
RINTASYÖPÄPOTILAAN HOITOPOLKU




Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa, syksy 2012

Hipp Jenny, Kuisma Janika & Okker Karoliina



FORSSA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

Tekijä	Jenny Hipp, Janika Kuisma & Karoliina Okker
Vuosi	2012
Työn nimi	Rintasyöpäpotilaan hoitopolku

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön aihe saatiin erään sairaalan onkologian poliklinikalta. He kaipaivat selkeää kuvausta rintasyöpäpotilaan hoitopolusta heidän alueelleen. Tämän opinnäytetyön tavoitteeksi asetettiin tuottaa tietoa, jota hoitajat voivat kyseisessä onkologian yksikössä hyödyntää toteuttamassaan potilasohjauksessa. Tarkoituksena oli kuvata mahdollisimman selkeästi rintasyöpään sairastuneen naisen hoitopolku toteutamisesta aina seurantaan asti. Työstä jätettiin kuitenkin pois sädehoito-osuus.

Työn pohjana käytettiin aiheesta jo olemassa olevia tutkimuksia. Tutkimusmenetelmänä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Tutkimus tehtiin siis haastatteleamalla hoitoprosessin eri vaiheissa olevia hoitajia sekä onkologia. Saadusta tiedosta tehtiin kuvio, josta hoitopolku tulee selkeästi esille.

Yleensä nainen löytää muutoksen rinnastaan itse tai se löydetään joukkoseulontamammografiassa. Tämän jälkeen nainen joutuu jatkotutkimuksiin, joita ovat mm. mammografia ja ultraäänitutkimus. Rinnasta otetaan myös ohutneulanäyte, jonka patologi tutkii. Kasvain leikataan poistaen joko osa rinnasta tai koko rinta. Operaation jälkeen alkaa syövän lääkehoito ja mahdollinen sädehoito. Hoitojen loputtua alkaa viiden vuoden seuranta.

Jatkossa aiheesta voisi tehdä opinnäytetyön rintasyöpäpotilaan psyykkisestä jaksamisesta sekä sädehoidosta.

Avainsanat rintasyöpä, rintasyöpäpotilas, hoitopolku

Sivut 22 s. + liitteet 4 s.

Forssa
Degree Programme in Nursing
Nurse

Author	Jenny Hipp, Janika Kuisma & Karoliina Okker
Year	2012
Subject of Bachelor's thesis	Breast cancer patients care pathway

ABSTRACT

Subject of this thesis has been given from some hospitals oncology clinic. They miss for a clear description of the patient's clinical pathway of breast cancer in their territory. The aim of this study was set produce information that nurses can take advantage of the oncology clinic implement patient education. The purpose was to describe as clearly as possible women with breast cancer treatment path from finding to control. However from the work we left out of the radiotherapy unit.

Existing studies were the basis of the work. The research method used in qualitative research methods. The study was conducted by interviewing nurses in different stages of the pathway. We interview also the oncologist. From the received information were figurative where treatment pathway will be clearly displayed.

In general, a woman finds herself change from chest or change are found in mass screening mammography. After this woman has further studies, which includes mammography and ultrasound. From the breast is taken thin-needle sample and it goes to a pathologist to examine. The tumor operated, removing, either part of the breast or the whole breast. After the treatments begins five year control.

In the future, could make a thesis on the breast cancer patient's psychological well-being, as well as radiation therapy.

Keywords breast cancer, breast cancer patient, care pathway.

Pages 22 p. + appendices 4 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	2
3	RINTASYÖPÄ SAIRAUTENA	3
3.1	Rintasyöpäpotilas	3
3.2	Rintasyöpäpotilaan hoitopolku.....	3
3.3	Rintasyövän synty	4
3.4	Rintasyövän seulonta.....	4
3.5	Rintojen omatarkkailu	5
3.6	Rintasyöpätyypit.....	5
3.7	Rintasyövän oireet.....	6
3.8	Rintasyövän diagnoosivaiheen tutkimukset.....	6
4	RINTASYÖVÄN HOITOMENETELMÄT JA SEURANTA	7
4.1	Kirurginen hoito	7
4.2	Korjausleikkaukset	8
4.3	Sädehoito.....	9
4.4	Lääkehoito.....	9
4.5	Rintasyövän uusiutuminen ja seuranta	11
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	13
5.1	Aineiston keruu ja kohdejoukko	13
5.2	Aineiston analysointi ja raportointi	14
6	RINTASYÖPÄPOTILAAN HOITOPOLKU	15
6.1	Rintasyövän toteaminen	15
6.2	Preoperatiivinen hoito	15
6.3	Intraoperatiivinen hoito	15
6.4	Postoperatiivinen hoito.....	16
6.5	Seuranta.....	17
7	POHDINTA.....	18
7.1	Eettisyys ja luotettavuus.....	18
7.2	Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusideat	19
	LÄHTEET	20

Liite 1	Saatekirje
Liite 2	Teemahaastattelurunko 1
Liite 3	Teemahaastattelurunko 2
Liite 4	Kuvio

1 JOHDANTO

Rintasyövän esiintyvyys on koko ajan kasvussa. Suuri osa syöivistä löytyy seulontamammografiassa. Tavallista kuitenkin on, että nainen löytää muutoksen rinnastaan itse ja hakeutuu tutkimuksiin. (Jahkola & Vironen 2004.) Rintasyöpä on naisten yleisin syöpätauti. Vuonna 2010 Suomesta löytyi yli neljä ja puolituhatta uutta rintasyöpätapausta. (Suomen syöpärekisteri 2012a.) Tutkimusten mukaan joka yhdeksäs nainen sairastuu rintasyöpään jossain vaiheessa elämäänsä. Miehillä rintasyöpä on harvinaisen. (Syöpäjärjestöt n.d.)

Yleensä sairastunut on 25–60-vuotias. Iän myötä yleisyys lisääntyy. Paranamisennuste on nykyään hyvä varhaisen toteamisen ja hoitomenetelmien laadullisuuden ansiosta. Varhainen toteaminen on mahdollista mammografiaseulontojen yleistyttyä. (Syöpäjärjestöt n.d.)

Yleisin rintasyövän oire on rinnassa tuntuva kyhmy. Varhain todettu rintasyöpä voi myös olla oireeton, eikä se tunnu palpoiden. (Huovinen 2010.) Rintasyövän hoitomenetelminä ovat kirurginen hoito yhdistettynä lääke- ja sädehoitoon (Rintasyöpä n.d.a).

Hoitopolku on yksilöllinen hoidon prosessi ja sen tavoitteena on laadukas hoitokokonaisuus (Suomen akatemia 2006). Laadukas hoito toteutuu, kun potilas saa parasta hoitoa riippumatta siitä, missä organisaatiossa hoito toteutetaan, eikä potilaan ole tarkoitus huomata organisaatorajoja hoidon aikana (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2004, 41).

Tämän opinnäytetyön aiheena on rintasyöpäpotilaan hoitopolun selvittäminen. Aihe on saatu erään eteläsuomalaisen sairaalan onkologian poliklinikalta. Tarkoituksena on selvittää tämän sairaalan hoitovastuualueen potilaan hoitopolku kokonaisuudessaan. Työstä on kuitenkin rajattu pois sädehoidon osuus. Tavoitteena on kuvata hoitopolku mahdollisimman selkeästi ja tuottaa sen kautta tietoa, jota hoitajat voivat onkologian yksikössä hyödyntää toteuttamassaan potilasohjauksessa.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa erään eteläsuomalaisen sairaalan onkologian poliklinikalle. Tietoa he voivat hyödyntää rintasyöpäpotilaan hoitotyössä. Tämä työ auttaa onkologian osaston hoitajia kehittämään oman työnsä laatua. Tarkoitus oli, että työ selkiyttäisi hoitopolun hoitajille.

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää ja kuvata hoitopolku rintasyövän toteamisesta aina kirurgiseen hoitoon ja solunsalpaajahoitoon asti.

Tutkimuskysymys on seuraava: Millainen on rintasyöpää sairastavan potilaan hoitopolku kyseisellä alueella?

3 RINTASYÖPÄ SAIRAUTENA

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpä. Sairaudessa rintakudoksesta löydyttyä syöpäsoluja. Vuonna 2010 Suomessa todettiin 4 674 uutta rintasyöpätapausta. (Suomen syöpärekisteri 2012a.) Tutkimusten mukaan joka yhdeksäs nainen sairastuu rintasyöpään jossain vaiheessa elämäänsä (Syöpäjärjestöt n.d.). Rintasyövän lisääntyminen liittyy pääasiassa naisten eliniän kohtamiseen (Huovinen 2010). Miehillä rintasyöpä on harvinainen (Syöpäjärjestöt n.d.).

Yleensä sairastunut on 25–60-vuotias. Iän myötä yleisyys lisääntyy. Paraneemisennuste on nykyään hyvä varhaisen toteamisen ja hoitomenetelmien laadullisuuden ansiosta. Varhainen toteaminen on mahdollista mammografiaseulontojen yleistyttyä. (Syöpäjärjestöt n.d.)

