



Rintasyöpäpotilaan hoitotyö leikkauksen jälkeen

Kotihoito-ohjeet dreerien käytöstä

Virpi Matilainen
Emmi Ora

OPINNÄYTETYÖ
Marraskuu 2025

Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma

MATILAINEN, VIRPI & ORA, EMMI:
Rintasyöpäpotilaan hoitotyö leikkauksen jälkeen
Kotihoito-ohjeet dreerien käytöstä

Opinnäytetyö 48 sivua, joista liitteitä 4 sivua
Marraskuu 2025

Tässä opinnäytetyössä tuotettiin selkeät kotihoito-ohjeet rintasyöpäleikkattujen potilaiden dreerien käytöstä. Opinnäytetyössä selvitettiin, mitä on rintasyöpä, miten sitä hoidetaan, mitä tulee huomioida potilaan hoidossa rintasyöpäleikkauksen jälkeen ja minkälaista on hyvä potilaan ohjaus. Opinnäytetyön tavoitteena on kotihoito-ohjeen avulla mahdollisesti tuoda turvallisuuden tunnetta potilaalle kotiutumisen jälkeen sekä helpottaa hoitajan antamaa potilasohjausta. Opinnäytetyön tuotos on tilaustyö, ja se tulee tilaajayksikön käyttöön kaikilla oikeuksilla.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tehtiin rintasyöpäleikatuille potilaille kotihoito-ohjeet dreerien käytöstä. Opinnäytetyö sisältää teoriaosuuden sekä kotihoito-ohjeet. Opinnäytetyö keskittyy rintasyöpään, dreeneihin ja potilaan ohjaukseen. Opinnäytetyö käsittelee vain leikkauspotilaiden ohjausta ja muutamia dreenejä, joita laitetaan rintasyöpäleikkauksen yhteydessä.

Kotihoito-ohjeet tehtiin Word-tiedostona. Ohjeet sisältävät yleistä tietoa dreeneistä sekä siitä, kuinka dreeni tyhjennetään oikein. Ohjeessa on esimerkki mittataulukosta eritemäärien seuraamiseen sekä dreerin juuren hoito-ohje. Lisäksi ohjeessa on esimerkkejä oireista, joihin tulee kiinnittää huomiota, jos niitä tulee.

Ohjeet on otettu käyttöön tilaajalla. Jatkossa kotihoito-ohjeiden säännöllinen päivittäminen on suositeltavaa, sillä ajan kuluessa käytössä olevat dreenityypit sekä niiden valmistajat voivat muuttua. Kotihoito-ohjeen voisi kirjoittaa myös englanniksi, sillä osa potilaista tai heidän omaisistaan ei välttämättä puhu suomea, jolloin englanninkielinen ohjeistus parantaisi kotihoito-ohjeiden ymmärrettävyyttä sekä edistäisi yhdenvertaista hoitoa.

Asiasanat: rintasyöpä, rintasyöpä leikkaus, kliininen hoitotyö, dreeni, kotihoito-ohje, potilasohjaus, potilasohje.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

MATILAINEN, VIRPI & ORA, EMMI:
Postoperative Nursing Care of Breast Cancer Patient
Home Care Instructions for Using Drains

Bachelor's thesis 48 pages, appendices 4 pages
November 2025

The aim of this thesis was to develop clear home care instructions for patients who have undergone breast cancer surgery, focusing specifically on the management of various drains. The thesis includes a theoretical section on breast cancer, its treatment, postoperative patient care, and patient guidance, alongside practical home care instructions. These instructions were prepared using a Word template.

The thesis provides information on drains, proper emptying procedures, monitoring fluid amounts, care of the drain site, and warning signs to be aware of. The goal was to enhance the patient's sense of safety after discharge and to support nurse-delivered guidance. It is recommended that the instructions be updated regularly, and an English version could improve understanding and promote equal care for non-Finnish-speaking patients or their relatives.

Key words: breast cancer, breast cancer surgery, clinical nursing, drain, home care instructions, patient guidance, patient instructions.

TEKOÄLYN KÄYTTÖ OPINNÄYTTEESSÄ

Opinnäytteessäni on käytetty tekoälysovelluksia:

Ei

Kyllä

Ilmoitukseni mukaan olen käyttänyt opinnäytteessäni opinnäytetyöprosessin aikana seuraavia tekoälysovelluksia: Chat gpt, Pictochart.

Tekoälysovellusten nimet ja versiot: Chat gpt:n ja Pictochart:n verkkoversiot.

Käyttötarkoitus: Olemme käyttäneet Pictochart:ia kuvioden tekemiseen. Chat gpt:tä olemme käyttäneet selkiinnyttämään lauserakenteita joissakin kappaleissa.

Osiot, joissa tekoälyä on käytetty: Chat gpt:tä on käytetty opinnäytetyön teoriaosissa eri vaiheissa selkiinnyttämään liian pitkiä lauserakenteita sekä tarkistamaan oikeinkirjoitusta.

Olen tietoinen siitä, että olen täysin vastuussa koko opinnäytteeni sisällöstä, mukaan lukien osat, joissa on hyödynnetty tekoälyä, ja hyväksyn vastuun mahdollisista eettisten ohjeiden rikkomuksista.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TEOREETTINEN VIITEKEHYS	7
2.1	Opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen rakenne	7
2.2	Rintasyöpä ja sen eri tyypit	8
2.2.1	Yleistä tietoa rintasyövästä	8
2.2.2	Perinnöllinen rintasyöpä, sen ehkäisy ja kirurginen hoito ...	11
2.3	Rintasyövän riskitekijät	12
2.4	Rintasyövän oireet	13
2.5	Rintasyövän diagnosointi	14
2.5.1	Toteaminen	14
2.5.2	Rintasyövän seulonta Suomessa	15
2.6	Moniammatillinen rintasyöpäpotilaiden hoidon suunnittelukokous eli MTD-kokous	16
2.7	Hoidonsuunnittelu, leikkaushoito ja muut hoitomuodot	17
2.8	Kliininen hoitotyö leikkauksen jälkeen heräämössä ja potilaan seuraaminen ABCDE-protokollan mukaan	20
2.9	Dreeni	27
2.10	Potilaan ohjaus ja potilasohje sekä lait ja eettisyys ohjauksessa 29	
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE	34
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	35
4.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	35
4.2	Opinnäytetyön prosessin kuvaus	36
4.3	Kotihoito-ohjeiden asiasisältö	37
4.4	Kotihoito-ohjeiden ulkoasu ja saavutettavuus	38
5	POHDINTA	39
5.1	Pohdintaa tehdystä ohjeesta	39
5.2	Eettiset näkökulmat ja luotettavuus	40
5.3	Kehittämisideat ja jatkoaiheet	40
6	LÄHTEET	42
	LIITTEET	45
	Liite 1. Dreenin kotihoito-ohje (haitaridreeni)	45
	Liite 2. Dreenin kotihoito-ohje (kranaattidreeni)	47

1 JOHDANTO

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpä Suomessa. Siihen sairastuu vuosittain n. 5000 naista, ja lisäksi syövän esiasteita todetaan yli 500 naisella. Miehillä rintasyöpä on harvinainen, uusia tapauksia todetaan vuosittain 25–30. (Vehmanen, 2024b.)

Tays Hatanpäällä leikattiin vuonna 2024 864 rintasyöpäleikkausta, joista 459 oli päiväkirurgisia leikkauksia. Vuonna 2023 leikattiin 814 rintasyöpäleikkausta, joista 371 suoritettiin päiväkirurgisesti. Näiden lukujen perusteella voidaan todeta, että päiväkirurgisten leikkausten määrä on kasvussa. Tämän vuoksi kotihoito-ohjeiden tulisi olla mahdollisimman selkeät ja kattavat, sillä potilas saa heti leikkauksen jälkeen paljon uutta tietoa, joka hänen on omaksuttava ennen kotiutumista.

Suomessa rintasyövän hoito on huippuluokkaa; 92 % sairastuneista on elossa viiden vuoden kuluttua diagnoosista. Rintasyövän hoito koostuu usein leikkaus-, lääke- sekä sädehoidoista, ja hoidot suunnitellaan yksilöllisesti. Leikkaus on tyyppillisesti hoitopolun ensimmäinen vaihe. Rinta voidaan poistaa kokonaan tai tehdä säästävä, jossa poistetaan vain osa rinnasta. (Rintasyöpäyhdistys, ei pvm.) Joidenkin leikkausten yhteydessä leikkausalueelle asetetaan laskuputki eli dreeni, jonka tehtävänä on kerätä kudokset leikkausalueelta (Terveyskylä.fi, 2021).

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa selkeät kotihoito-ohjeet rintasyöpäleikat- tujen potilaiden eri dreeneistä, joita käytetään Tays Hatanpään Leiko24-yksik- kössä. Ohjeet on suunnattu sekä potilaille että hoitoalan ammattilaisille. Työssä tarkastellaan rintasyöpää, potilaan hoitoon liittyviä huomioita rintasyöpäleikkauk- sen jälkeen sekä hyvän potilasohjauksen periaatteita. Tavoitteena on, että koti- hoito-ohjeiden avulla potilaan turvallisuuden tunne mahdollisesti vahvistuu koti- tumisen jälkeen ja että hoitajien antama potilasohjaus tehostuu.

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

2.1 Opinnäytetyön teoreettisen viitekehyyksen rakenne

Tämän opinnäytetyön teoreettinen viitekehys (kuva 1) muodostuu rintasyövästä, sen hoidosta, kliinisestä hoitotyöstä leikkauksen jälkeen, erilaisista dreeneistä sekä kotihoito-ohjeista. Opinnäytetyö käsittelee ainoastaan leikkauspotilaiden ohjausta. Lisäksi tarkastelun kohteena ovat vain ne dreelit, jotka asetetaan leikkauksen yhteydessä Tays Hatanpäällä.

Työn tärkeimmät käsitteet ovat:

- Rintasyöpä
- Rintasyövän hoito
- Kliininen hoitotyö leikkauksen jälkeen
- Dreeni
- Potilaan ohjaus ja kotihoito-ohje

Rintasyöpäleikattujen potilaiden dreerien kotihoito-ohjeet:

Rintasyöpä:	Dreelit:	Kotihoito-ohjeet:
<p>Rintasyöpä ja sen erityy- pit.</p> <p>Rintasyövän toteaminen ja sen hoito.</p> <p>Rintasyöpäleikatun poti- laan kliininen hoitotyö.</p>	<p>Dreeni.</p> <p>Miksi dreeni laitetaan?</p>	<p>Kotihoito-ohje.</p> <p>Potilaan ohjaus.</p>

KUVA 1. Teoreettisen viitekehyyksen rakenne.

2.2 Rintasyöpä ja sen eri tyypit

2.2.1 Yleistä tietoa rintasyövästä

Rintasyöpä on Suomessa naisten yleisin syöpä ja siihen sairastuu noin 5000 naista vuosittain. Taustalla olevia syitä ei tunneta tarkasti, ja rintasyövän syntyyn vaikuttavat tekijät ovat moninaisia ja pitkälti tuntemattomia, minkä vuoksi sairastumiseen johtaneita tekijöitä on yleensä mahdoton arvioida. Rintasyövän syntyyn tunnetaan kuitenkin useita riskitekijöitä. (Huovinen, 2023, s. 806–807.)

