lisää asioiden toimivuutta; röntgen, patologi, osasto, päiki, leikkaussali, syöpä- yksikkö.	Esim. leikkaus on peruuntunut yhden linkin puutteen vuoksi (patologon saatavuus jäänyt varmistamatta).
Kokonaisvaltainen hoidon suunnittelun keskittäminen yhdelle ihmiselle vähentää hoitopisteiden päällekkäistä toimintaa. Rintasyöpä hoitaja tekee kaikki leikkausta edeltävät valmistelut.	Rintapotilaan hoito hajautettu useampaan paikkaan/henkilölle jopa saman päivän aikana. Esim. menee päikiin tai kir.pkl:lle jonohoitajan haastatteluun

RINTAKASVAINPOTILAAN ESITIETOLOMAKE

Rintakasvainpotilaan esitietolomake

Poliklinikkakäyntiänne tehostaaksemme pyydämme Teitä ystävällisesti esittäytämään oheisen kyselylomakkeen.

Nimi: _____

Sotu: _____ Pituus _____ cm, paino _____ kg

Lääkitys _____

Aiemmat leikkaukset _____

Onko hormonikorvaushoitoa tai -lääkitystä ja kuinka kauan? _____

Kuukautiset alkaneet (ikä) _____ Kuukautiset loppuneet (ikä) _____

Raskaudet (lkm) _____ Synnytykset (lkm) _____

Kuinka kauan olette imettänyt? _____ kk/lapsi

Onko lähisuvussa ollut rinta-, munasarja-, tai muita syöpiä? _____

Tupakoitko? Kuinka kauan yhteensä ja kuinka paljon/vrk? _____

Kuinka monta annosta alkoholia käytätte viikossa/kuukaudessa? _____

LIITE 3

RINNAN OSAPOISTOLEIKKAUKSEN POTILASOHJE

Potilasohje Eksote

RINNAN OSAPOISTOLEIKKAUKSEN JATKOHOITO-OHJE

Pieni kasvain poistetaan rinnan säästävällä osapoistolla. Rinnan osapoistossa pahanlaatuinen kasvain poistetaan riittävän laajalta, myös terveen kudoksen alueelta. Osapoiston yhteydessä tutkitaan myös kainaloista niin sanotut vartijaimusolmukkeet. Jos vartijaimusolmukkeissa ei havaita syöpäsoluja, voidaan olettaa, ettei niitä löydy muistakaan imusolmukkeista. Mikäli syöpäsoluja löytyy, poistetaan vartijaimusolmukkeet samassa leikkauksessa. Leikkauksessa jäljelle jäävää rintarauhakudosta pyritään muotoilemaan mahdollisimman hyvin entisen muotoiseksi. Rinnan osapoistoon liittyy aina leikkausta tukevia liitännäishoitoa, joiden ansiosta uusiutumisenriski saadaan vähenemään. Liitännäishoitoja ovat paikallinen sädehoito, sytostaattihoidot ja hormonihoitot.

RAJOITUKSET

Ruokailu Leikkauksen jälkeen ei ole rajoituksia

Lääkitys Kipulääkkeenä leikkauksen jälkeen voitte käyttää reseptivapaita kipulääkkeitä tai leikkaavan lääkärin määräämää kipulääkettä.

Liikkuminen Leikkauksen jälkeen rauhallinen päivittäinen liikunta, kuten kävely, on suotavaa. Haavojen parannuttua ja ompeleiden poiston jälkeen voitte aloittaa normaalin liikuntaharrastuksenne vointinne mukaan kuukauden kuluttua leikkauksesta. On suotavaa leikkauksen jälkeen nostaa leikatun rinnan puoleinen olkavarsi suoraan kulmaan vartaloon nähden ellei leikkaava lääkäri toisin määrää.

Elintavat Kotiuduttuanne voitte jatkaa normaalia elämää huomioiden vain teille kerrotut rajoitukset

JÄLKITOIMET

Teidät kotiutetaan yhden - kahden päivän jälkeen leikkauksesta. Leikkauksessa otettujen näytteiden vastukset ovat valmiina noin neljän viikon kuluttua leikkauksesta, jonka jälkeen syöpätautien lääkäri (onkologi) määrää teille liitännäishoidot. Saatte kutsun syöpätautien poliklinikalle ajanvarauskirjeellä.

KOTIHOITO-OHJEET

Kirkas haavavuoto on normaalia, mutta jos haava alkaa punoittaa tai nousee kuumetta, ottakaa yhteyttä terveyskeskukseen. Haavakipu on yleensä leikkauksen jälkeen lievää.

Suihkuun voitte mennä toisena päivänä leikkauksen jälkeen. Ennen suihkuun menoa haavalta poistetaan sidokset ja kaikki teipit. Haava-alue saa kastua, mutta haava-alueen hankaamista ja saippuimista on vältettävä. Rintoja ympäröivät alueet kuten kainalot ja rintojen alla oleva iho on tärkeää pestä / suihkuttaa päivittäin. Suihkun jälkeen haava-alueen iho tulee kuivattaa hyvin (ilmakylpy). Saunaan voitte mennä ompeleiden poiston / sulamisen jälkeen.