3.1 Rintasyöpöpotilas

Potilas on henkilö, joka käyttää terveyden- ja sairaanhoitopalveluja, tai on muuten niiden kohteena (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 2 §). Tässä työssä potilaalla tarkoitetaan rintasyöpää sairastavaa naista, joka asuu alueella, josta tämä tutkimus tehtiin.

Syöpään sairastuminen vaikuttaa ihmisen perusidentiteettiin ja aiheuttaa selviytymishaasteita. Sairastuminen nostaa esiin pohdiskelun elämästä ja kuolemasta. Sairastunut joutuu arvioimaan elämäänsä uudesta näkökulmasta. Hän myös joutuu opettelemaan uuden suhtautumistavan elämäänsä. Syöpädiagnoosin saaminen aiheuttaa aina kriisin, ja ihmisen psyykinen tasapaino horjuu. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 17–18.)

Varsinkin naisilla identiteetti muodostuu suurelta osin hänen hiuksistaan, rinnoistaan ja kohdustaan. Rintasyövässä tauti tai sen hoito tuhoaa juuri näitä kehon osia. Tähän liittyy menetyksen tunne. Esiin nousevat tunteet ovat kaipaus, tyhjyys, viha, katkeruus, avuttomuus, syyllisyys, hylätyksi tulemisen ja rakkauden menettämisen pelko. Näitä tunteita on vain käsiteltävä. Ensimmäisenä syöpää sairastavan ihmisen on tultava toimeen itsensä kanssa. Läheisten tuki ja syövän hyväksyminen ovat myös ensiarvoisia. (Holmia ym. 2008, 19–20.)

3.2 Rintasyöpöpotilaan hoitopolku

Hoitopolun tavoitteena on luoda laadukas hoitokokonaisuus. Se on yksilöllinen hoidon prosessi. (Suomen akatemia 2006.) ”Sosiaali- ja terveystieteiden alalla hoitopolku/palveluketju tarkoittaa organisaatorajat ylittävää palvelujen kokonaisuutta, jossa asiakas ja hänen tarpeensa ovat keskiössä”. Käytännössä se tarkoittaa sitä, että asiakas saa parasta hoitoa, riippumatta missä organisaatiossa hoito kulloinkin toteutuu. Potilaan tarkoituksena ei ole huomata organisaatorajoja. (Anttila ym. 2006, 41.)

Hoidon jatkuvuus siirryttäessä organisaatiosta toiseen on tärkeää hoidon laadun turvaamisen kannalta. Hoitotyössä yhdeksi tavoitteeksi on asetettu potilaan hoidon jatkuvuus ja kokonaisvaltaisuus. Tutkimusten mukaan kokonaisvaltainen hoito kuitenkin ei toteudu, jos potilasta hoidetaan monessa eri organisaatiossa. Tutkimukset osoittavat, että monesti tiedonkulku ei toimi ja se jää potilaan itsensä huolehdittavaksi. (Asikainen, Maass, Mäenpää & Suominen 2008, 66–67.) Kuitenkin Raudasojan (2007) mukaan naiset ovat kokeneet hoitonsa etenevän suunnitelmallisesti siirryttäessä organisaatiosta toiseen. Hoidon jatkuvuutta vahvistaa potilaiden mukaan tieto siitä, mihin voi tarvittaessa ottaa yhteyttä. Hoidossa käymisen raskain puoli on hoitopaikkojen väliset pitkät välimatkat. Tiedon ja ohjauksen vähäisyys tuli esiin tässäkin tutkimuksessa sekä kirjallisten ohjeiden tarpeellisuus.

Valtaosa rintasyöpäpotilaista kokee päässeensä tutkimuksiin tarpeeksi nopeasti. Tutkimuksin on todettu, että hoitoonpääsy yksityissektorin kautta ei eroa seulontaorganisaation kautta hoitoon ohjatuista. Rintasyöpä on yleinen sairaus ja sen vuoksi hoitoketjun sujuvuus tulisi olla saumaton. (Jahkola & Vironen 2004.)

3.3 Rintasyövän synty

Syytä rintasyöpään sairastumiseen ei tiedetä, mutta joitain riskitekijöitä on kuitenkin tutkimuksin todettu. Niitä ovat muun muassa: varhainen kuukautisten alkamisikä, myöhään alkaneet vaihdevuodet, lapsettomuus tai ensimmäinen synnytys yli 30-vuotiaana, pitkäaikainen hormonikorvaushoito, ylipaino, ionisoiva säteily ja runsas alkoholin käyttö. Kaikista rintasyövästä 5–10 prosenttia liittyy perinnölliseen rintasyöpäalttiuteen. (Huovinen 2010; Sankila 2010; Käypä Hoito-toimitus 2005.)

Sairastuneilla on huomattu olevan muita useammin persoonallisuus, jonka tyypillisiä piirteitä ovat epäitsekkyys, uhrautuvaisuus, alistuvuus ja kärsivällisyys. Sairastuneilla on havaittu myös olevan masentuneisuutta, estyneisyyttä ja tunteiden tukahduttamista ja heidän on usein vaikea selviytyä stressaavista elämäntilanteista. Näiden seikkojen on todettu olevan yhteydessä rintasyöpään, mutta eivät tarkoita varmaa sairastumista. (Holmia ym. 2008, 611.) Rintasyövän vaaraa pienentävät liikunta, ensisynnytys nuorella iällä, useat täysiaikaiset raskaudet, munasarjojen hormonituotannon lopettaminen ennen vaihdevuosien alkamista sekä rintojen poisto (Huovinen 2010).

3.4 Rintasyövän seulonta

Mitä varhaisemmassa vaiheessa rintasyöpä havaitaan, sitä paremmat mahdollisuudet sairastuneella on selvitä. Kuolleisuus rintasyövässä on pienempi niillä, jotka ovat osallistuneet seulontatutkimuksiin kuin niillä, jotka eivät ole. Yleisien seulontojen tarkoituksena on havaita mahdolliset syöpätapaukset varhain. Seulonnat on lailla säädetty kuntien järjestettäväksi 50–69-vuotiaille naisille. Mammografiaseurannalle ei ole asetettu suositeltavaa yläikärajaa, mutta hyötyä siitä on havaittu olevan aina 79-vuotiaisiin

asti. Alle 40-vuotiaille ei ole todettu olevan seulonnasta niin suurta hyötyä. Mammografiaseulonnat järjestetään kahden vuoden välein ja kutsu kuvaukseen tulee naiselle kirjeenä kotiin. Seulonnasta huolimatta naiset löytävät usein kyhmyn rinnastaan itse ja hakeutuvat lääkärin tutkittavaksi. (Käypä Hoito 2009.)

3.5 Rintojen omatarkkailu

Jokaisen naisen tulisi tutkia rintansa kerran kuukaudessa. Rinnat muuttuvat kuukautiskierron mukaan ja siksi rintoja tulisi tunnustella usein, että niiden normaalitila tulisi tutuksi. (Gästrin 2012, 112.)

Rinnat tutkitaan niin, että nainen seisoo peilin edessä ilman paitaa ja rinta-liivejä. Rintoja katsellaan peilin kautta edestäpäin ensin niin, että kädet ovat alhaalla ja sen jälkeen kädet nostetaan ylös. Tämän jälkeen rinnat katsotaan vielä molemmista sivusuunnista. Viimeiseksi rintaa nostetaan vastakkaisella kädellä ja katsellaan rinnan alaosa. Katsomalla nainen saattaa havaita seuraavia rintasyövän oireita: rinnan koon muutos tai turvotus, rinnan muoto ja asento, ihon värin muutos, rintaa nostettaessa ihoon saattaa tulla kuoppa, nännipihan alueen ihottuma tai haava, joka ei parane, nännin sisäänvetäytyminen tai nännistä tuleva erite. (Gästrin 2012, 113.)

Rintoja tunnustellaan selällään maaten vastakkaisella kädellä sormet suorina. Rinta tunnustellaan kolme kertaa. Ensin tunnusteltavan rinnan puolen käsi on pään yläpuolella, sen jälkeen käsi lasketaan sivulle hartialinjaan. Viimeiseksi käsi nostetaan pään yläpuolelle. Rinnasta etsitään mahdollisia kyhmyjä tai kovettumia. (Gästrin 2012, 114–115.)

3.6 Rintasyöpätyypit

Duktaalinen in situ karsinooma (DCIS) eli tiehytperäinen rintasyöpä on varhainen syövän muoto, joka on rajoittunut lähtökohtaansa. Kasvain on pelkästään rinnan tiehyeissä, eikä näin ollen ole levinnyt ympäröivään rintakudokseen. (Holmia ym. 2008, 612.)

Lobulaarinen in situ karsinooma (LCIS) ei ole varsinainen syöpä, vaan lähinnä syövän vaaratekijä. Tämä ei muodosta tuumoria ja siksi se ei näy mammografiassa, vaan löytyy usein sattumalta. Joka neljännellä naisella, jolla on todettu LCIS, sairastuu rintasyöpään 25 vuoden kuluessa. (Holmia ym. 2008, 612.)

Duktaalinen invasiivinen karsinooma on yleisin syöpämuoto. Kaikista rintasyöväistä 70–80 prosenttia on duktaalisia (Holmia ym. 2008, 612).