Sairastumisen riskiä lisäävät ikä, myöhään alkaneet vaihdevuodet, liikunnan vähäisyys ja päivittäinen alkoholinkäyttö. Vaihdevuosi-ikäisillä naisilla ylipaino ja korkea veren estrogeenipitoisuus lisäävät rintasyövän riskiä, etenkin jos hormonikorvaushoitoa on käytetty yli viisi vuotta ja se on sisältänyt sekä estrogeenia että progestiinia. Ehkäisytablettien käyttö lisää hieman rintasyöpäriskiä, ja myös pitkäaikainen tupakointi kasvattaa rintasyöpäriskiä. Pienessä osassa, noin 5–10 % rintasyöpätapauksista, taustalla on dominantti perinnöllinen geenimuutos. Lisäksi tiivis rintakudos, proliferatiivinen mastopatia, rinnan atyyppinen duktaalinen hyperplasia ja lobulaarinen karsinooma in situun liittyvät suurentuneeseen rintasyöpävaaraan. (Auvinen ym., 2024, s. 11.)

Tutkimusten mukaan säännöllinen liikunta vähentää noin 20 % rintasyövän riskiä riippumatta painoindexistä, menopaussin alkamisesta ja liikunnan tehosta. Riskiä vähentävät myös nuorena raskaaksi tulo, useat raskaudet ja imetys. Terveellinen ruokavalio saattaa myös vähentää riskiä, koska se auttaa ylläpitämään normaalipainoa. Naisilla, joilla on perinnöllinen alttius rintasyöpään, voidaan tarvittaessa harkita ennaltaehkäisevää rintojen poistoleikkausta (mastektomia) sekä munasarjojen poistoa. (Auvinen ym., 2024, s. 11–12.)

Diagnostiikka, seuranta sekä hoito perustuvat kansainvälisiin ja kansallisiin suosituksiin. Hoitojen kehittymisen ansiosta yhä suurempi osa potilaista toipuu sairaudestaan. (Huovinen ym., 2023, s. 806–807.) Suomessa rintasyöpään sairastuneilla on yksi Euroopan parhaista ennusteista. Suomen syöpärekisterin tilasto-

jen mukaan 5-vuotiselossaluku oli 92 % vuosina 2019–2021 ja 10-vuotiselossaluku 85 %. Joka vuosi noin 900 naista kuolee rintasyöpään. (Auvinen ym., 2024, s. 10.)

Yli 70 % rintasyövistä on tiehytperäisiä rintasyöpiä eli duktaalisia rintasyöpiä. Duktaalinen rintasyöpä on varhainen rintasyöpätyyppi, jossa syöpäsoluja esiintyy maitokanavissa yhdessä tai molemmissa rinnoissa. Maitokanavat ovat putkia, jotka kuljettavat maitoa rintalohkosta nännihin imetyksen mahdollistamiseksi. Syöpä on in situ, eli se sijaitsee maitokanavien sisällä. (Cleveland Clinic, 2024.)

Toiseksi yleisin rintasyöpätyyppi on rauhasperäinen eli lobulaarinen rintasyöpä. Lobulaarisella rintasyöpämuodolla on duktaalista rintasyöpämuotoa suurempi taipumus esiintyä molemmissa rinnoissa. Usein lobulaarinen syöpä on hankalammin havaittavissa sen epämääräisen kasvutavan vuoksi ultraääni- ja mammografiatutkimuksessa. Myös tämä rintasyöpätyyppi voi levitä muualle elimistöön. (Rintasyöpäyhdistys, ei pvm.)

Tulehduksellinen eli inflammatorinen rintasyöpä on harvinainen. Oireina ovat rinnan punoitus ja turpoaminen, joskus myös appelsiini-iho. (Meretoja ym., 2024.) Tulehduksellisen rintasyöpä saa yleensä alkunsa huonosti erilaistuneesta duktaalisesta rintasyövästä. Syöpä on usein paikallisesti edennyt, eikä se sovellu leikkattavaksi, ja se on mukana useissa levinneen rintasyövän ensilinjan lääkehoitotutkimuksissa. (Auvinen ym., 2024, s. 75.) Rinnassa ei yleensä palpoiden löydy kasvainta, eikä sitä yleensä erotu myöskään mammografiassa tai ultraäänitutkimuksessa (Meretoja ym., 2024).

Pagetin tauti on nännin tai nänninpihan ihon in situ-adenokarsinooma, joka kuuluu harvinaisempiin alatyyppeihin (Cleveland Clinic, 2022). Diagnoosi tehdään ihobiopsian perusteella. Oireena on ihottuma nännissä tai nänninpihan alueella. Joskus diagnoosi viivästyy, koska ihottumaa hoidetaan pitkään erilaisilla voiteilla, ja näin lähes koko nänni ja nänninpiha voivat vaurioitua. Pagetin tautiin liittyy yli 80 %:lla potilaista rintasyöpä. (Meretoja ym., 2024.)

Medullaarinen rintasyöpä on harvinainen invasiivisen duktaalisen karsinooman alatyyppejä, jota esiintyy noin 3–5 %:ssa kaikista rintasyöpätapauksista. Sitä kutsutaan myös nimillä invasiivinen rintasyöpä ilman erityistyyppiä, medullaarisen kaltaisen syöpä tai medullaarisiin piirteisiin. Nimi "medullaarinen" viittaa kasvaimen pehmeään, harmaaseen ja lihaiseen ulkonäköön, joka muistuttaa aivojen medullaa. (Breast Cancer Now, 2025.)

Tyypillisesti medullaarinen rintasyöpä diagnosoidaan nuoremmilla naisilla, ja se esiintyy yleisemmin BRCA1-geeniin liittyvissä perinnöllisissä tapauksissa. Vaikka kyseessä on invasiivinen syöpä, sen leviäminen muualle kehoon on harvinaisempaa kuin monissa muissa invasiivisissa rintasyövissä, ja ennuste on usein hyvä, vaikka jokainen tapaus on yksilöllinen. (Breast Cancer Now, 2025.)

Tubulaarinen rintasyöpä on invasiivinen rintasyöpä. Siinä syöpäsolut muodostavat putkimaisia, pieniä rakenteita, jotka muistuttavat normaaleja rintakudoksen soluja. Syöpäsolut ovat yleensä matala-asteisia ja kasvavat hitaasti, minkä vuoksi syövän leviäminen muihin kehon osiin on harvinaisempaa kuin monissa muissa invasiivisissa rintasyövissä. Tubulaarisen rintasyövän tarkkaa syytä ei tiedetä, mutta riskitekijöihin kuuluvat muun muassa ikä, hormonaalinen korvaushoito, perinnöllisyys, varhainen kuukautisten alkamisikä, myöhäiset vaihdevuodet ja elämäntavat. (Aurora Health Care, ei pvm.)

Musinoottinen rintasyöpä on harvinainen invasiivinen rintasyövän muoto, jossa syöpäsoluja ympäröi limamainen aine, musiini. Musinoottista rintasyöpää voi esiintyä yksinään, jolloin puhutaan "puhtaasta" muodosta, tai yhdessä toisen rintasyöpätyypin kanssa, jolloin kyseessä on "sekamuotoinen" musinoottinen rintasyöpä. Tauti on yleisin yli 60-vuotiailla naisilla, mutta sitä voi esiintyä myös nuoremmilla ja harvoin miehillä. Hoito määräytyy kasvaimen ominaisuuksien, kuten koon, pahanlaatuisuusasteen, hormonireseptoristatuksen ja HER2- proteiinin mukaan. Hoidon tavoitteena on poistaa syöpä sekä estää sen uusiutuminen tai leviäminen. (Breast Cancer Now, 2024b.)

Rintasyövällä on myös biologisia alatyyppejä. Valtaosa rintasyövistä on hormoni-positiivisia. Syöpäsoluissa voi olla estrogeeni- tai progesteronireseptoreita, ja

naishormonit vauhdittavat syövän kasvua kiinnittymällä näihin reseptoreihin. Hormonipositiivisen rintasyövän hoidossa käytetään yhtenä hoitomuotona hormonaalista liitännäishoitoa. (Rintasyöpäyhdistys, ei pvm.)

HER2-positiivisessa rintasyövässä syöpäsolujen pinnalla on HER2-reseptoreita, joihin HER2-proteiini tarttuu ja näin edistää syöpäsolujen kasvua. HER2-positiivinen syöpä on aggressiivisempi kuin HER2-negatiivinen syöpä. HER2-positiivisen taudin ennusteessa ei ole eroa HER2-negatiivisen rintasyövän kanssa. Hoitona käytetään biologista täsmälääkettä, trastutsumabia, solunsalpaajahoidon kanssa. (Rintasyöpäyhdistys, ei pvm.)

Triplanegatiivisessa rintasyövässä ei esiinny hormoni- tai HER2-reseptoreita. Tähän ei ole täsmälääkitystä, joten ennuste on huonompi. Tutkimusta tehdään kuitenkin koko ajan. (Rintasyöpäyhdistys, ei pvm.)

2.2.2 Perinnöllinen rintasyöpä, sen ehkäisy ja kirurginen hoito

Arviolta noin joka kymmenes rintasyöpätapaus liittyy yhden geenin muutokseen. Alle 35-vuotiailla näitä geenimuutoksia esiintyy tavallista enemmän. BRCA1-geenin haitallisia muunnoksia löytyy noin 3,5–12 %:lta ja BRCA2-geenin vastaavia muutoksia 3–11 %:lta potilaista. BRCA1/2-geenien kantajilla on 70 %:n riski sairastua rintasyöpään elinikänsä aikana. (Auvinen ym., 2024, s. 13.)

Kun alle 60-vuotias sairastuu rintasyöpään, hänelle suositellaan rintasyövän perinnöllisyyden selvittämistä. Jos potilaalle harkitaan olaparibi-liitännäishoitoa, suositellaan myös BRCA1/2-geenin testausta. Perinnöllisyyslääketieteelliset selvittelyt voidaan aloittaa myös potilaan omasta toiveesta, jos hänen lähisuvussa on vähintään kolme rinta- tai munasarjasyöpätapausta, joista ainakin yksi on todettu alle 50 vuoden iässä, tai jos potilaalla itsellään on ollut sekä rinta- että munasarjasyöpä. (Auvinen ym., 2024, s.14.)

Selvittelyt voidaan tehdä myös, jos mies on sairastunut rintasyöpään, jos lähisuvussa on vähintään kaksi munasarjasyöpätapausta, jos suvussa esiintyy rinta- ja

munasarjasyövän lisäksi muita syöpiä nuorella iällä, tai jos potilaalla tai hänen lähisukulaisellaan on todettu korkean tai keskikorkean rintasyöpäriskin geenin patogeeninen variantti. (Auvinen ym. 2024, s. 14.)