Ompeleet poistetaan 7-14 vuorokauden kuluttua leikkauksesta omalla terveysasemalla. Varatkaa aika etukäteen. Toisinaan pintaompeleet ovat sulavat. Ihonalaiset ompeleet sulavat itsestään noin 3-6 kk aikana.

MUUTA HUOMIOITAVAA Tarvittaessa voitte jättää soittopyynnön kirurgian poliklinikan rintahoitajalle puh (05) 352 6000.

RINNAN KOKO POISTON POTILASOHJE

Potilasohje Eksote

RINNAN KOKO POISTON JATKOHOITO-OHJE

Koko rinnan poistossa rintarauhanen poistetaan kokonaan. Poistoalue on rintalastan reunasta rintalihaksen ulkoreunaan saakka. Rinnan poiston yhteydessä tutkitaan myös kainaloista niin sanotut vartijaimusolmukkeet. Jos vartijaimusolmukkeissa ei havaita syöpäsoluja, voidaan olettaa, ettei niitä löydy muistakaan imusolmukkeista. Mikäli syöpäsoluja löytyy, poistetaan vartijaimusolmukkeet samassa leikkauksessa. Jos kainaloa ei tarvitse tyhjentää imusolmukkeista, pitkäaikaisten jälkivaivojen, kuten käden turvotuksen, riski pienenee.

RAJOITUKSET

Ruokailu Leikkauksen jälkeen ei ole rajoituksia

Lääkitys Kipulääkkeenä leikkauksen jälkeen voitte käyttää reseptivapaita kipulääkkeitä tai leikkaavan lääkärin määräämää kipulääkettä.

Liikkuminen Leikkauksen jälkeen rauhallinen päivittäinen liikunta, kuten kävely, on suotavaa. Haavojen parannuttua ja ompeleiden poiston jälkeen voitte aloittaa normaalin liikuntaharrastuksenne vointinne mukaan kuukauden kuluttua leikkauksesta. On suotavaa leikkauksen jälkeen nostaa leikatun rinnan puoleinen olkavarsi suoraan kulmaan vartaloon nähden ellei leikkaava lääkäri toisin määrää.

Elintavat Kotiuduttuanne voitte jatkaa normaalia elämää huomioiden vain teille kerrotut rajoitukset

JÄLKITOIMET

Teidät kotiutetaan yhden - kahden päivän jälkeen leikkauksesta. Leikkauksessa mahdollisesti asetettu laskuputki (dreeni) poistetaan ennen kotiutusta, ellei leikkausalueen kudosten eritys ole kovin runsasta. Jos dreeniä ei poisteta ennen kotiutusta, kotiudutte dreenin kanssa ja se poistetaan omalla terveysasemalla sairaanhoitajan vastaanotolla. Leikkauksessa otettujen näytteiden vastaukset ovat valmiina noin neljän viikon kuluttua leikkauksesta, jonka jälkeen syöpätautien lääkäri (onkologi) määrää teille liitännäishoidot. Saatte kutsun syöpätautien poliklinikalle ajanvarauskirjeellä. Toimenpiteen jälkeen rintahoitaja lähettää Teille maksusitoumuksen rintaproteesia varten. Proteesi hankitaan Saimaan syöpäyhdistyksestä Lappeenrannasta.

KOTIHOITO-OHJEET

Kirkas haavavuoto on normaalia, mutta jos haava alkaa punoittaa tai nousee kuumetta, ottakaa yhteyttä terveyskeskukseen. Haavakipu on yleensä leikkauksen jälkeen lievää.

Suihkuun voitte mennä toisena päivänä leikkauksen jälkeen. Ennen suihkuun menoa haavalta poistetaan sidokset ja kaikki teipit. Haava-alue saa kastua, mutta haava-alueen hankaamista ja saippuimista on vältettävä. Rintoja ympäröivät alueet kuten kainalot ja rintojen alla oleva iho on tärkeää pestä / suihkuttaa päivittäin. Suihkun jälkeen haava-alueen iho tulee kuivattaa hyvin (ilmakylpy). Saunaan voitte mennä ompeleiden poiston / sulamisen jälkeen.

Ompeleet poistetaan 7-14 vuorokauden kuluttua leikkauksesta omalla terveysasemalla. Varatkaa aika etukäteen. Toisinaan pintaompeleet ovat sulavat. Ihonalaiset ompeleet sulavat itsestään noin 3-6 kk aikana.

MUUTA HUOMIOITAVAA

Tarvittaessa voitte jättää soittopyynnön kirurgian poliklinikan rintahoitajalle puh (05) 352 6000.

EKSOTE RINTASYÖPÄPOTILAAN KIRURGINEN HOITOPROSESSI