Lobulaarinen invasiivinen karsinooma kattaa 10–15 prosenttia kaikista syöpätapauksista (Holmia ym. 2008). Tämä syöpätyyppi esiintyy muita useammin molemmissa rinnoissa (Anttila ym. 2006, 461).

Pagetin tauti eli inflammatorinen syövän muoto aiheuttaa syvemmälle rauhas kudokseen tunkeutuvan kasvaimen. Sen oireita ovat vetinen ihottu-

ma nännissä ja usein se aiheuttaa rintarauhasen tulehduksen. (Holmia ym. 2008, 612.) Tulehduksen oireita ovat rinnan punoitus, kuumotus, turvonneisuus ja aristavuus. Tämä syöpämuoto voi esiintyä yhdessä duktaalisen tai lobulaarisen syövän kanssa, jolloin sen hoito on hankalampaa kuin muiden syöpätyyppien. (Anttila ym. 2006, 461.)

Rintasyövän harvinaisempia muotoja ovat tubulaarinen, krifibriforminen, musinoosi, papillaarinen sekä medullaarinen karsinooma. Vain 10 prosenttia rintasyövistä ovat näitä muotoja. (Holmia ym. 2008, 612.)

3.7 Rintasyövän oireet

Yleisin rintasyövän oire on rinnassa tuntuva kyhmy. Muita oireita voivat olla ihon tai nännin sisään vetäytyminen, kipu, pistely tai painontunne rinnassa. Rinnassa voi myös esiintyä ihottuman tapaista muutosta nännin seudussa, nännistä voi myös erittyä nestettä. Kainalossa voi myös esiintyä kyhmy. Varhain todettu rintasyöpä voi myös olla oireeton, eikä se tunnu palpoiden. (Huovinen 2010.)

3.8 Rintasyövän diagnoosivaiheen tutkimukset

Rintasyöpää diagnosoitaessa käytetään niin sanottua kolmoisdiagnostiikkaa: inspektio eli katselu ja palpaatio eli tunnistelu, kuvantamistutkimukset sekä neulanäytteet (Käypä Hoito 2009).

Lääkäri suorittaa inspektion ja palpaation potilaan istuessa ja maatessa sekä kädet kohotettuna. Erityisesti tarkkaillaan ihoreaktioita, värimuutoksia ja erilaisia nännin muutoksia, kuten sisäänvetäytyminen, vuoto ja ihottuma. Palpaatiossa rinta tunnistellaan osa kerrallaan sormien koko pituudella. Myös kainalot ja soliskuopat palpoidaan. (Käypä Hoito 2009.)

Ensisijainen kuvantamistutkimus rintasyöpää diagnosoitaessa on mammografia. Rinta kuvataan kahdesta suunnasta. Projektiona ovat viistokuva ja etukuva. Lisäprojektioita otetaan, jos kuvissa näkyy jokin epäilyttävä muutos. Lisäprojektion tukena diagnostiikassa käytetään kohdesuurennuskuvia, ultraääntä ja neulanäytteitä. Varmistustutkimukset tehdään yleensä heti kliinisen mammografian yhteydessä. Poikkeava löydös mammografiassa ei aina tarkoita rintasyöpää. (Käypä Hoito 2009.)

Ennen leikkaushoitoa on selvitettävä kasvaimen koko ja muoto, sijainti sekä kainalon imusolmukkeen tila. Palpoitavissa olevien muutosten selvittämiseksi käytetään ultraäänitutkimusta. Ultraääni sopii myös neulanäytteen ottamisen ohjaukseen, jos muutos on sen avulla selvästi erotettavissa. Myös kainalo tutkitaan ultraäänien avulla ja siitä otetaan neulanäyte ennen leikkaushoitoa. (Käypä Hoito 2009; Raudasoja 2007.)

Erittävän rinnan tutkimiseen käytetään galaktrografiaa eli maitotiehyen kuvausta. Siinä ruiskutetaan varjoainetta vuotavaan tiehyeen ja sen jälkeen tehdään heti mammografia. Tämä tutkimus voi paljastaa intraduktaalisen

tuumorin tai muun patologisen maitotiehyen muutoksen. (Käypä Hoito 2009.)

Joissakin tapauksissa magneettikuvausta voidaan käyttää mammografian lisäksi. Näitä tapauksia ovat esimerkiksi lobulaarisen karsinooman tai intraduktaalisen karsinooman laajuuden arviointi, mahdollinen multifokaalisuus, toisen rinnan piilevän syövän diagnostiikka ja arvio potilaan soveltuvuudesta ihoa säästävään rinnanpoistoleikkaukseen. (Käypä Hoito 2009.)

Kaikista mammografialla löydettyistä muutoksista otetaan neulanäyte. Näyte otetaan mieluiten paksuneulalla ultraääniohjauksessa. Näytteitä otetaan useita. Tuumorimassoista vähintään kolme ja kalkkeutumista vähintään viisi. Jos rinnan muutosta ei saada palpoitua, merkitään muutos väkälangoilla neulan avulla. Merkintä voidaan myös tehdä radioaktiivisella väriaineella. Muutos poistetaan leikkauksessa aina riittävän laajasti ja poistettu massa lähetetään aina patologille tutkittavaksi. (Käypä Hoito 2009.)

Vartijaimusolmuketutkimus tehdään, jos potilaalla on havaittu ultraäänellä yksittäinen korkeintaan 3 cm läpimitaltaan oleva invasiivinen kasvain kainalossa. Tästä tutkimuksesta on hyötyä myös, jos potilaalla on laaja-alainen intraduktaalin karsinooma joka leikataan niin, että koko rinta poistetaan. Jos vartijaimusolmukkeessa ei ole metastasointia, ei taudin uusiutuminen ole todennäköistä 2–5 vuoden seurannassa. Jos kainalossa havaitaan metastaaseja vartijaimusolmukkeessa, tyhjennetään kainalo kokonaan. (Käypä Hoito 2007.)

4 RINTASYÖVÄN HOITOMENETELMÄT JA SEURANTA

Rintasyövän hoito keskittyy radiologian, patologian, kirurgian, plastiikkakirurgian ja onkologian erikoisaloille. Tämä moniammatillinen hoitotiimi takaa potilaan laadukkaan hoidon. (Käypä Hoito 2007.)

4.1 Kirurginen hoito

Rintasyöpä hoidetaan yleensä kirurgisesti. Leikkauksessa poistetaan syöpäsolut rinnasta ja kainalosta. Leikkausmenetelmä voi olla rintaa säästävä tai koko rinnan poisto. Säästävässä leikkauksessa poistetaan myös vähän tervettä kudosta. Näin varmistetaan, ettei pahanlaatuisia soluja jää leikkausalueelle. Koko rinnan poistoon voidaan päätyä siksi, että kasvain on suuri tai niitä on monta samassa rinnassa. Koko rinnan poiston leikkauksen jälkeen voidaan tehdä rinnan korjausleikkaus. (Rintasyöpä n.d.a.)

Rintaa säästävä leikkaus eli rinnan osapoisto, voidaan yleensä tehdä yli puolelle rintasyöpää sairastaville naisille. Osapoisto on aiheellinen, jos kasvain voidaan poistaa turvallisesti niin, että jäljelle jäävästä rintakudoksesta voidaan rakentaa esteettisesti kelvollinen rinta. Rinnan muotoilussa käytetään plastiikkakirurgisia leikkausmenetelmiä eli onkoplastisia toimenpiteitä. Kasvain poistetaan niin, että mukaan otetaan 1–2 cm tervettä kudosta. Näin varmistetaan, että koko muutos on poistettu. Säästävä leik-

kaus voidaan tehdä myös niin, että käytetään rinnanpienennystekniikkaa. Samassa leikkauksessa voidaan myös pienentää tervettä rintaa. (Hietanen, Jahkola, Kuokkanen, Rautalahti & Rosenberg 2009, 7.)

Rinnan koko poisto tehdään noin 40 prosentille rintasyöpöpotilaista. Sitä suositellaan, jos kasvain on laajalle levinnyt, sairastava nainen on alle 35-vuotias, naisella on periytyvä uusiutumisen riski tai leikattavaan rintaan on annettu aiemmin sädehoitoa. Leikkauksessa poistetaan koko rinta ja nänni, niin, että jäljelle jää vain sileä rinnan seinämä. Ihoa voidaan kuitenkin jättää mahdollisen proteesin asettamista varten. Nännin säästämistä voidaan ajatella, jos kasvain on sijainnut siitä kaukana. (Hietanen ym. 2009, 8.)

Kasvaimen leviäminen kainalon imusolmukkeisiin selvitetään tyhjentämällä kainalon imusolmukkeet ja rasvakudos leikkauksen yhteydessä. Imusolmukkeista tutkitaan 10–16 imusolmuketta. Syövän uusiutumisen riski on pieni, jos kainalosta on poistettu yli 10 imusolmuketta ja niistä yhdeksäkään ei ole havaittu metastasointia. Tällä toimenpiteellä saavutetaan 5 prosentin elonjäämisetu, jos poikkeavia imusolmukkeita ei ole löydetty. (Käypä Hoito 2007.)