Ehkäisevä munasarjojen ja munajohtimien poisto vähentää 80–85 %:lla riskiä sairastua munasarja-, munajohdin- ja primaariperitoneaalisyöpään. Toimenpide vähentää premenopausaalisilla BRCA1/2-geenin kantajilla rintasyöpäriskin noin puoleen ja vähentää myös kokonaiskuolleisuutta. Ehkäisevää munasarjojen poistoa suositellaan BRCA-typin mukaan tehtäväksi joko 35- tai 40-vuotiaana. (Auvinen ym., 2024, s. 14.)

BRCA1/2- tai PALB2-geenin kantajille tehdään yleensä rintoja säästävän toimenpiteen sijasta rintojen poisto eli mastektomia. Mastektomia poistaa rintasyövän riskin lähes kokonaan. Jos potilas kieltäytyy riskiä vähentävästä kirurgiasta, tarjotaan hänelle seurantaa, jotta mahdollinen rintasyöpä huomattaisiin mahdollisimman aikaisin. (Auvinen ym., 2024, s.14–15.)

2.3 Rintasyövän riskitekijät

Rintasyöpään sairastumiseen on monia riskitekijöitä, ja yksittäisen potilaan kohdalla voi olla vaikea löytää syytä sairastumiselle. Ikä on kuitenkin suurin riskitekijä. (Vehmanen, 2024b.)

Rintasyöpään sairastumisen riskiä lisäävät useat tekijät. Näitä ovat esimerkiksi varhainen kuukautisten alkaminen, myöhäinen vaihdevuosien alkaminen, lapsettomuus tai ensimmäinen synnytys yli 30-vuotiaana, yli viiden vuoden kestävä hormonikorvaushoito estrogeeni-progestiini- ja progesteronivalmisteilla, ylipaino, altistuminen ionisoivalle säteilylle sekä runsas alkoholinkäyttö. Lisäksi noin 5–10 % rintasyöivistä liittyy perinnölliseen BRCA1- tai BRCA2-geenimutaatioon. (Huovinen, 2017.) Myös tiivis rintakudos lisää rintasyöpäriskiä. (Auvinen ym., 2024, s. 11).

Kaikilla ihmisillä ja lähes kaikilla organismeilla löytyy DNA:n ”perinnöllisyyspankki”. Geenit koostuvat DNA:sta ja antavat ohjeita proteiinien rakentamiseen.

BRCA1 sekä BRCA2 kuuluvat geeneihin, jotka periytyvät vanhemmilta. BRCA-geeni on kaikilla ihmisillä. BRCA eli alttius rintasyövälle tulee sanoista *breast cancer susceptibility*. (BRCA, ei pvm.)

BRCA-geenit estävät normaalisti kasvainten syntymistä korjaamalla DNA-virheitä. DNA:n vahingoituessa terveet BRCA-geenit rakentavat proteiineja, jotka auttavat vahingon paikkaamisessa ja ylläpitävät solujen terveyttä. BRCA-mutaation yhteydessä geenit eivät toimi kuten niiden pitäisi. Jos DNA vahingoittuu, BRCA-geenit eivät pysty tuottamaan korjaamisessa tarvittavia proteiineja, minkä vuoksi solut saattavat jakaantua ja kasvaa hallitsemattomiksi. Tämä voi johtaa kasvaimen muodostumiseen ja kasvattaa syöpäriskiä. (BRCA, ei pvm.)

Rintasyöpään sairastumisen riskiä kasvattavat BRCA-mutaatiot. Rintasyöpään sairastumisen riski BRCA1-geenivirheen kantajalla on noin 40–80 %, kun taas BRCA2-geenivirheen kantajan riski elämänsä aikana on noin 40–70 %. (BRCA, ei pvm.)

2.4 Rintasyövän oireet

Yleisin rintasyövän merkki on rinnassa tuntuva kyhmy, joka on usein kivuton, mutta joskus voi tuntua kivuliaalta tai aiheuttaa pistelyä rinnassa tai kainalossa. Muita oireita voivat olla ihon tai nännin vetäytyminen, epätavallinen nännierite, pitkäkestoinen ihottuma rinnassa tai nännin ympärillä sekä rinnan turvotus ja punoitus. Joskus rintasyöpä löydetään vasta, kun etäpesäke aiheuttaa oireita esimerkiksi luustossa tai keuhkoissa. (Vehmanen, 2024b.)

Muita syövän esiintymisen merkkejä kehossa voivat olla normaalista poikkeavat kivut, väsymys sekä laihtuminen. Englanninkielisellä termillä CRF (*cancer related fatigue*) tarkoitetaan syöpään liittyvää väsymystä. (Clinichelena, ei pvm.) Syöpään liittyvällä väsymyksellä tarkoitetaan äärimmäistä voimattomuutta ja uupumusta, joka ei helpotu unella tai levolla. Tämä on rintasyövän ja sen hoitojen yleinen sivuvaikutus. Kestoltaan väsymystä voi esiintyä viikoista kuukausiin sekä mahdollisesti vielä pidempään hoitojen päättymisen jälkeen. Ihmisillä, joilla on

sekundaarinen eli etäpesäkkeinen syöpä, syöpäväsymys on yksi yleisimmistä oireista. (Breast Cancer Now, 2024a.)

Syöpäväsymys voi aiheutua monista eri tekijöistä. Väsymys voi johtua syövästä itsestään, muusta terveyteen liittyvästä tilasta tai toisesta sairaudesta, ruokahalun heikentymisestä, anemiasta tai elimistön kuivumisesta. Syöpähoidot voivat aiheuttaa tai lisätä potilaan väsymystä, kuten mahdollinen leikkaus tai lääkehoito. Psykkiset tekijät, kuten univaikeudet, masennus, stressi tai ahdistus, voivat myös lisätä väsymystä. (Breast Cancer Now, 2024a.)

2.5 Rintasyövän diagnosointi

2.5.1 Toteaminen

Rintasyöpä todetaan kolmoisdiagnostiikalla, rinnan palpoinnilla eli tunnustelulla, kuvantamistutkimuksilla, kuten mammografialla ja ultraäänitutkimuksella, ja joskus tehdään myös magneettitutkimus. Kasvaimesta otetaan lisäksi useita paksuneulanäytteitä. (Rintasyöpäyhdistys, ei pvm.)

Mammografian avulla voidaan todeta rinnan sisäisiä poikkeavuuksia, kuten alkavia kasvaimia, joten se on keskeisin menetelmä rintasyövän toteamisessa, arvioinnissa ja seurannassa. Molemmat rinnat kuvataan, vaikka kyhmy olisi havaittavissa vain toisessa rinnassa. Jos potilaalle on tehty aikaisemmin mammografia, lääkäri vertaa sitä uuteen muutosten havaitsemiseksi. (Rintasyöpäyhdistys, ei pvm.) Tarvittaessa radiologi tekee jatkotutkimuksena ultraäänitutkimuksen (Auvinen ym., 2024, s. 17).

Kainalon ultraäänitutkimus ja tarvittaessa neulanäytteet kuuluvat diagnostiikkaan. Radiologin lausunnossa kerrotaan, kuinka monta poikkeavaa imusolmuketta kainalossa on ja missä ne sijaitsevat. Kainalon imusolmukebiopsiassa suositellaan käytettäväksi paksuneulaa. (Auvinen ym., 2024, s. 20.) Kaikista epäilyttävistä rinnan muutoksista ja mahdollisista pesäkkeistä tulisi ottaa paksuneulanäyte ultraääniohjauksessa (Auvinen ym., 2024, s. 19).

Rintojen magneettikuvaus (MRI, *magnetic resonance imaging*) on tarkin kuvantamismenetelmä invasiivisen rintasyövän havaitsemisessa. Kuitenkin magneettikuvauksessa syövän laajuus saattaa joskus näyttää suuremmalta kuin se todellisuudessa on, mikä voi johtaa potilaan ylihoitamiseen. Tämän vuoksi löydökset tulisi varmistaa paksuneulanäytteillä. Magneettikuvausta käytetään esimerkiksi silloin, kun kolmoisdiagnostiikan löydökset eivät ole yhteneväisiä, mammografia- tai ultraäänitulokset ovat vaikeasti tulkittavissa, tai rintasyövän laajuutta ei voida luotettavasti arvioida ennen rinnan säätävää leikkausta. Sitä voidaan käyttää myös, jos kainalosta löytyy metastaatteja ja primääri rintakasvain on tuntematon, tai jos halutaan arvioida neoadjuvanttihoitojen vastetta kasvaimelle. Magneettikuvausta suositellaan myös potilaille, joilla on korkea rintasyöpäriski. (Auvinen ym., 2024, s. 21.)

2.5.2 Rintasyövän seulonta Suomessa

Suomessa käynnistettiin ensimmäisenä maailmassa mammografiaseulontaohjelma vuonna 1987. Seulonnat aloitettiin ensin 50–59-vuotiaista naisista, ja vuodesta 2007 alkaen laajenivat asteittain 60–69-vuotiaisiin naisiin. Kansallinen rintasyövän seulonta on todettu vaikuttavaksi, ja seulontaan osallistuneiden naisten rintasyöpäkuolleisuus on pienentynyt 28–33 %. (Alanko & Sudah, 2024.)

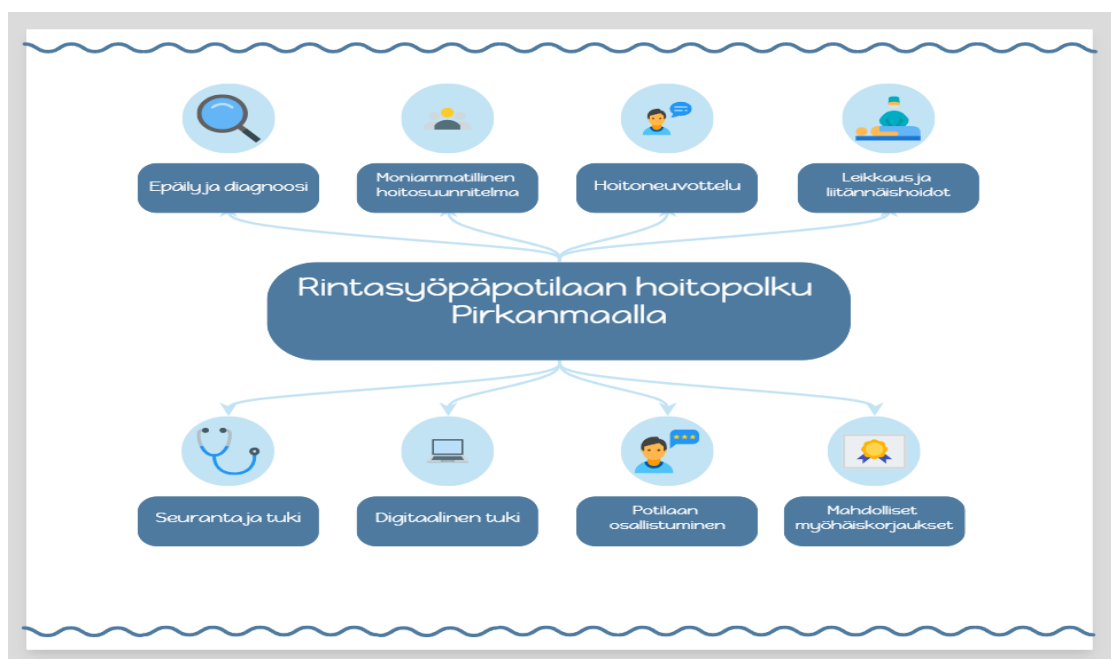
Seulontaan kutsutaan 50–69-vuotiaat naiset noin joka toinen vuosi. Kutsutuista naisista yli 80 % osallistuu seulontaan. Jatkotutkimuksiin, kuten ultraääni ja paksuneulanäytteeseen, kutsutaan alle 3 % naisista, ja heistä noin 20 %:lla todetaan rintasyöpä. Seulontaikäisten naisten rintasyöivistä noin kaksi kolmasosaa löydetään mammografiassa. (Suomen Syöpärekisteri, ei pvm.)