4.2 Korjausleikkaukset

Rinnan kokopoiston jälkeen voidaan uusi rinta rakentaa potilaan omasta kudoksesta tai proteesilla tai yhdistämällä molempia. Tämän leikkauksen nimi on rintarekonstruktio. Syövän vakavuusaste vaikuttaa rinnankorjausleikkauksen ajankohtaan. Korjaus voidaan tehdä rinnanpoistoleikkauksen yhteydessä tai vuoden kuluttua sädehoidon loppumisesta. Tämä siksi, että kudoksien toipuminen on varmaa vasta silloin. Sädehoito voi vaikuttaa negatiivisesti sekä omakudossiirrännäiseen, että proteesiin lisäämällä kapseloitumisen riskiä. Turvallisinta on tehdä korjausleikkaus 1–3 vuoden kuluttua kasvaimenpoistoleikkauksesta. (Hietanen ym. 2009, 9.)

Syöpäleikkauksen yhteydessä tehtävää korjausleikkausta kutsutaan välittömäksi rinnankorjausleikkaukseksi. Tämä on vaihtoehto käy naisille, joilla on hyväennusteinen monipesäkkeinen syövän muoto tai rinta poistetaan syövän esiasteen takia. Välitön korjausleikkaus voidaan tehdä myös aiemmin leikattuun rintaan, jossa on syövän uusiutuma tai uusi syöpäkasvain, joka on hyväennusteinen. Tässä leikkaustavassa etuna on, että rinnan ihon tunto säilyy ja näkyviä arpia jää vähemmän, kuin myöhäiskorjauksessa. (Hietanen ym. 2009, 9.)

Samoja leikkausmenetelmiä käytetään niin välittömissä korjausleikkauksissa, kuin myöhemmin tehtävissäkin. Leikkaustapa määräytyy sen mukaan, kuinka paljon rintakudosta on jäljellä ja voidaanko poistettu rinta korvata potilaan omalla kudoksella vai proteesilla. Kudoksia voidaan siirtää lähinnä vatsalta tai selästä. Joskus siirre voidaan ottaa myös reidestä tai pakaralan alueelta. Proteesileikkaus on pienempi toimenpide, mutta se saattaa aiheuttaa korjausleikkauksen myöhemmin. Paras tulos proteesileikkauksessa saadaan, jos proteesi asetetaan samalla molempiin rintoihin. Omakudos siirrännäisellä saadaan luonnollisempi tulos ja korjattu rinta ikäänntyy samassa tahdissa terveen rinnan kanssa. Menetelmää valittaessa on

muistettava yksilöllisyys sekä potilaan ruumin rakenne ja omat toiveet. Tavoitteena on rakentaa yhdenmukainen rinta terveen rinnan pariaksi. (Hietanen ym. 2009, 10.)

Rinnan korjaukseen voidaan käyttää selästä otettavaa lihaskielekettä eli lattissimus dorsi kielekettä (LD-kieleke). Kieleke käännetään selän puolelta korjattavan rinnan päälle. Tämä sopii hoikille pienirintaisille naisille tai keskivartaloltaan tukeville, jos terve rinta ei ole kovin suuri. Vatsasta otettavalla kielekkeellä voidaan rakentaa aidon näköinen ja tuntuinen rinta. Tämä leikkaustapa soveltuu useimmille naisille. Tätä ei kuitenkaan suositella lihaville tai laihoille naisille eikä yli 65-vuotiaille. Leikkausta ei voida tehdä, jos vatsaan on aikaisemmin tehty rasvakudoksen pienennysleikkaus. (Hietanen ym. 2009, 12–13.)

Rinnankorjausleikkauksissa käytetään silikoniproteesia yksin tai yhdessä selkäkielekkeen kanssa. Proteesi asetetaan rintalihaksen alle, jos sitä käytetään ilman kielekettä. Korjausleikkaus voidaan tehdä myös säädettävällä kudoslajenninproteesilla. Sen avulla rinnan kokoa voidaan säädellä jälkeensäpäinkin. Kudosenyntyin eli ekspanderi on silikonipussi, joka on täytetty nesteellä. Ekspanderiin ruiskutetaan keittosuolaa 3–6 kuukautta viikon välein. Lopulta ekspanderi poistetaan ja venytettyyn rintaan asetetaan pysyvä silikoniproteesi. Tällä leikkausmenetelmällä ei voida tehdä kookasta rintaa. (Hietanen ym. 2009, 15.)

4.3 Sädehoito

Yksi hoitomuoto on sädehoito. Leikkauksen jälkeen sädehoito on tarpeen, jos kasvain on ollut suuri tai se on levinnyt kainaloon. Sädehoito vähentää paikallisuusiutumia. Sädehoito myös vähentää kuolleisuutta. (Käypä Hoito 2007.) Säästävän leikkauksen jälkeen rinta yleensä sädetetään (Holmia ym. 2008, 625).

4.4 Lääkehoito

Sytostaatit ovat suun kautta otettavia tai suonensisäisiä lääkkeitä, joita kutsutaan myös solunsalpaajiksi. Ne tappavat syöpäsoluja tai estävät niiden lisääntymisen. Nämä lääkehoitot kulkeutuvat kaikkialle elimistöön, joten ne ovat tehokkaita myös levinneen syövän hoidossa. Juuri tämän kulkeutumisen takia ne aiheuttavat paljon haittavaikutuksia elimistössä. Solunsalpaajahoidoa voidaan antaa ennaltaehkäisevästi, jos kasvaimen uusiutumisen riski on suuri. (Rintasyöpä n.d.b.)

Solunsalpaajahoidoa voidaan antaa pääkasvaimen leikkauksen jälkeen ns. liitännäishoitona. Hoidon tarkoituksena on tuhota elimistöön jääneet syöpäsolut. (Syöpäinfo n.d.) Liitännäislääkehoitona annettu yhdistelmäsolunsalpaajahoido vähentää kuolleisuus- ja uusiutumisprosenttia. Liitännäishoidoksi solunsalpaajalääkitystä annetaan aina 65–75 ikävuoteen asti, potilaan yleistila huomioonottaen. Ikääntyneillä potilailla solunsalpaajahoitoon liittyvät riskit ovat suuremmat, kuin nuorilla potilailla. (Käypähoito 2007.)

Solunsalpaajahoito on tyypillisesti usean eri lääkeaineen yhdistelmä. Solunsalpaajat valitaan niin, että ne aiheuttaisivat mahdollisimman vähän haittavaikutuksia. Tämä toteutuu niin, että valitaan solunsalpaajia, jotka vaikuttavat kaikki eri tavalla. Näin hoidosta saadaan mahdollisimman paras hyöty irti ja haittavaikutukset minimoituvat. Solunsalpaajat voivat olla suonensisäisesti tai suun kautta annosteltavia lääkeaineita. Niitä annostellaan kolmen-neljän viikon välein. Tällainen annostelurytmi mahdollistaa elimistön palautumisen hoitokertojen välillä mutta ei mahdollista syöpäsolujen uudelleen kasvamista hoitokertojen välillä. Joitakin suonensisäisesti annosteltavia lääkeyhdistelmiä voidaan annostella viikoittain ja suun kautta otettavia solunsalpaajia voidaan ottaa jopa päivittäin. Lääkehoito määräytyy yksilöllisesti. (Syöpäinfo n.d.)

Koska solunsalpaajahoito vaikuttaa koko elimistöön, aiheuttaa se paljon haittavaikutuksia. Suurimmat haittavaikutukset kohdistuvat elimistön nopeasti uusiutuviin normaalisoluihin, kuten luuytimen kantasoluihin. Tällöin haittavaikutuksina ovat anemia ja elimistön vastustuskyvyn aleneminen. Solunsalpaajahoito aiheuttaa tyypillisesti myös vaurioita karvatupisoluihin, joka puolestaan aiheuttaa hiustenlähtöä. Toinen tyypillinen haittavaikutus on pahoinvointi. Haittavaikutusten hoitoon ja ehkäisyyn on olemassa lääkkeitä. (Syöpäinfo n.d.)

Potilaan sitoutuminen hoitoon on ensisijaista, koska hoito kestää yleensä pitkään. Tutkimuksin on todettu, että potilaat haluaisivat solunsalpaajahoidon olevan yksilöllisempää, myös hoidon järjestelyt ovat potilaiden mielestä heikkoja, mutta hoidon laatua on keuhuttu jopa erinomaiseksi. (Puro, Suhonen, Vastamäki & Vehmas 2007, 20.)

Solunsalpaajayhdistelmän lisäksi suositellaan viiden vuoden tamoksifeenihoitoa naisille, joilla syövän uusiutumisen riski on keskisuuri tai suuri. Alle 35-vuotiaiden potilaiden kohdalla mietitään aina liittännäislääkehoitoa, koska nuorilla syövän uusiutumisriski on suurempi. Hormonaalinen liittännäishoito aloitetaan aina sädehoidon yhteydessä. Hormonaalisen lääkkeen valintaan vaikuttavat syövän uusiutumisvaara, hormonireseptorimääritykset ja muut ennustetekijät. (Käypä Hoito 2007.)

Käytettyjä hormonilääkkeitä ovat tamoksifeeni, LHRH-analogi-gosereliini ja aromataasinestäjät. Tamoksifeenihoitoa annetaan aina viiden vuoden ajan ja sitä käytetään 20 mg vuorokaudessa suun kautta otettuna. Sen yleisimpiä haittavaikutuksia ovat hikoilu ja kuumat aallot. LHRH-analogi-gosereliinilla lopetetaan munasarjojen estrogeenituotanto. Tämä saattaa aiheuttaa jopa ennenaikaiset vaihdevuodet. Lääke annostellaan ihon alle asennettavalla kapselilla, joka vaihdetaan neljän viikon välein. Hoito kestää 2–5 vuotta. Aromataasinestäjät sopivat vain vaihdevuodet jo ohittaneille naisille. Käytettyjä aromataasinestäjiä ovat anastrotsoli, letrotsoli ja eksemestaani. Näitä lääkkeitä voidaan käyttää liittännäishoitona viiden vuoden ajan, vaihtovuoroisena liittännäishoitona 2–3 vuoden ajan, sen jälkeen kun tamoksifeeniä on käytetty 2–3 vuotta. Jatkettuna liittännäishoitona tamoksifeenihoitoon jälkeen näitä voidaan käyttää 2–5 vuoden ajan. Näiden yleisimpiä haittavaikutuksia ovat hikoilu ja nivelvaivat ja ne saattavat aiheuttaa osteoporoosia. Anastrotsolia otetaan suun kautta päivittäin

1 mg viiden vuoden ajan. Letrotsolia otetaan 2,5 mg suun kautta viiden vuoden ajan. Tamoksifeeni voidaan vaihtaa eksemestaaniin 2–3 käyttövuoden jälkeen. Silloin annos on 25 mg päivittäin suun kautta otettuna 2–3 vuoden ajan. (Käypä Hoito 2007).

Potilailla, joilta on löydetty kainalosta metastaasi, käytetään taksaaneja liittänohoitona. Taksaaneja ovat doketakselin ja paklitakselin, joista käytetympi on doketakselin. Jos potilas on HER2-positiivinen, mutta kainalosta ei ole löytynyt etäpesäkkeitä, käytetään taksaanihoitoa joka tapauksessa. (Käypä Hoito 2007.)

Noin 20 prosenttia rintasyövistä on HER2-positiivisia. HER2-positiivinen eli biologisesti aggressiivinen rintasyöpä hoidetaan sen vasta-aineella trastutsumabiinilla. Sen mahdollisia haittavaikutuksia voivat olla flunssan oireet ja niitä esiintyy yleensä ensimmäisen tiputuksen aikana. Trastutsumabi voi vaikuttaa myös sydämen pumppausvoimaan ja sen vuoksi pumppausvoimakkuutta mitataan säännöllisesti hoidon aikana. (Rintasyöpä n.d.c.)

4.5 Rintasyövän uusiutuminen ja seuranta

Rintasyövän uusiutumisen seurantatiheydet vaihtelevat sairaanhoitopiireittäin. Matalan uusiutumisen riskin eli alle kahden senttimetrin kasvain, joka ei ole levinnyt kainaloon eikä ole HER2-positiivinen, seurannaksi riittää käynti terveyskeskuksessa puolen vuoden välein viiden vuoden ajan. Keskeisen uusiutumisen riskin potilailla seuranta kestää viisi vuotta, joista kaksi vuotta käydään onkologian poliklinikalla ja loput kolme vuotta seuranta tapahtuu terveyskeskuksessa. Potilaat, joilla on ollut neljä tai useampia metastaaseja kainalossa ja he ovat HER2-positiivisia, käyvät vuorovuosin hoitajan ja lääkärin vastaanotolla onkologian poliklinikalla viiden vuoden ajan. Tarvittavat puolivuositarkastukset hoidetaan omassa terveyskeskuksessa. (Apaja-Sarkkinen, Grip, Jukkola & Rissanen 2012.) Ensimmäinen seurantakäynti on järjestettävä kolmen kuukauden sisällä hoitojen päättymisestä. Kaikilla seurantakäynneillä tutkitaan hoidetun rinnan alue ja sen puoleisen yläraajan toiminta. Myös toinen rinta tunnustellaan, keuhkot kuunnellaan ja tutkitaan mahdolliset turvotukset. (Käypä Hoito 2007.)

Naisilta, joilla ei ole vielä ollut vaihdevuotia, otetaan mammografia vuoden välein. Vaihdevuosi-ien ohittaneilta naisilta mammografia otetaan harkinnan mukaan 1–2 vuoden välein. Suositeltavaa olisi, että rinnat ja kainalot tutkitaan ultraäänellä seurantakäyntien yhteydessä ja otetaan perusverikokeet. (Käypä Hoito 2007.) Seurantakäynneillä pyritään myös havaitsemaan hoitojen aiheuttamat haittavaikutukset ja lievittämään niitä (Hoitoketjutyöryhmä 2010). Keskeistä seurannassa on havaita mahdollinen toisen rinnan syöpä tai paikallinen uusiutuma mahdollisimman varhain (Käypä Hoito- toimitus 2005).

Kaikilla seurantakäynneillä tulee ottaa huomioon potilaan henkisen voimavarat ja psyykinen jaksaminen (Käypä Hoito 2007). Tutkimuksin on osoitettu, että tuen saanti terveyden huollosta on koettu riittämättömäksi.

Suurimman tuen potilaat ovat kokeneet saaneensa läheisiltään. (Kaunonen, Maukonen, Rantanen, Salonen & Suominen 2011. 282.) Hoitohenkilöstön tulisi kiinnittää enemmän huomiota naisellisuuden tukemiseen. Rintasyöpäpotilaan mahdollisuus eheytyä riippuu pitkälti hoitajien antamasta tiedollisesta tuesta. Tieto rauhoittaa potilaan mieltä ja toimii näin psyykkisenä tukena. On todettu, että hoitajan vastaanotto mahdollistaa paremman psyykkisen tuen, sillä aikaa asioiden läpikäymiseen on enemmän, kuin lääkärin vastaanotolla. Potilaat kaipaavat yksilöllistä tukea ja ohjausta, eivät niinkään ryhmäohjausta. (Leino 2011.) On todettu, että henkilökohtaisesti annettu lähiohjaus edistää rintasyöpäpotilaiden sairaudesta toipumista. Rintasyövän leikkauksen ja hoitojen jälkeen hoitajan tekemät puhelinoitot potilaalle kotiin on koettu toimiviksi ja tarpeellisiksi toipumisen edistämisen kannalta. (Salonen 2011).

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Aihe valittiin toukokuussa 2011, jolloin pidettiin ideaseminaari. Opinnäytetyön työelämän yhteyshenkilöä tavattiin syksyn 2011 aikana kerran, jolloin selvitettiin työn tilaajan näkemys tulevasta opinnäytetyöstä. Kirjallisuuskatsaus aloitettiin syksyllä 2011 ja se jatkui kevääseen 2012. Tutkimussuunnitelma tehtiin vuoden 2012 alussa, jolloin oli myös väliseminaari opinnäytetyötä koskien. Tutkimuksen luvat haettiin helmikuussa 2012. Luvat haettiin kahdelta eri organisaatiolta, koska tutkimusta tehtiin kahdessa eri sairaalassa. Haastattelurunko tehtiin helmikuussa ja haastattelut toteutettiin kevään 2012 aikana. Haastattelumateriaalit litteroitiin heti.

Opinnäytetyön kirjallista osaa alettiin kirjoittaa elokuussa 2012 ja se jatkui syyskuulle. Kirjallisen osuuden jälkeen keskityttiin litteroidun tekstin auki kirjoittamiseen. Sisällön analyysiä ei pystytty tekemään, koska tekstit olivat niin erilaisia. Työn tulokset kirjoitettiin auki syys-lokakuun aikana.

5.1 Aineiston keruu ja kohdejoukko

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Aineiston keruu tapahtui kirjallisuuskatsauksella sekä teemahaastatteluilla.

Salanterä & Huplin (2003) mukaan hoitotyöstä saatavaa tietoa voi etsiä kirjoista, hoitotyön tieteellisistä julkaisuista, lehdistä ja Internetistä. Etsittäessä tieteellistä tietoa, on kuitenkin tärkeää arvioida tietoa kriittisesti. Lähdeä arvioitaessa, on aina pohdittava sen luotettavuutta. Kirjoista ja lehtiartikkeleista saatava tieto on usein faktatietoa, mutta siihenkin on suhtauduttava kriittisesti. Internetistä saatavaan tietoon tulee aina suhtautua erittäin kriittisesti, koska se ei aina ole asiantuntijoiden kontrolloimaa. (Soikkeli 2011.)

Käytetyt hakukoneet olivat Linda, Arto, Medic, Terveysportti, Theseus, joista parhaiten tietoa saatiin Terveysportista. Hakusanoina käytettiin; rintasyöpä, hoitopolku, rintasyöpäpotilaan hoitopolku sekä hoitoketju. Hakusanoilla etsittiin myös internetin hakukone Googlessa osumia. Internetistä löytyi muutama hyvä ja luotettava sivusto, kuten cancer.fi, rintasyöpä.fi ja suomensyöpärekisterin sivusto. Lähteet valittiin niiden hyödynnettävyyden mukaan. Työhön pyrittiin käyttämään mahdollisimman uusia julkaisuja, jotta tieto ei olisi vanhentunutta.