Seulonnoista on myös haittoja. Seulonnoissa voidaan löytää hidaskasvuisia, hyväennusteisia syöpiä, jotka eivät naisen elämän aikana aiheuta hoidon tarvetta tai lyhennä elinikää. Väärät positiiviset tulokset voivat johtaa stressiin, mikä saattaa heikentää elämänlaatua. Tulos voi olla myös virheellisesti negatiivinen, mikä antaa valheellista turvallisuudentunnetta ja viivästyttää diagnoosia sekä hoidon

aloittamista. Seulonnan hyödyt kuitenkin ylittävät sen mahdollisesti aiheuttamat haitat. (Alanko & Sudah, 2024.)

2.6 Moniammatillinen rintasyöpäpotilaiden hoidon suunnittelukokous eli MTD-kokous

Rintasyövän tehokas hoito vaatii useiden eri erikoisalojen ammattilaisten tiivistä yhteistyötä. MTD-kokous (MTD, *multidisciplinary team*) eli rintasyöpäpotilaiden hoidon suunnittelukokous, kokoontuu vähintään kerran viikossa. Tavoitteena on, että jokaiselle rintasyöpäpotilaalle on tehty kaikki asianmukaiset testit syövän toteamiseksi, diagnoosi on oikea, potilaalle laaditaan paras näyttöön perustuva hoitosuositus, ja potilaan mahdollisuus osallistua kliiniseen tutkimukseen on selvitetty. Kokouksen tiimi koostuu rintasyövän diagnostiikan ja hoitoon perehtyneistä patologian-, radiologian-, syöpätautien-, plastiikkakirurgian- ja yleiskirurgian erikoislääkäreistä sekä sairaanhoitajasta. (Auvinen ym., 2024, s.8.) Kuvassa 2 nähdään rintasyöpäpotilaan hoitopolku Pirkanmaalla.



KUVA 2. Rintasyöpäpotilaan hoitopolku Pirkanmaalla. (Pirkanmaan hyvinvointialue, 2025).

MTD-tiimi seuraa ja kehittää rintasyövän diagnostiikkaa, hoidon laatua, hoitopolkua, kustannustehokkuutta sekä nopeampaa jatkohoitoon pääsyä. MTD-kokouksen hoitosuosituksista muodostuu rintasyöpäpotilaan hoitopolku. Hoitopolkua kehittäessä on otettava huomioon myös potilaan näkökulma ja varmistettava potilaan osallistuminen päätöksentekoon. (Auvinen ym., 2024, s.9.)

2.7 Hoidonsuunnittelu, leikkaushoito ja muut hoitomuodot

Rintasyövän hoito suunnitellaan aina yksilöllisesti, ja hoitosuositus laaditaan mieluiten moniammatillisessa hoitokokouksessa. Ennen leikkausta arvioidaan, tarvitaanko liitännäislääkehoitoa, annetaanko lääkehoito ennen leikkausta (Neoadjuvantti eli esiliitännäishoito), sekä tarvitaanko sädehoitoa ja kuinka kiireellisiä hoidot ovat. Useimmiten leikkaus on varhaisvaiheen paikallisen rintasyövän ensimmäinen hoito. (Meretoja ym., 2024.)

Jos syöpä on biologisesti aggressiivinen, hoito yleensä aloitetaan lääkehoidolla. Neoadjuvanttihoito voi mahdollistaa sen, että voidaan tehdä rintaa ja kainaloa säästävä leikkaus sekä antaa lisää aikaa leikkaushoidon suunnitteluun, esimerkiksi silloin, kun epäillään perinnöllistä rintasyöpää. (Auvinen ym., 2024, s. 45.)

Tavallisin rintasyövän kirurginen hoitomuoto on rinnan säästävä leikkaus eli resektio (*breast conserving surgery*). Rinnan säästävää leikkausta suunniteltaessa arvioidaan, onko kasvain mahdollista poistaa puhtain tervekudosmarginaalein ja samalla saavuttaa esteettisesti hyvä tulos. Säästävään leikkaushoitoon yhdistetään sädehoito, koska sädehoito vähentää paikallista uusiutumiseriskiä jäljelle jääneessä rauhaskudoksessa. (Meretoja ym., 2024). Säästävä leikkaus myös parantaa potilaan elämänlaatua, ja se on hoitokustannuksiltaan edullisempi kuin rinnan koko poisto. (Auvinen ym., 2024, s. 45).

Kasvaimen poistossa pyritään säästämään rinnan muoto, jotta ei tarvitsisi tehdä korjausleikkauksia sädehoitojen jälkeen. Säästävässä leikkauksessa on mahdollista käyttää plastiikkakirurgisia tekniikoita, jolloin voidaan leikata suurempia ja

monipesäkkeisiä kasvaimia; tätä kutsutaan onkoplastiseksi kirurgiaksi. Neoadjuvanttihoidot saattavat myös pienentää kasvainta niin, että koko rinnan poistoa ei tarvitse tehdä, vaan rinnan säästävä leikkaus riittää. (Auvinen ym., 2024, s. 46.)

Rinnan poistoleikkausta eli mastektomiaa suositellaan, jos kasvain on suuri rinnan nähden, potilas on jo aiemmin saanut rinnan sädehoitoa, tai joidenkin geenivirheiden yhteydessä. Rinnanpoiston yhteydessä voidaan arvioida myös korjausleikkauksen edellytyksiä ja sen ajankohta. Rinnankorjaus voidaan tehdä samalla kertaa kuin syöpäleikkaus tai sen jälkeen, kun potilas on toipunut syöpähoidoista. Rekonstruktiorinta voidaan rakentaa omakudossiirteellä, esimerkiksi vatsa- tai selkälihaksesta, proteesilla (silikoni tai kudoslajennin), rasvansiirrolla tai näiden yhdistelmällä. (Vehmanen, 2024a.)

Rintasyövän leviäminen kainalon imusolmukkeisiin lisää uusiutumiseriskiä ja vaikuttaa leikkauksen jälkeisiin säde- ja lääkehoitoihin. Kainalo tutkitaan yleensä ultraäänellä ennen leikkausta, ja tarvittaessa otetaan neulanäyte. Jos imusolmukkeissa ei ole syöpäsoluja, poistetaan vain muutama näytteeksi (vartijaimusolmukebiopsia). Laajempi imusolmukkeiden poisto eli evakuaatio tehdään, jos kainalossa on todettu ennen leikkausta syöpämuutoksia. Kainalon mahdollinen jäännöstauti hoidetaan sädehoidolla, ja hoitotulokset ovat yleensä hyvät. (Vehmanen, 2024a.)

Neoadjuvanttihoidossa syöpälääkkeet aloitetaan ennen leikkausta. Sen etuna on nopea hoidon käynnistyminen, mahdollisuus seurata hoitovastetta sekä jatkohoidon räätälöinti, jos täydellistä hoitovastetta ei saavuteta. Neoadjuvanttihoitossa voidaan myös käyttää uusia syöpälääkkeitä, joilla ei ole vastaavaa näyttöä liitännäishoidoissa. Päätös hoidon aloittamisesta tehdään moniammatillisessa MTD-kokouksessa. Neoadjuvanttihoiton jälkeen suunnitellaan adjuvanttihoito. (Auvinen ym., 2024, s. 69–74.)

Levinneen rintasyövän lääkehoito valitaan syövän biologisen alatyypin perusteella, jota määrittävät estrogeeni- ja progesteronigeenireseptorit (ER, PR), HER2-geenin ilmaantuminen sekä solujen kasvu (Auvinen ym., 2024, s. 79). Liitännäishoidon tavoitteena on vähentää uusiutumiseriskiä tuhoamalla mahdollisesti

elimistöön jääneet syöpäsolut, jotka voisivat myöhemmin aiheuttaa etäpesäkkeitä (Vehmanen, 2024a.)

Lääkehoito suunnitellaan yksilöllisesti potilaan kokonaistilanteen, syövän biologisen alatyypin ja uusiutumisriskin mukaan. Korkean uusiutumisriskin tekijöitä ovat muun muassa imusolmukemetastaasit, aggressiivinen alatyypin ja suuri kasvaimen koko. (Vehmanen, 2024a.) Iäkkäillä potilailla huomioidaan vanhenemismuutokset, perussairaudet ja psykososiaaliset tekijät, ja heidän kokonaistilanteensa arvioidaan moniammatillisesti geriatrisen arvioinnin avulla. Solunsalpaajien käyttö voi olla rajoitettua, mutta hormonaalinen liitännäishoito on aina lähes mahdollista. (Auvinen ym., 2024, s. 79.)

Solunsalpaajahoidon voidaan toteuttaa leikkausta edeltävänä neoadjuvanttina, jos kyseessä on kolmoisnegatiivinen rintasyöpä. Osalla potilaista solunsalpaajahoidon voidaan yhdistää immunologinen hoito, jolla pyritään aktivoimaan elimistön omaa puolustusjärjestelmää. Immunologinen hoito voi kuitenkin aiheuttaa vakavia haittoja, jotka edellyttävät pitkäkestoista seuranta- ja hoitoa. (Vehmanen, 2024a.)

Solunsalpaajahoidon liittyy monia mahdollisia haittavaikutuksia. Yksi yleisimmistä on valkosolujen määrän väheneminen, mikä lisää alttiutta infektioille. Hoito voi myös aiheuttaa ripulia, pahoinvointia, vatsavaivoja, anemiaa, väsymystä, makuu- ja mieltämuutoksia, lihaskipuja ja luukipuja, hiustenlähtöä, limakalvo- ja hermosto-oireita, turvotusta, painonnousua sekä allergisia reaktioita. Lisäksi se voi vaikuttaa hedelmällisyyteen ja aikaistaa vaihdevuosien alkamista. (Vehmanen, 2024a.)

Hormonaalista liitännäishoitoa voidaan harkita hormonipositiivisen rintasyövän hoidossa (Auvinen ym., 2024, s. 82). Estrogeenin vaikutusta estävät hoidot puollittavat uusiutumisriskin viidessä vuodessa. Hoito voidaan antaa solunsalpaajahoidon jälkeen tai yksinään. Nuorilla naisilla yleisin lääke on tamoksifeeni, jota voidaan käyttää yksin tai yhdistettynä munasarjojen toiminnan estäviin pistoksiin. Vaihdevuodet ohittaneille suositellaan aromataasinestäjiä, kuten eksemestaani, anastrotsoli ja letrotsoli. Hormonihoidon tehoa voidaan lisätä abemasiklibillä, jota

myös kipu- ja pahoinvointilääkkeet, kuumemittari sekä lämmön ylläpitämiseen esimerkiksi lämpöpuhallin. (Aura & Kinnunen, 2022, s. 235.)