Sairaalassa, jossa toteutetaan solusalpaajahoido ja rinnan korjausleikkauksia, haastateltiin kahta onkologian sairaanhoitajaa ja onkologia. Haastattelut valittiin työelämän yhteyshenkilön toimesta ja haastatteluun osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. Sairaalassa, jossa toteutetaan kasvaimen kirurginen hoito, haastateltiin kahta kirurgian poliklinikan sairaanhoitajaa ja yhtä kirurgian vuodeosaston sairaanhoitajaa. Kirurgianpoliklinikan hoitajien haastattelu tapahtui ryhmähaastatteluna eli kahta sairaanhoitajaa haastateltiin samanaikaisesti. Haastateltavat valikoituivat kyseisen osaston osastonhoitajan valitsemina ja perustuivat vapaaehtoisuuteen.

Teemahaastattelut toteutettiin ennalta sovittuna ajankohtana. Haastattelijat menivät haastateltavien luokse ja haastattelut toteutettiin silloin, kun haastateltaville parhaiten sopi. Haastattelun alussa haastateltava sai saatekirjeen (ks. liite 1), jossa kerrottiin opinnäytetyöstä ja tietoisesta suostumuksesta. Haastattelun tarkoitus oli olla keskustelua, jota haastattelurunko (ks. liite 2 ja liite 3) ohjaa. Haastattelurunko oli haastattelijoiden muistilistana apuna keskustelussa. Ennen varsinaisia haastatteluja, haastattelurunko esitettiin opinnäytetyön työelämän yhteyshenkilöllä. Esitestauksesta saatua materiaalia käytettiin hyödyksi. Esitestauksella selvitettiin myös haastatteluun kuluva aika. Haastattelut nauhoitettiin ja aineisto purettiin paperille. Äänitteet ja paperit tuhottiin, kun opinnäytetyö oli valmis. Haastateltavan anonymiteetti säilyi koko prosessin ajan.

Haastatteluissa yksi oli haastattelija, yksi teki muistiinpanoja ja yksi havainnoi. Muistiinpanojentekijä ja havainnoija molemmat nauhoittivat haastattelun eri laitteilla, jotta äänitteestä saatiin heti varmuuskopio. Työnjako joka haastattelussa oli sama. Haastattelujen kesto vaihteli suuresti. Esitestauksessa haastattelu kesti noin tunnin, kun taas vuodeosaston sairaanhoitajan haastattelu kesti vain noin 15 minuuttia. Loput haastattelut olivat noin puolen tunnin mittaisia. Pääosin tunnelma haastattelutilanteissa oli hyvä. Muutamia häiriötekijöitä oli, kuten haastateltavan puhelimen soiminen. Tämä ei kuitenkaan ollut mitenkään merkittävää haastattelun tuloksen kannalta.

Haastattelurunko olisi voinut olla parempi, koska sen avulla ei saatu haluttua tietoa tarpeeksi. Haastattelutilanteessa haastattelija joutui esittämään paljon lisäkysymyksiä, joita ei haastattelurungossa ollut. Tämä ongelma ei kuitenkaan ilmennyt esitestauksessa, koska haastateltava oli niin hyvin valmistautunut tilanteeseen.

5.2 Aineiston analysointi ja raportointi

Sisällön analyysillä saadaan tutkittavasta materiaalista tiivistettyä tietoa niin, että siitä voidaan tehdä johtopäätöksiä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103). Luokittelujen tekeminen nousee suureen asemaan laadullisessa aineiston analyysissä (Hirsjärvi ym. 2009, 232). Ensimmäiseksi tutkittavasta materiaalista on valittava tärkeimmät asiat. Seuraavaksi aineisto luetaan moneen kertaan ja tekstistä erotellaan oman tutkimuksen kannalta tärkeimmät asiat. Erotellut asiat kerätään yhteen. Sitten ne luokitellaan tai teemoitetaan. Viimeiseksi kirjoitetaan yhteenveto. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92.)

Tarkoituksena oli hakea vastauksia teemahaastattelumateriaalista tutkimuskysymykseen sisällön analyysillä. Varsinaista sisällön analyysiä ei kuitenkaan pystytty tekemään, koska materiaalit eivät olleet yhteneväisiä. Kaikista haastatteluista saatu tieto kirjoitettiin auki ja tiivistettiin asiatekstiksi opinnäytetyöhön.

6 RINTASYÖPÖTILAAN HOITOPOLKU

6.1 Rintasyövän toteaminen

Tavallisimmin nainen löytää muutoksen rinnastaan itse tai se löydetään joukkoseulonnassa. Joskus lääkäri esimerkiksi gynekologi on muutoksen löytäjä. Jos nainen on löytänyt muutoksen itse, ottaa hän yhteyttä omaan lääkäriin, joka tutkii hänet ja laittaa lähetteen mammografiaan. Terveyskeskuslääkäri tekee samalla lähetteen oman aluesairaalan kirurgian poliklinikalle ja hoitovastuu siirtyy sinne. Ohutneulanäyte otetaan yleensä jo ensimmäisen mammografian yhteydessä. Samalla tehdään ultraäänitutkimus ja radiologi antaa tarvittaessa epäilyn pahanlaatuisesta kasvaimesta. Näyte lähtee patologille tutkittavaksi ja vastaus tulee hoitavalle kirurgille. Kirurgi arvioi kiireellisyysluokan ja tekee lähetteen sairaalaan, jossa leikkaushoito toteutetaan. (Ks. liite 4)

Joukkoseulonnassa löytyneestä muutoksesta otetaan ohutneulanäyte. Potilas kutsutaan siis uudestaan tutkimuksiin paikkaan, jossa mammografia tehtiin. Sieltä lähete lähtee suoraan kirurgian poliklinikalle sairaalaan, jossa suoritetaan kasvaimen kirurginen hoito, jos epäily pahanlaatuisuudesta on vahva. Muuten potilas menee arvioitavaksi oman aluesairaalan kirurgian poliklinikalle. (Ks. liite 4)

6.2 Preoperatiivinen hoito

Potilas saa kutsun leikkaavan lääkärin vastaanotolle kirjeitse sairaalaan, jossa leikkaushoito toteutetaan. Ensikäynnillä kirurgi tutkii ja keskustele potilaan kanssa tilanteesta ja tekee tilannearvion. Samalla hän määrittelee leikkauksen kiireellisyyden. Tässä vaiheessa potilaat saavat alustavan diagnoosin sairaudestaan. Käynnin yhteydessä päätetään myös alustavasti kasvaimen leikkaustapa ja potilaat saavat muutenkin kaiken tiedon leikkausta koskien. Lääkäritapaamisen jälkeen potilas menee vielä hoitajan vastaanotolle, jossa asiat käydään tarvittaessa uudelleen läpi ja keskustellaan asioista potilaslähtöisesti. Potilas saa mukaansa syöpäyhdistyksen rintasyöpäoppaan. (Ks. liite 4)

Potilas tulee toisen kerran sairaalan, jossa leikkaus tehdään, tutustumiskäynnille kirurgian vuodeosastolle. Siellä täytetään anestesiakaavake yhdessä hoitajan kanssa ja tarkka leikkauspäivämäärä annetaan potilaalle tiedoksi. Tavallisimmin leikkaus on tämän käynnin jälkeen 2–3 viikon kuluttua. (Ks. liite 4)

6.3 Intraoperatiivinen hoito

Potilas tulee toisen kerran osastolle leikkauspäivän aamuna. Joskus osastolle voidaan saapua jo edellisenä iltana, ottaen huomioon potilaan yleiskunto. Tämä päätetään aina potilaskohtaisesti. Lopullinen leikkaustapa määräytyy leikkauksen aikana. Irrotettu kudos menee patologin tutkittavaksi jo leikkauksen aikana. Jos näyte ei ole riittävän puhdas, suurenn-

taan leikkausaluetta. Kasvaimesta otetaan näyte, josta patologi tutkii hormonipositiivisuuden ja taudin aggressiivisuuden. Leikkaava lääkäri lähettää leikkauksen alustavana lähetteenä potilaan oman aluesairaalan onkologian poliklinikalle, jossa syövän lääkehoito järjestetään. (Ks. liite 4)

6.4 Postoperatiivinen hoito

Osastolla viivytään potilaskohtaisesti 1–2 päivää. Tarvittava jatkoahoito järjestetään oman aluesairaalan kirurgian vuodeosastolla. Osastohoidon aikana potilaan luona käy sosiaalityöntekijä ja fysioterapeutti. Fysioterapeutti neuvoo leikatun käden kuntoutusohjeet ja hoitaa proteesiasiat sekä antaa väliaikaisen proteesin ja liivit potilaalle mukaan. Tarvittavat jatkokuntoutushoidot sovitaan oman terveystieteiden keskuksen fysioterapiaan. Tarvittaessa osastolla voi myös vieraila vapaaehtoinen tukihenkilö, mikäli potilas näin haluaa. Läheteet tarvittaviin taudin levinneisyystutkimuksiin tehdään osastolta käsin. Tutkimuksia ovat luustokartta ja vatsan ultraäänitutkimus. (Ks. liite 4)