Nopeasti saatavilla tulee olla hengityspalje, maskit, kapnometri, intubaatiovälineet, elvytysvälineistö, paineella annettavan nestehoidon välineet sekä pleura-dreenin laittoon tarvittavat välineet. Tarvittaessa on saatavilla myös erilaisia nestehoidon välineitä, erikokoisia ruiskuja, neuloja, kaarimaljoja ja taitoksia. (Aura & Kinnunen, 2022, s. 235.)

Heräämössä potilasta tarkkaillaan, monitoroidaan ja hoidetaan tiiviisti ABCDE-protokollan mukaisesti. Keskitytään potilaan elintoimintoihin, kuten hengitykseen, verenkiertoon sekä tajunnantason palautumisen seurantaan ja hoitoon toimenpiteen ja anestesian jälkeen. Leikkauspotilaan seuranta heräämössä päättyy, kun sairaanhoitaja tekee päätöksen potilaan siirrosta osastolle. (Huovinen, 2023.)

Potilaan kliinisen tilan huononemisen ennakointi on tärkeää. Potilaan voinnissa tapahtuvat muutokset tulisi tunnistaa mahdollisimman nopeasti. Peruselintoimintojen häiriöiden tunnistamisessa käytetään NEWS-kriteereitä. Potilaan seurantaan kuuluu hengityksen, verenkierron ja nestetasapainon seuranta, kivun arviointi ja hoito, pahoinvoinnin ja oksentelun seuranta ja hoito, leikkaushaavan seuranta ja hoito, lämmön seuranta, leikatun rinnan palpoinni. Myös tarkka kirjaaminen potilastietojärjestelmään kuuluu hoitotyöhön. (Huovinen, 2023.)

Heräämötöyön yksi tärkeimmistä tehtävistä on toteutuneen hoidon kirjaaminen potilasasiakirjoihin, jotka ovat sähköisiä. Niistä löytyy potilaan henkilökohtaiset tiedot, esimerkiksi terveydentilasta. Potilasasiakirjoihin kirjataan tiedot, jotka turvaavat potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteutuksen ja seurannan. Kirjaaminen on tehtävä viivytyksettä. Potilasasiakirjalla turvataan hyvä hoito ja hoidon jatkuvuus, potilaan ja hoitohenkilöstön oikeusturva sekä potilaan tiedonsaantioikeus. Kirjaamista ohjaavat juridiset näkökulmat ja etiikka. Potilasasiakirjojen laatimista ja kirjaamista säätelevät esimerkiksi tietosuojalaki ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista. (Siirala ym., 2024, s. 8.)

ABCDE-protokollaan kuuluu AB, eli hengitystiet, hengitys ja happeutuminen. Tähän kuuluvat sekä ylä- että alahengitystiet. (Siirala ym., 2024, s.10–11.) Yleisanestesia ja koneellinen ventilaatio heikentävät keuhkojen toimintaa, voivat aiheuttaa atelektaaseja ja johtaa happeutumisen heikkenemiseen myös perusterveillä potilailla. (Aura & Kinnunen, 2022, s.235–236). Heräämössä potilaan happeutumista seurataan pulssioksimetrillä. Pulssioksimetri mittaa veren happikylläisyyttä ja sydämen sykettä; jos happisaturaation laskee, se voi viitata happivajeeseen. (Siirala ym., 2024, s.12–13.)

Heräämössä seurannan tavoitteena on varmistaa potilaan hengitystyö ja kaasujenvaihto, jolloin voidaan ehkäistä äkillinen hengitysvajaus. Turvallinen siirto jatkohoitoon, esimerkiksi vuodeosastolle, edellyttää, että potilaan hengitystiet ovat avoimet, hän pystyy nielemään normaalisti ja hapettuu riittävästi. Leikkauksen jälkeen hengitys voi olla normaalia huonompaa myös kipulääkkeiden vaikutuksesta. Lisäksi lihasrelaksaation epätäydellinen kumoutuminen voi aiheuttaa hengitysilihasten toiminnan vajausta. (Siirala ym., 2024, s. 10–11.)

Aikuisen normaali hengitystiheys on 9–20 kertaa minuutissa. Hengitystä arvioidaan esimerkiksi kuuntelemalla miltä se kuulostaa, seuraamalla rintakehän liikkeitä ja tarkkailemalla miltä hengitys näyttää. Hengitysvaikeus voi ilmetä hengityksen vaikeutumisena, apulihasten käytön lisääntymisellä ja/tai ihon sinerryksenä eli syanoosina. Hereillä olevan potilaan hengitystä arvioidaan puhumalla hänen kanssaan: jos potilas pystyy puhumaan normaalisti, silloin hengitystiet ovat auki. (Siirala ym., 2024, s. 12.)

Potilaalle aiheutuneen happivajeen eli hypoksemian korjaus tehdään antamalla lisähapetta, esimerkiksi happiviiksien tai happimaskin avulla. Tavoitteena on, että potilaan hengitystiet pysyvät avoimina ilman apua ja hengitys on tehokasta. Ennen siirtymistä jatkohoitoon hengityksen tulee olla helppoa. Aikuisen happisaturaatio arvon tavoite huoneilmalla on yli 95 %. (Siirala ym., 2024, s. 13.)

AB:n jälkeen tulee C, eli verenkierto ja nestetasapaino. Tähän kuuluu verenkiertoelimistö eli sydän ja verisuonet. Hoidon aikana tavoitteena on normaali verenpaine, eli normotensio. Yksi yleisimmistä ongelmista heräämöhoidon aikana

on potilaan matala verenpaine eli hypotensio. Tämä korostaa hemodynamiikan, eli sydämen ja verenkierron hallinnan, sekä nestetasapainon merkitystä toimenpiteen jälkeen. Nestehoidon tavoitteena on normaali veritilavuus ja hapenkuljetuksen turvaaminen. (Siirala ym., 2024, s. 15.) Verenpaineen ja sykkeen seurannassa tulee huomioida potilaan lähtötaso. Esimerkiksi urheilijoilla saattaa olla keskimäärin matalampi verenpaine ja syketaso. (Aura & Kinnunen, 2022, s. 238.)

Potilaan verenpainetta tulisi mitata säännöllisesti ja arvioida potilaalle annettujen lääkkeiden ja nesteytyksen vaikutusta. Hoitava lääkäri määrittelee hyväksytyt verenpainerajat. Keskivaltimopaine (MAP, *Mean Arterial Pressure*) on yleisesti käytössä arvioitaessa läpivirtausta eli kudoshappeutumista/perfuusiota. Usein riittävä arvo on $MAP > 65$. Sydämen rytmiksi tavoitellaan sinusrytmiä tai jos potilaalla on jokin muu krooninen rytmi. Jatkuvalle EKG-monitoroinnilla tätä voidaan seurata luotettavasti. (Siirala ym., 2024, s. 17.)

Leikkauksen aikainen nestehoito vähentää hoidon komplikaatioita, kuten turvotusta, tulehdusta ja pahoinvointia. Tavoitteena on, että potilas pystyisi juomaan mahdollisimman pian toimenpiteen jälkeen, joten liiallista laskimonsisäistä nesteytystä tulisi välttää. (Siirala ym., 2024, s. 18.)

Virtsanerityksen tavoitteena on ylläpitää normaalia virtsamäärää, noin 1–2 litraa vuorokaudessa. Leikkauksen jälkeen potilaalle voi joskus kehittyä virtsaretentio, eli virtsarakko ei tyhjene normaalisti. Tämä voi johtua esimerkiksi vuodelevosta, anestesiasta, kivusta, lääkkeistä tai virtsakatetrin ongelmista. Spinaali- ja epiduraalipuudutus lisää virtsaumpiriskiä. Akuutti virtsaumpi voi vaurioittaa rakkoa ja vaatii katetrointia. Rakkotilannetta tulee seurata ultraäänellä, erityisesti heräämössä. Katetrointi on tarpeen, jos rakossa on yli 500 ml virtsaa. Ennen jatkohoitoon siirtymistä potilaan tulee pystyä virtsaamaan tai rakko on kertakatetroitu tyhjäksi. (Siirala ym., 2024, s. 21–23.)

C:n jälkeen tulee D eli kipu, tajunnantaso, orientaatio, lihastoiminta ja pahoinvointi. Leikkauksen jälkeinen kipu johtuu kudonvauriosta ja on yleensä lyhytkestoisista, mutta kivun voimakkuus vaihtelee. Potilaan kivun kokemukseen vaikutta-

vat potilaan aiemmat kipukokemukset, ahdistuneisuus, pelko ja jännitys. Tavoitteena on kivun ennakoiva tai välitön lievitys, mahdollisimman hyvin. (Aura & Kinnunen, 2022, s. 242.)

Hyvä kivunhoito on kaikkien ammattiryhmien vastuulla. Moniammatillinen yhteistyö ja hyvä vuorovaikutus parantavat potilastyytyväisyyttä ja hoidon tuloksia. Kivun voimakkuuteen vaikuttavat muun muassa ikä, sukupuoli, tupakointi, masennus, unettomuus, ylipaino sekä aiempi kipu ja lääkitys. Riskipotilaiden tunnistaminen ja yksilöllinen hoidon suunnittelu voivat vähentää kipua ja lyhentää sairaalassaoloaika. (Siirala ym., 2024, s. 25–26.)

Kipua tulisi arvioida säännöllisesti ja kokonaisvaltaisesti kuunnellen potilasta. Kivun voimakkuus mitataan yleisesti käytetyillä mittareilla, kuten VAS, NRS, VRS, kasvokuvat, ja muistisairailla potilailla erityismittareilla, kuten PAINAID. Arvioinnissa huomioidaan kipuasteen lisäksi kipuun liittyvä kuvaus kestosta, sijainnista ja laadusta (esimerkiksi jomottava tai pistävä). Heräämössä käytetään potilaan itse valitsemaa mittaria. (Siirala ym., 2024, s. 26.)

Leikkauksen jälkeisessä kivunhoidossa käytetään usein erityyppisiä lääkkeitä ja erilaisia antoreittejä, kuten laskimonsisäistä tai suun kautta annettavaa lääkitystä. Kivunhoidossa hyödynnetään myös lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä, esimerkiksi potilaan itse valitsemaa musiikkia, TENS-hoitoa, hierontaa, oikeaa asentoa sekä kylmä- tai lämpöhoito. (Siirala ym., 2024, s.27.)

Heräämööseen tullessa potilaan tajunnantaso voi olla alentunut, ja hän saattaa olla sekava anestesia-aineiden vaikutuksesta. Heräämön äänet ja hälinä voivat lisätä ahdistusta, joten ympäristön tulisi olla rauhallinen. Myös verensokeri tulee huomioida. Tavoitteena on, että potilas pystyy kommunikoimaan hänelle normaalilla tavalla. (Siirala ym., 2024, s. 29–30.)