Kotiutuessa potilaalla on 1–2 dreeniä. Joissakin tapauksissa dreeniä ei ole lainkaan. Dreenierittä mitataan kotona omatoimisesti. Viikon kohdalla leikkauksesta dreeneit käydään poistattamassa omassa terveystieteiden keskuksessa sairaanhoitajan vastaanotolla. Jos erityis on vähäistä, voidaan dreeneit poistaa aikaisemminkin. (Ks. liite 4)

Kontrollikäynti leikkaavan lääkärin vastaanotolle on kahden viikon kohdalla leikkauksesta. Ajan potilas saa osastolla ollessaan. Kontrollikäynnillä käydään potilaan kanssa yhdessä läpi patologin lopullinen lausunto, tarkastetaan leikkauksen alue, sekä haavat ja keskustellaan jatkohoidoista. Käynnillä potilas saa myös tiedon mahdollisesti tehdyistä levinneisyystutkimuksista. Lääkäri tekee varsinaisen lähetteen oman aluesairaalan onkologian poliklinikalle. Samalla tehdään myös lähete sädehoitoon, jos on tehty rinnan osapoisto. (Ks. liite 4)

Kolmen viikon kohdalla leikkauksesta potilaan hoitosuunnitelmasta keskustellaan leikkaavan sairaalan rintasyöpäryhmässä. Tähän osallistuu kirurgi, onkologi ja radiologi. Tieto alustavasta hoitosuunnitelmasta lähetetään hoitavalle onkologille. (Ks. liite 4)

Neljän viikon kohdalla leikkauksesta potilas käy ensimmäisen kerran oman aluesairaalan onkologian poliklinikalla. Ensikäynnillä tehdään lopullinen hoitosuunnitelma, jota varten tarvittaessa konsultoidaan yliopistollisen sairaalan rintasyöpäryhmän puheenjohtajaa. (Ks. liite 4)

Solunsalpaajahoito aloitetaan viiden viikon kohdalla leikkauksesta. Hoito annetaan oman aluesairaalan onkologian poliklinikalla. Hoidoissa käydään tavallisesti kuusi kertaa kolmen viikon välein. Mahdollisen sädehoitosuunnitelman tekee sädehoitolaäkärin ja hoito aloitetaan neljän viikon kulluttua viimeisestä solunsalpaajahoidosta. Sädehoito toteutetaan yliopistosairaalassa. (Ks. liite 4)

6.5 Seuranta

Potilas käy vuosittain oman aluesairaalan onkologian poliklinikalla seurannassa viiden vuoden ajan. Käynneillä tehdään mammografiakuvaus sekä ultraäänitutkimus ja otetaan verikokeita, joita ovat verenkuva, maksaarvot ja munuaisarvot. Lääkäri myös tekee kliinisen tutkimuksen eli palpoo molemmat rinnat. Seurannan loputtua potilas ottaa itse yhteyttä omaan lääkäriin ja käy hänen luonaan vuosittain. Käynnin yhteydessä palpoidaan rinnat. Potilaan vastuuta omaseurannasta korostetaan. Rintoja kehoitetaan tutkimaan itse kuukausittain. (Ks. liite 4)

7 POHDINTA

Tutkittaessa muita aiheesta tehtyjä tutkimuksia voidaan huomata, että rintasyöpöpotilaan psyykkistä jaksamista ei tueta tarpeeksi eikä siitä ole tehty tutkimuksia kovin paljoa. Tästä saadaan yksi jatkotutkimusidea. Varsinaisia hoitopolkukuvauksia on tehty, mutta ne eivät olleet tutkimuksia vaan lähinnä lääkäreille tarkoitettuja ohjeistuksia. Verrattaessa tässä työssä kuvattua hoitopolkua ja aikaisemmin tehtyjä hoitopolkukuvauksia voidaan todeta, että polut ovat pääosin samanlaisia. Vaihtelevuutta tämän ja jo tehtyjen hoitopolkukuvausten välillä on seuranta-ajoissa eri sairaanhoitopiireissä.

Tässä työssä kuvattu hoitopolku vastaa luettua teoretietoa aiheesta. Psyykkisen tuen tarpeen merkitys nousee esille luetuissa tutkimuksissa samoin kuin tässä työssä kuvatussa hoitopolussa. Potilaan tarve keskustella hoitajan kanssa on suuri, mutta resursseja tähän on yleensä hyvin vähän. Hoito on melko lääkärivetoista siihen asti, kunnes säännölliset hoitokäynnit onkologian poliklinikalla alkavat. Silloin potilas tapaa hoitajaa säännöllisesti ja hoidon aikana voidaan keskustella asioista potilaslähtöisesti. Tällöin potilaan ja sairaanhoitajan välille syntyy luottamuksellinen ja pitkäaikainen hoitosuhde.

7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Kun kirjallisuutta ja tutkimuksia tutkitaan, ei tule vastaan eettistä ongelmaa. Työ koostuu osaksi valmiiden tekstien analysoinnista ja sitä kautta lähdekritiikin osuus on suuri. Eettisyys tulee esiin teemahaastatteluuissa. Omien ennakoasenteiden ei saa antaa vaikuttaa haastattelun kulkuun. Suurin ongelma eettisesti on, ettei työtä voi yleistää. Sitä voidaan käyttää vain sairaalassa, josta työ on tilattu. Tekijöiden on myös perehdyttävä hyvin tutkimusmenetelmiin, jotta tulokset ovat luotettavia.

Ihmisten oikeuksiin ja kohteluun on kiinnitettävä erityistä huomiota, jos he ovat tiedon keruun välineitä. Tutkimukseen osallistuvien kohtelusta ja oikeuksista on säädetty lakeja, jotta niiden toteutuminen varmistuisi. Tutkimukseen suostuminen edellyttää, että tutkimukseen osallistujaa on informoitu monipuolisesti. Tutkittava saa kieltäytyä tai keskeyttää tutkimuksen milloin vain haluaa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 267.) Haastateltavien henkilöllisyys ei tule esille työn missään vaiheessa. Haastattelumateriaali tuhoetaan, kun opinnäytetyö on valmis. Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista ja suostumus haastateltavaksi luetaan tietoisesti suostumukseksi.

Luotettavuus on sitä, että tutkija selostaa tarkkaan koko tutkimuksen toteuttamisen eri vaiheet. Haastattelutilanteesta pitää kertoa muun muassa olosuhteet, mahdolliset häiriötekijät sekä haastatteluun käytetty aika. (Hirsjärvi ym. 2009, 232.) Luotettavuutta saattaa heikentää tutkijan huono lähdekritiikki. Tutkijan omat ennakoasenteet eivät saa vaikuttaa tutkimustuloksiin tai tutkimuksen tekemiseen. (Leino-Kilpi & Välimäki. 2008, 369-370.)

7.2 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusideat

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa erään eteläsuomalaisen sairaalan onkologian poliklinikalle. Sairaanhoitajat voivat hyödyntää opinnäytetyötä kehittäessään oman työnsä laatua. Opinnäytetyötä voi käyttää osana sairaanhoitajien toteuttamaa rintasyöpäpotilaan ohjausta ja neuvontaa. Tarkoituksena myös on, että työ selkiyttää rintasyöpäpotilaan koko hoitopolun, niin hoitohenkilökunnalle, kuin opinnäytetyön tekijöillekin. Opinnäytetyössä kuvataan hoitopolku rintasyövän toteamisesta solunsalpaajahoitoon asti.

Työtä tehdessä nousi esille muutama jatkotutkimusidea. Rintasyöpäpotilaan psyykkistä jatkamista hoitoprosessin aikana voisi olla hyvä tutkia, koska naisen psyykinen jaksaminen hoidon eri vaiheissa on huomion arvoinen asia. Haastatteluja tehdessä rintasyöpäpotilaan psyykinen jaksaminen nousi esille useaankin otteeseen. Se on kuitenkin niin laaja aihealue jo yksinään, joten meidän oli pakko jättää se pois tästä opinnäytetyöstä. Opinnäytetyöstä on rajattu pois myös sädehoidon osuus, koska sädehoidot toteutetaan eri sairaanhoitopiirin alueella ja se olisi vaikeuttanut tutkimuslupien hakemista. Siksi myös sädehoitoa rintasyöpäpotilaan hoitomuotona voisi tutkia tarkemmin jossakin toisessa opinnäytetyössä.