Potilaan lihastoimintaan vaikuttavat toimenpiteen aikana saadut lihasrelaksantit sekä sentraaliset puudutus, esimerkiksi spinaalipuudutus. Lihaskäynnitystä on voitu alentaa lääkkein tai se on lamattu kokonaan. Spinaalipuudutuksen jälkeen raajojen tunto tulisi olla normaali tai lähes normaali, ja liikkeiden tulisi olla hyvin

palautuneet tai palautumassa ennen siirtymistä jatkohoitoon. (Siirala ym., 2024, s. 36–38.)

Leikkauksen jälkeinen pahoinvointi on yleistä, ja sitä esiintyy noin joka kolmannella potilaalla. Se voi pidentää sairaalassaoloa ja lisätä hoitokustannuksia. Riskiä lisäävät muun muassa naissukupuoli, nuori ikä, tupakoimattomuus, aikaisempi pahoinvointi leikkauksen jälkeen, matkapahoinvointi, ahdistuneisuus, pitkä toimenpide, hypovolemia ja hypotensio. Pahoinvoinnin riskiä voidaan vähentää käyttämällä paikallispuudutuksia, rajoittamalla opioidien käyttöä, varhaisella ylösnousemisella, suunkautta otettavilla nesteillä sekä suonensisäisten nesteiden rajoittamisella. Myös potilaan kuulluksi tuleminen voi helpottaa pahoinvoinnin kokemusta. (Siirala ym., 2024, s. 40–42.)

D:n jälkeen tulee E, eli leikkaushaavan ja mahdollisen vuodon seuranta, lämmön seuranta sekä psyykkinen tuki. Leikkaushaava on leikkaussalissa suunnitellusti tehty viilto joko iholle tai limakalvolle. Haavan paranemiseen vaikuttaa moni tekijä, jotka tulee huomioida potilaan hoidossa. Riskitekijöitä haavan paranemiselle ovat muun muassa korkea ikä, tupakointi, syöpä, aliravitsemus, alhainen veren happipitoisuus, lihavuus, diabetes, verenkiertoelimistön sairaudet sekä tietyt lääkkeet, kuten kortisonilääkitys. (Siirala ym., 2024, s. 44–45.)

Leikkauksen jälkeen tulee leikkausaluetta seurata ja arvioida (Siirala, 2024, s.45). Alue katsotaan heti potilaan tullessa heräämöhön ja sen jälkeen useita kertoja heräämössä olon aikana. (Aura & Kinnunen, 2022, s. 254). Potilaan yleisvoinnin lisäksi tulee arvioida: haavalla oleva kipu, mahdollinen verenvuoto, hematooman eli verenpurkauman muodostuminen, turvotus haavan reunoilla ja ympärillä, dreeneritteen määrä ja laatu, haavan ympäristön lämpötila ja tunto, aiheuttaako ompeleet kiristystä sekä onko paikallisen tulehduksen oireita. (Siirala ym., 2024, s. 45.)

Leikkaushaava on yleensä suojattu steriilillä haavasidoksella. Jos sidosta joutuu vaihtamaan vuorokauden sisällä leikkauksesta, se tulee vaihtaa steriilisti, eikä haavaa saisi kosketella paljain käsin. Haavan paranemista edistävät hyvä happeutumisen, kivunhoito, verenkierron vakaus, veren normaali tilavuus, potilaan

lämpimänä pitäminen, kehon normaali lämpötila, pahoinvoinnin ehkäisy ja lepo. Yleisin komplikaatio on verenvuoto haavalta tai toimenpidealueella. (Siirala ym., 2024, s. 46.)

Leikkauksen jälkeen on tavoitteena potilaan normaali kehonlämpö, joka vaihtelee yleensä 36–37 asteen välillä. Potilas on usein hieman hypoterminen eli alilämpöinen leikkauksen jälkeen. Alilämpöisyys lisää hapenkulutusta, aiheuttaa tärinää ja kasvattaa painehaavariskiä. Alilämpöisyydelle altistaa toimenpiteen ja anestesian lisäksi esimerkiksi korkea ikä, naissukupuolisuus, alipaino, matala verenpaine ennen leikkausta ja korkea pulssi, suonensisäisesti annetaan yli 1000 ml huoneenlämpöistä nestettä, viileä huoneilma tai potilaan riittämätön esilämmittäminen. Lämpötilan mittauksessa suositellaan käytettäväksi samaa mittausmenetelmää. (Siirala ym., 2024, s.49–50.) Potilaan lämmittämiseen heräämössä voidaan käyttää lämmitettyjä nesteitä, peittoja, lämpöpuhallinta ja lämpöpukua (Aura & Kinnunen, 2022, s. 254).

Leikkaus ja anestesia ovat kajoavia toimenpiteitä, ja ne voivat aiheuttaa potilaalle pelkoa ja ahdistusta. Potilaalle on tärkeää, että hoitaja on läsnä ja kuuntelee häntä, sillä ahdistuneisuus voi heikentää potilaan osallistumista omaan hoitoonsa. Ohjauksen avulla voidaan vähentää esimerkiksi potilaan ahdistusta, parantaa kivunsietoa ja edesauttaa toimenpiteestä toipumisessa. (Siirala ym., 2024, s. 52–53.)

Leikkaus itsessään voi aiheuttaa potilaalle ahdistusta, ja lisäksi potilas voi olla huolissaan, miten leikkaus onnistuu ja tuleeko mahdollisia komplikaatioita. Potilas voi myös olla huolissaan siitä, miten pärjää kotona. Leikkauksen jälkeen hoitajan on tärkeä tunnistaa potilaan psyykkisen tuen tarve ja luoda potilaaseen luottamuksellinen suhde. Psykkinen tuki koostuu hoitajan ja potilaan välisestä kunnioittavasta vuorovaikutuksesta, läsnäolosta, rohkaisusta ja empaattisuudesta. Myös esimerkiksi musiikin kuuntelu voi vähentää potilaan ahdistusta. (Siirala ym., 2024, s. 52–53.)

2.9 Dreeni

Rintaleikkausten jälkeen potilaalle voidaan joissain tapauksissa asettaa dreeni, jonka tarkoituksena on kerätä kudostenestettä ja verta leikkausalueelta toimenpiteen jälkeen. Sen pääasiallisina tehtävänä on estää turvotusta ja infektioiden syntymistä sekä edistää potilaan toipumista ja leikkaushaavan paranemista. Haavaimu voi toiminnaltaan olla joko passiivinen laskuputki tai aktiivinen imu, joka toimii alipaineella. (Terveyskylä.fi, 2021.)

Tutkimusten mukaan pitkittynyt dreneeraus lisää infektion riskiä. Dreeni poistetaan yleensä, kun eritysmäärä on alle 30 ml vuorokaudessa, mutta optimaalinen ajankohta dreenin poistolle parhaan kliinisen lopputuloksen saavuttamiseksi on edelleen kiistanalainen. (Chen ym., 2016.)

Dreenihoidolla on myös selkeitä haittoja. Esimerkiksi ihobakteerit voivat kulkeutua dreenin kautta haavaan ja aiheuttaa infektion. Dreeni voi myös aiheuttaa potilaalle epämukavuutta ja vaatii päivittäistä hoitoa. Tutkimusten mukaan aikaisella dreenin poistamisella ei toistaiseksi ole raportoitu olevan yhteyttä infektioiden lisääntymiseen. (Vos ym., 2018.)

Tutkimusten mukaan aikaiseen dreenin poisto parantaa merkittävästi potilaiden elämänlaatua. Potilaat kokivat huomattavasti vähemmän rajoitteita päivittäisissä toiminnoissa ja sosiaalisessa elämässä. Lisäksi havaittiin merkittävä ero leikkauksen jälkeisen olkapääkivun osalta: aikaisen dreenin poiston ryhmän potilaat kärsivät vähemmän leikkauksen jälkeisestä kivusta. Eroa ei voitu selittää leikkauksen tyypillä, joten se saattoi johtua itse dreenistä. (Vos ym., 2018.)

Haavaimujärjestelmiä on erikokoisia ja keräyspussit voivat vaihdella. Ne voivat olla joko vaihdettavia tai tyhjennettäviä. Yleisimmin käytössä on suljettu alipaineimujärjestelmä, joka koostuu itse laskuputkesta, haitari-, tyhjiö- tai tyhjiöpallomusta, dreeniletkun sulkimista sekä keräyspussista. (Aura & Kinnunen, 2022, s. 210.)

J-Vac palloimusäiliö eli ”kranaatti”dreeni on saatavana 100 ml:n kokoisena. Dreeni toimitetaan steriilinä ja siinä on vakiomallin vastavirtausventtiili. Säiliön sivussa on mitta-asteikko, joka helpottaa nestemäärän mittaamista. Säiliössä on dreneerausportti, jossa on kiinnitetty tulppa, jonka kautta kerätty neste voidaan poistaa. (Ethicon Inc, ei pvm., s. 32.)

Dreeniä käytettäessä on tärkeää varmistaa, ettei se tukkeudu ja että säiliö ei täyty kokonaan. Säiliön imu tulee pysyä toimintakunnossa. Jos dreeni tukkeutuu, nesteen poistuminen leikkausalueelta estyy. Tukoksen sattuessa dreeni voidaan avata imemällä joko liittämällä imu säiliön ulostuloaukkoon tai irrottamalla säiliö hetkeksi ja imemällä suoraan dreenistä. On tärkeää tarkistaa, että kaikki järjestelmän liitokset ovat ilmatiiviitä, jotta järjestelmä toimii oikein. Dreeni on kertakäyttöinen ja se tulee hävittää potilaskohtaisen käytön jälkeen. (Ethicon Inc, ei pvm., s. 32–33.)

On tärkeää, että palloimusäiliö on aktivoituna koko ajan. Kun säiliö on tyhjä, se puristetaan sormien välissä reunoistaan yhteen ja säiliön korkki suljetaan, jolloin imu aktivoituu. Säiliössä oleva nesteen määrä voidaan mitata avaamalla korkki ja katsotaan määrä sivussa olevan mitta-asteikon avulla. Tämän jälkeen neste kaadetaan pois, säiliö aktivoidaan uudelleen imuun ja korkki suljetaan kiinni. (Ethicon Inc, ei pvm., s. 32–33.)

Imupaljedreeni eli ”haitaridreeni”. Dreenin pussin vetoisuus on 500 ml ja siinä on takaisinvirtauksen estoventtiili. Keräyspussin voi tarvittaessa vaihtaa uuteen. (Primed, ei pvm.).

Dreeni soveltuu hellävaraiseen haavan dreneeraukseen herkissä kudoksissa. Manuaalisesti puristettava haitarimainen säiliö tuottaa matalan alipaineen (120-160mbar), jonka avulla leikkauksen jälkeinen neste poistuu leikkausalueelta. Tämän aktiivisen dreeniominaisuuden lisäksi järjestelmä voi toimia myös passiivisesti painovoiman avulla. (Primed, ei pvm.)

Jos dreeni halutaan pitää jatkuvassa aktiivisessa imussa, tulee huolehtia, että haitari on mahdollisimman tiiviinä ja letkuston ylempi sulkija on auki, kun taas letkuston ennen pussia oleva sulkija on kiinni. Haitarin täytyessä nesteestä se avautuu. Haitaria tyhjennettäessä pussiin tulee ylempi sulkija sulkea, minkä jälkeen alempi sulkija avataan ja haitarista tyhjenetään neste pussiin. Tyhjennyksen jälkeen alempi sulkija suljetaan, haitari aktivoidaan uudelleen imuun ja varmistetaan, että ylempi sulkija on auki. Pussissa oleva mitta-asteikko helpottaa eritteen määrän mittausta. (Primed, ei pvm.)

2.10 Potilaan ohjaus ja potilasohje sekä lait ja eettisyys ohjauksessa

Potilaan ohjaaminen on keskeinen asia sairaanhoitajan työssä, ja hyvä potilaan ohjaus on tärkeä osa turvallista hoitoa. Sosiaali- ja terveysalalla potilaan ohjaimista säätelee useat eri lait ja toimintaa ohjaavat yleiset suositukset, kuten Käypä hoito ja laatusuositukset, sekä ammattieettiset periaatteet. (Huovinen ym., 2023, s. 39.)

Käsitteen ”ohjaus” määritelmä on hyvin moninainen, ja lukuisat englanninkieliset termit, kuten *patient education, advising, counselling, coaching, facilitating, guidance, metoring, supervising ja tutoring* ovat käännetty suomen kielessä ohjaukseksi. (Huovinen ym., 2023, s. 39.)

Hyvän potilasohjeen sisällön eteneminen on kunnossa, eli tarina etenee selkeästi. Kerrottujen asioiden tulisi liittyä toisiinsa luontevasti. Potilasohjeissa sisällön eteneminen tulee olla potilaan näkökulmasta. Hyvän ohjeen kirjoittaminen on vaikeaa, sillä tekstin tulee olla helposti ymmärrettävää, sisällöltään kattava ja kannustaa omaan toimintaan. Tärkeintä on, että ohje on kirjoitettu potilaalle tai hänen omaiselleen. Potilasohjeen lukija haluaa tietää, kuinka toimia oikein. Tämä tieto tulee hänelle tarjota mahdollisimman yleiskielisesti, sanastoltaan ja lauserakenteeltaan selkeästi. Sisällöltään mitä oivallisinkin ohje jää ymmärtämättä, jos esitystapaan ei kiinnitetä huomiota. (Hyvärinen, 2005.)

Kirjallisten ohjeiden laadinnassa tulee huomioida monia asioita. Kirjallisen ohjeen tulee olla sisällöltään ja rakenteeltaan sellainen, että tieto on oikeaa ja luotettavaa. Tärkein tieto potilaan näkökulmasta tulisi selvitä ensin. Luettavuudeltaan kirjainlaji ja fonttikoko on olennaista. Sanamuotojen olisi hyvä olla positiivisia. Ohjeessa ei tulisi olla lääketieteellistä termistöä. Lauseiden ja kappaleiden tulisi olla lyhyitä. Myös otsikoiden tulisi olla selkeitä ja ytimekkäitä. Puhuttelumuotona tulisi olla te tai sinä. Ohjeessa olisi hyvä käyttää listoja, taulukoita ja aktiivimuodon käyttämistä. Ulkoasussa tulisi kiinnittää huomiota väreihin, fonttiin, kuviin ja taulukoihin. Lupakäytännöissä tulee huomioida tekijänoikeudet. Tulee myös huomioida käytettävä ja tuotettu materiaali, esimerkiksi saako niitä käyttää uudelleen tai lainata. Tekijä ja päivityksen ajankohta tulee näkyä ohjeesta. (Heikkinen, 2024.)

Hoitotyössä ohjaus on keskeinen osa potilaan hoitoa. Jokaisen hoitotyössä toimivan henkilön tehtävänä on ohjata potilasta. Ohjausta toteutetaan suunnitelmallisesti osana potilaan muuta hoitoa ja hoitotoimenpidettä sekä erilaisissa ohjaus-tilanteissa. Ohjauksella kannustetaan potilasta ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin sekä tuetaan löytämään omia voimavaroja. Terveystieteessä ohjauksen merkitys korostuu, koska hoitoajat lyhenevät, jolloin aikaa jää yhä vähemmän ohjaukselle. (Kyngäs ym., 2007, s.5.)

Ohjauksen taustalla on lakeja. Potilastyön osalta lait eivät juuri viittaa hoitotyöhön liittyvään ohjaukseen. Sisällöltään lait ovat yleisluontoisempia. Ne määrittäväosaltaan yleisiä terveyteen liittyviä perustehtäviä. Valtion ja kuntien hyvinvointitehtäviä linjaavat Suomen perustuslaki sekä kuntalaki. Perustuslain ”jokaiselle riittäväillä palveluilla” voidaan ymmärtää tarvetta vastaavia palveluja. Tarpeen ymmärtäminen puolestaan viittaa joko tarvittavien palvelujen määrään, tai niiden sisältöön, tai laatuun tai sekä määrään että laatuun. Kuntalain velvoite hyvinvoinnin edistämiseksi voidaan ymmärtää jokaisen kuntatoimijan yhteiseksi ja yksityiseksi tehtäväksi. (Kyngäs ym., 2007, s.13.)

Lakia potilaan asemasta ja oikeuksista sovelletaan terveyden- ja sairaanhoidon järjestämisessä muiden lakien ohella. Laadukkaalla terveyden- ja sairaanhoidolla tarkoitetaan hoitoa, jossa potilaan ihmisarvoa ei loukata ja hänen vakaumustaan sekä yksityisyyttään kunnioitetaan. Kohtelu on yksi terveydenhuollon keskeisistä osa-alueista. Se on myös yleisin aihe terveydenhuollon kanteluissa, joita saapuu läänihallitukseen. Kohtelua koskevat kantelut voivat kohdistua yksittäiseen hoitajaan, koko hoitolaitokseen tai osastoon, jolla potilas on ollut hoidettavana. Potilaslain mukainen tutkimus-, hoito- ja kuntoutussuunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen läheisensä, omaisensa tai laillisen edustajansa kanssa. Laki korostaa yhteistyötä ja potilaan tasa-arvoista asemaa suunnitelman laatimisessa. Potilaan kanssa käydään keskustelua palveluiden sisällöstä siten, että hänen elämäntilanteensa, voimavaransa ja muut hoidon onnistumiseen vaikuttavat tekijät otetaan huomioon, ja hoidolle asetetaan selkeät tavoitteet. (Kyn-gäs ym., 2007, s.16.)

Tiedonsaantioikeudella tarkoitetaan potilaan oikeutta saada selvitys omasta terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hoitoon liittyvistä asioista, joilla on merkitystä hoitopäätöksiä tehtäessä. Selvityksen on oltava riittävän selkeä ja ymmärrettävä. Myös tässä korostuvat potilaan osallisuus ja hänen yksilöllinen huomioimisensa. Ohjaukseen liittyy oleellisesti potilaan itsemääräämisoikeus, joka liittyy olennaisesti potilaan kohteluun, yhteiseen suunnitteluun ja tiedonsaantiin. Ilman näiden toteutumista on vaikea kuvitella, että potilasta voitaisiin hoitaa lain edellyttämällä tavalla yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. (Kyn-gäs ym., 2007, s.16–17.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä korostaa ammattieettisiä velvollisuuksia, joiden keskiössä on potilaan etu. Potilaan hyöty ohjauksesta lisääntyy hänen aktiivisen osallisuutensa, oikea-aikaisen ja asianmukaisen ohjauksen sekä sen seurannan ja vaikuttavuuden arvioinnin myötä. Terveydenhuollon päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairauksista kärsivien parantaminen ja kärsimyksen lievittäminen. Ammattihenkilön tulee toimia yleisesti hyväksytyjen ja kokemusperäisten toimintatapojen mukaisesti koulutuksensa puitteissa ja pyrkiä jatkuvasti täydentämään osaamistaan. Lisäksi on tärkeää, että ammattihenkilö arvioi toiminnastaan potilaalle koituvat

hyödyt ja mahdolliset haitat. Ohjauksen näkökulmasta tämä tarkoittaa paitsi kliinisten tietojen päivittämistä myös ohjauksen sisältöjen, vuorovaikutustaitojen ja ohjauksen suunnittelutaitojen ylläpitämistä ja kehittämistä. (Kynäs ym., 2007, s.17.)

Etiikka on ohjauksessa peruskivenä. Se tutkii ihmisenä olemisen perimmäisiä kysymyksiä: mikä on hyväksyttävää, oikeaa ja hyvää sekä mikä on moittivaa, väärää ja huonoa. Etiikka tarkastelee ihmisen toimintaa, ja ammatillinen toiminta on yksi sen osa-alue. Ammattietiikalla tarkoitetaan työtä koskevaa etiikan aluetta. (Eloranta & Virkki, 2011, s.11–12.)

Terveydenhuollon eettiset periaatteet ohjaavat terveydenhuollon ammattilaisia. Sosiaalialan ammattilaisia ohjaa sosiaalialan työn eettiset periaatteet. Näissä periaatteissa ohjauksen ajatellaan sisältyvän olennaisena osana hoitotyöhön. Oikeus hyvään hoitoon näin ollen sisältää tarvittavan ohjauksen. Oikeudenmukaisuus ja itsemääräämisoikein toteutuu vain, jos potilas saa valintojensa ja päätöksensä tueksi riittävästi tietoa. Hyvä ammattitaito edellyttää hyvää ohjaustaitoa. (Eloranta & Virkki, 2011, s.12.)

Ammattikunnat ovat laatineet eettisten periaatteiden pohjalta omat eettiset ohjeet, jotka kuvaavat alan tavoitteita ja periaatteita, esimerkkinä sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Luonteeltaan ohjaajan ja ohjattavan välinen ohjaussuhde on yhteistyötä ja se perustuu keskinäiseen arvonantoon. Ohjaus perustuu ihmisen oikeuteen, terveyteen sekä autonomiaan eli itsemääräämisoikeuteen. Autonomia sisältää toisen ihmisarvon itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvon kunnioitusta. Näiden kunnioittaminen ei saa johtaa ohjausvastuusta vetäytymiseen, vaikka esille tulevat asiat voidaan kokea kiusallisiksi ohjattavan tai ohjaajan mielestä. (Eloranta & Virkki, 2011, s.12–14.)

Autonomian kunnioittaminen ohjauksessa merkitsee potilaan itsenäisen päätöksenteon ja selviytymisen edellytysten tukemista, jolloin potilas tekee valintoja toimintatavoistaan riittävään tietoon perustuen. Ongelmat, joita hoitotyössä ilmenee, ovat moniulotteisia. Lähes aina eettisiä ongelmia on vaikea ratkaista, koska

niihin liittyy ristiriitaisia moraalisia vaatimuksia. Päätöksen tekoa helpottaa tietoisuus omista arvoista. Etiikan tehtävänä on auttaa arvioimaan toisten ja omaa eettistä toimintaa sekä tunnistamaan toiminnan perusteita. (Eloranta & Virkki, 2011, s.12–14.)