LÄHTEET

- Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E-L. 2006. Sairaanhoido- ja huolenpito. Helsinki: WSOY.
- Apaja-Sarkkinen, M., Grip, M., Jukkola, A. & Rissanen, T. 2012. Rintasyöpä. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Terveysportti. Viitattu 20.9.2012.
http://www.terveysportti.fi.proxy.hamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=rintas y%C3%B6v%C3%A4n%20uusiutuminen
- Asikainen, P., Maass, M., Mäenpää, T. & Suominen, T. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävä tiedonsiirto ja yhteistoiminta aluetietojärjestelmän käyttöönottoaiheessa. *Hoitotiede* 20 (2) 59–69.
- Gästrin, G. 2012. Rintasyövän toteaminen. *Terveydenhuolto ja naiset yhdessä*. Hämeenlinna: Tammi.
- Hietanen, H., Jahkola, T., Kuokkanen, H., Rautalahti, M. & Rosenberg, L. 2009. Rinnankorjausleikkauksen käsikirja. Suomen syöpötilaat ry.
- Hirsjärvi, S. , Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki- ja kirjoita. Hämeenlinna: Tammi.
- Hoitoketjutyöryhmä. 2010. Rintasyöpötilaan diagnostiikka ja hoito PSHP:n alueella. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Terveysportti. Viitattu 20.9.2012.
http://www.terveysportti.fi.proxy.hamk.fi:2048/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=shp00953&p_haku=rintas y%C3%B6v%C3%A4n%20hoitoketjut
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätauti-, kirurgisten sairauksien ja syöpätautihoito. Helsinki: WSOY.
- Huovinen, R. 2010. Rintasyöpä. Lääkärin käsikirja. Terveysportti. Viitattu 1.10.2012.
http://www.terveysportti.fi.proxy.hamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=rintas y%F6p%E4
- Jahkola, T. & Vironen, J. 2004. Rintasyöpötilaan hoitopolun sujuvuus. Kyselytutkimuksen tulokset Helsingin ja Espoon alueella. *Suomen lääkäri-lehti*. 59(13) 1405-1408. Terveysportti. Viitattu 16.10.2012.
http://www.terveysportti.fi.proxy.hamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=rintas y%C3%B6p%C3%A4potilaan%20hoitopolun%20sujuvuus
- Kaunonen, M., Maukonen, M., Rantanen, A., Salonen, P. & Suominen, T. 2011. Elämänlaatu vuosi rintasyöpäleikkauksen jälkeen. *Hoitotiede* 23(4), 273–284.
- Käypä Hoito 2009. Rintasyöpä (diagnostiikka ja seulonta). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Rintasyöpäryhmä ry:n asettama työryhmä. Terveysportti. Viitattu 1.10.2012.

http://www.terveysportti.fi.proxy.hamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=rintasy%C3%B6p%C3%A4

Käypä Hoito 2007. Rintasyöpä (hoito ja seuranta). Suomalaisen Lääkäri-seuran Duodecimin ja Suomen Rintasyöpäryhmä ry:n asettama työryhmä. Terveysportti. Viitattu 14.2.2012. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=rintasy%F6p%E4

Käypä Hoito-toimitus 2005, Rintasyövän diagnostiikka ja seuranta. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 121(1):111-3. Terveysportti. Viitattu 1.10.2012. Terveysportti. http://www.terveysportti.fi.proxy.hamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=rintasy%C3%B6p%C3%A4

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 17.10.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Leino, K. 2011. Pirstaloitumisesta kohti naisena eheytymistä. Substantiivinen teoria rintasyöpäpotilaan sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana. Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Puro, M., Suhonen, R., Vastamäki, R. & Vehmas, P. 2007. Solunsalpaajahoidossa olevien potilaiden arvioima hoidon laatu. Tutkiva Hoitotyö 5(3)16–21

Raudasoja, L. 2007. Rintakasvaimen/-syövän hoitoketjun jatkuvuus ja asiakaskeksisyys-tapaustutkimus. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Rintasyöpä n.d.a. Rintasyövän hoitaminen. Leikkaus. Viitattu 1.10.2012. http://www.rintasyopa.fi/rintasyovan_hoitaminen/leikkaus

Rintasyöpä n.d.b. Rintasyövän hoitaminen. Solunsalpaajahoito. Viitattu 1.10.2012. http://www.rintasyopa.fi/rintasyovan_hoitaminen/solunsalpaajahoito

Rintasyöpä n.d.c. Rintasyövän hoitaminen. HER2-reseptorin toiminnan esto. Viitattu 1.10.2012. http://www.rintasyopa.fi/rintasyovan_hoitaminen/her2_reseptorin_toiminnan_esto

Salonen, P. 2011. Quality of life in patients with breast cancer. A prospective intervention study. Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja.

Sankila, R. 2010. Kuka sairastuu rintasyöpään? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Terveysportti. Viitattu 1.10.2012.

http://www.terveysportti.fi.proxy.hamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=rintasy%C3%B6p%C3%A4

Soikkeli, M. 2011. Rintasyöpäpotilaan kirurginen hoitoprosessi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteissä. Saimaan ammattikorkeakoulu. Hoitotyö. Opinnäytetyö.

Suomen akatemia 2006. Suomen akatemia tutkii: Hoitoketju toimivaksi terveydenhuollossa. Viitattu 30.9.2011.
http://www.deski.fi/page.php?page_id=9&tiedote_id=3090

Suomen syöpärekisteri 2012a. Yleisimmät syövät vuonna 2012, NAISSET. Viitattu 14.2.2012.
<http://www.stats.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin002li0.html>

Suomen syöpärekisteri 2012b. Syöpäpotilaiden eloonjäämisluvut. Viitattu 14.2.2012. <http://www.cancer.fi/syoparekisteri/tilastot/syopapotilaiden-eloonjaamisluvut/>

Suomen syöpärekisteri 2012c. Yleisimmät syöpäkuolemansyyt vuonna 2010, NAISSET. Viitattu 14.2.2012.
<http://stats.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0021m0.html>

Syöpäinfo n.d. Lääkehoito. Viitattu 11.10.2012.
<http://www.syopainfo.fi/syovan-hoito/laakehoito.html>

Syöpäjärjestöt n.d. Rintasyöpä. Viitattu 30.9.2011.
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/rintasyopa/>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä; Gummerus.

SAATEKIRJE

Hei!

Olemme kolme kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijaa Hämeen ammattikorkeakoulusta (HAMK) Forssan yksiköstä. Teemme opinnäytetyön aiheesta Rintasyöpäpotilaan hoitopolku hoitajan näkökulmasta. Työn on tilannut FSTKY:n Onkologian poliklinikka.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa onkologian poliklinikalle. Tiedon avulla he voivat kehittää oman työnsä laatua. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää ja kuvata tämän seutukunnan potilaan hoitopolku rintasyövän toteamisesta aina kirurgiseen hoitoon ja solunsalpaajahoitoon asti.

Toivoisimme, että auttaisitte meitä selvittämään rintasyöpäpotilaan hoitopolun alueellamme. Tieto on tärkeää, koska sitä voidaan hyödyntää jatkossa rintasyöpäpotilaan hoitotyössä. Keräämme tietoa tekemällä teemahaastattelun, jonka nauhoitamme. Henkilöllisyytesi ei paljastu työn missään vaiheessa. Nauhat ja muu materiaali, koskien haastatteluja tuhoataan opinnäytetyön valmistuttua. Osallistuminen haastatteluun on vapaaehtoista, mutta toivoimme, että olisit kanssamme osallisena hoitotyön kehittämisessä.

Kaikkiin opinnäytetyötä koskeviin kysymyksiin vastaamme mielellämme. Parhaiten meidät tavoittaa sähköpostilla.

Ystävällisin terveisin,

Jenny Hipp
jenny.hipp@student.hamk.fi

Janika Kuisma
janika.kuisma@student.hamk.fi

Karoliina Okker
karoliina.okker@student.hamk.fi

TEEMAHAASTATTELURUNKO 1

Millainen on rintasyöpäpotilaan hoitopolku kyseisessä yksikössä?

1. Potilas
Ikä? Anamneesi? Yhteiskunnallinen status?
 2. Potilaiden määrä
 3. Hoitoon hakeutuminen
Mistä tullut? Miten? Kenen aloitteesta hoitoon? Joukkoseulonta?
 4. Oireet
Millaisia? Kipu? Ihomuutokset?
 5. Aikataulu
Kuinka nopeasti oireiden huomaamisesta tutkimuksiin? Kuinka nopeasti saa hoitoa?
 6. Diagnoosi
Miten todettu? Kuka tehnyt? Eri muodot?
 7. Hoito
Eri syöpämuotojen hoito? Erot? Hoitomuodot? Missä hoito tapahtuu? Miten hoitoon pääsee? Leikkaushoito?
 8. Seuranta
Miten? Kuka tekee? Kuinka kauan?
- Esimerkkipotilas?
Haluatko kertoa, jonkun esimerkkitapauksen hoitopolun?

TEEMAHAASTATTELURUNKO 2

Millainen on rintasyöpäpotilaan hoitopolku kyseisessä yksikössä?

1. Potilas
Ikä? Anamneesi?
2. Potilaiden määrä
3. Hoitoon hakeutuminen
Miten lähete? Kuka lähettää? Mitä potilaan sairaudelle tehty ennen leikkausta tai onko mitään? Miten valmisteltu potilasta?
4. Leikkaushoito
Eri leikkausmenetelmät? Erot? Miten ne määräytyy?
5. Osastoseuranta
Kuinka kauan? Miksi? Eroja?
6. Seuranta/Jatkohoito
Kuka seuraa? Miten? Kuinka usein?

Esimerkkipotilas?

Haluatko kertoa, jonkun esimerkkitapauksen hoitopolun?

KUVIO