Eettisesti kestävästä toiminnasta vastuu on hoitajalla. Eettisesti kestävään toimintaan kuuluvat eettinen vastuu, eettinen toiminta sekä eettinen tietoisuus. Eettisesti kestävä toiminta perustuu luotettavaan ja ajantasaiseen tietoon, joka perustuu hyviin käytäntöihin tai näyttöön. Jokaisella hoitotyön ammattihenkilöllä on velvollisuus ylläpitää omaa ammattitaitoaan ja tämä on eettisesti kestävä toiminnan perusta. (Eloranta & Virkki, 2011, s.12–14.)

Ammattietiikan ja lakien lisäksi ohjausta sekä hoitoa sen lisänä ohjaavat kansalliset ja kansainväliset terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät laatusuositukset sekä ohjelmat. Suosituksilla pyritään laadukkaaseen ja yhtenäiseen toimintaan. Laeissa tai suosituksissa ei kuitenkaan mainita ohjauksen laadusta. Laadukkaan hoidon osatekijänä on kuitenkin ohjaus. (Eloranta & Virkki, 2011, s.12–14.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa selkeät kotihoito-ohjeet rintasyöpäleikattujen potilaiden erilaisista dreeneistä, joita käytetään Tays Hatanpään Leiko24 -yksikössä. Ohjeet on tarkoitettu potilaille sekä hoitoalan ammattilaisille.

Opinnäytetyön tehtävänä on selvittää, mitä on rintasyöpä, miten sitä hoidetaan, mitä tulee huomioida potilaan hoidossa rintasyöpäleikkauksen jälkeen sekä minimaalista potilaan ohjauksen tulisi olla.

Tavoitteena on, että kotihoito-ohjeen avulla potilaalle mahdollisesti lisätään turvallisuuden tunnetta kotiutumisen jälkeen sekä tuetaan hoitajien antamaa potilasohjausta.

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisella opinnäytetyöllä tarkoitetaan vaihtoehtoista työtä tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Tavoitteena toiminnallisella opinnäytetyöllä on ammatillisella kentällä käytännön toiminnan ohjeistus, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä sekä ohjaamista. Ammattialan mukaan se voi olla esimerkiksi ohjeistus, opastus tai ohje, kuten turvallisuusohjeistus, perehdyttämisosas tai ympäristöohjelma. Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei kokonaan voi unohtaa selvityksen tekemistä. Suositeltavaa toiminnallisessa opinnäytetyössä on, että työlle löytyy toimeksiantaja, jolle toiminnallisen osuuden tuotos syntyy (Vilkkä & Airaksinen, 2003, s. 9 & 17–18.)

Toiminnallisen opinnäytetyön perustana on ammatillinen tieto, joka nojaa ammatitermistön sekä aihepiiri käsitteiden käyttöön. Tavoitteena on näyttää opinnäytetyöllä, miten yhdistää ammatillista teoreettista tietoa sekä käsitteitä ammatillisiin käytänteisiin ja luoda niiden avulla perusteltuja, käytäntöä kehittäviä menetelmiä. (Kostamo ym., 2022.)

Tämän opinnäytetyön menetelmänä käytetään toiminnallista menetelmää, koska dreeneien kotihoito-ohjeet päivitetään uudempiin ja nykypäivän dreenejä kuvaaviin ohjeisiin. Työelämäyhteistyökumppanin toiveiden mukaisesti ohjeet laaditaan mahdollisimman selkeiksi ja kuvallisiksi. Kirjalliset kotihoito-ohjeet laaditaan Pirkanmaan hyvinvointialueen valmiiseen pohjaan, minkä jälkeen ne jaetaan Pirkanmaan hyvinvointialueen intraan sekä julkisille internetsivuille.

4.2 Opinnäytetyön prosessin kuvaus

Opinnäytetyön suunnitelman tekeminen aloitettiin alkuvuonna 2025, ja suunnitelma hyväksyttiin keväällä 2025. Varsinainen työn toteutus alkoi välittömästi hyväksynnän jälkeen.

Työelämän ohjaajien kanssa käytiin keskustelua potilasohjeen visuaalisesta ilmeestä ja rakenteesta. Ohjaajien toiveiden mukaisesti kranaatti- ja haitaridreenille laadittiin omat kotihoito-ohjeet. Molemmat ohjeet esitettiin saman otsikon alle, "Dreenin kanssa kotiin", ja otsikkoon lisättiin dreenityyppi: (kranaatti) tai (haitari). Kyseisiä nimityksiä käytetään yleisesti hoitohenkilökunnan keskuudessa Tays Hatanpäällä. Tällainen otsikointi helpottaa hoitajaa tunnistamaan oikean ohjeen tulostus- tai siirtotilanteessa, esimerkiksi siirtäessä ohjetta TaysPolulle.

OmaTays sisältää TaysPolun, joka on Pirkanmaan sairaanhoitopiirin verkkopoliklinikka. TaysPolusta potilas näkee hoitoonsa liittyvät ajanvaraukset, toimenpiteet, ohjeet, lomakkeet ja kyselyt sekä saa automaattisia muistutuksia hoidon eri vaiheissa. TaysPolku toimii mobiilisovelluksessa. (Oy Suomen tietotoimisto, 2021).

Työelämän ohjaajilta tuli toive, että kotihoito-ohjeeseen lisättäisiin yhdestä kahdeksan kuvaa. Kuvana voitiin käyttää joko todellista tai kuvitteellista kuvaa dreeneistä. Ohjeeseen lisättiin myös esimerkkitaulukko dreeneritteen määrän seurannasta. Sisällöllisesti täysin uutta kotihoito-ohjetta ei ollut tarpeen laatia, vaan vanhan ohjeen hyväksi todettua sisältöä hyödynnettiin osittain.

Opinnäytetyön alussa tietoa kirjallista osuutta varten etsittiin sekä yhdessä että erikseen. Tämän jälkeen hahmoteltiin ensimmäiset versiot kotihoito-ohjeista. Ensimmäiset versiot toimitettiin ohjaajille kommentoitavaksi, ja sen jälkeen kotihoito-ohjeita kehitettiin saatujen ehdotusten sekä omien kehitysehdotusten pohjalta.

Kotihoito-ohjeet toimitettiin työelämätaholle käytettäväksi Word-versiona, ja työelämätaho siirsi ne Pirkanmaan hyvinvointialueen omalle pohjalle ja tätä jaetaan

potilaille joko paperisena tai sähköisesti, huomioiden kumpi dreeni potilaalla on. Valmiit kotihoito-ohjeet hyväksyttiin yleiskirurgian yhteiskokouksessa. Tämän jälkeen kotihoito-ohjeet julkaistiin Pirkanmaan hyvinvointialueen verkkosivulla.

Opinnäytetyössä hyödynnettiin luotettavia tietokantoja sekä terveydenhuollon tietolähteitä, kuten Cinahl, Medic sekä Terveysportti. Lisäksi alan eri tutkimuksia käytettiin tiedonlähteinä. Hakusanoina käytettiin mm. *rintasyöpä, dreeni, potilasohjaus, breast cancer/carcinoma, breast neoplasm, drainage, patient education/counselling/information*.

4.3 Kotihoito-ohjeiden asiasisältö

Opinnäytetyön tuotoksena laadittiin Tays Hatanpään Leiko24-yksikölle kaksi kotihoito-ohjetta dreeneistä, joita käytetään rintasyöpäleikkauksissa. Kotihoito-ohjeet on suunniteltu yhteistyössä työelämäyhteistyökumppanin kanssa, mutta niiden laatiminen on toteutettu opinnäytetyön tekijöiden itsenäisen harkinnan mukaan. Työelämätahon toiveena oli, että ohjeista tehdään mahdollisimman yksinkertaiset ja selkeät potilaille. Ohjeisiin on sisällytetty muutamia kuvia sekä taukko dreeneritteen määrän merkitsemistä varten.

Päivitettyissä kotihoito-ohjeissa on sallittu hyödyntää aiemmassa ohjeessa hyväksi todettua sisältöä. Dreenin juuren hoidon osuus on säilytetty lähes samana kuin vanhassa ohjeessa. Uusista kotihoito-ohjeista löytyvät samat asiat kuin vanhastakin, mutta asiasisältö on muokattu selkeämmäksi ja laajemmaksi.

Kotihoito-ohjeet ovat laadittu kahdesta eri dreenistä, ja otsikot ovat molemmissa samat, mutta asiasisältö on osaltaan dreeni kohtainen. Materiaalissa on ensin kerrottu, kummasta dreenistä on kyse, dreenistä yleisesti, tyhjentämisohjeet, juuren hoito, dreenin poisto, huomioitavia asioita sekä yhteystiedot eri tahoille. Dreenien kotihoito-ohjeet on lisätty opinnäytetyön liitteisiin.

4.4 Kotihoito-ohjeiden ulkoasu ja saavutettavuus

Saavutettavuus on yhdenvertaisuuden edistämistä. Saavutettava verkkopalvelu on kaikkien ihmisten käytettävissä mahdollisimman helposti. Verkkopalvelujen saavutettavuudesta on säädetty laissa digitaalisten palveluiden tarjoamisesta, joka koskee etenkin julkista sektoria. (Saavutettavasti.fi, 2025.)

Selkokieli on yleiskieltä helpompaa suomen kieltä, joka on suunnattu henkilöille, joilla on vaikeuksia ymmärtää tai lukea yleiskieltä. Sitä on mukautettu sanastoltaan, sisällöltään sekä rakenteelta yleiskieltä ymmärrettävämmäksi ja luettavamaksi. Ikäihmiset, kehitysvammaiset henkilöt, muistisairaat sekä suomen kieltä opettelevat henkilöt voivat tarvita selkokieltä. (Papunet, 2023.)

Kotihoito-ohjeet löytyvät Pirkanmaan hyvinvointialueen internetsivuilta, joten ne ovat kaikkien saavutettavissa. Ohjeista on pyritty tekemään mahdollisimman selkeitä ja helppolukuisia. Esimerkiksi ohjeissa on kerrottu vaihe vaiheelta, kuinka dreerien keräyspussit tyhjennetään.

Kotihoito-ohjeen lopulliseen ulkoasuun ei voida vaikuttaa opinnäytetyön tekijöiden toimesta. Ohje tulee Pirkanmaan hyvinvointialueen omalle pohjalle, ja sitä voidaan käyttää paperisena, että sähköisenä.

5 POHDINTA

5.1 Pohdintaa tehdystä ohjeesta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa selkeät kotihoito-ohjeet kahden erilaisen dreenityypin käyttöön rintasyöpäleikatuilla potilailla. Ohjeet laadittiin Tays Hatanpään Leiko24-yksikössä käytössä olevista dreeneistä. Työelämäkumppanin toiveena oli, että rintasyöpäpotilaiden dreerien kotihoito-ohjeet päivitetäisiin vastaamaan nykyisiä tarpeita ja käytäntöjä.

Opinnäytetyön tehtävään vastattiin hyödyntämällä teoretietoa, joka käsittelee muun muassa rintasyöpää, sen hoitoa, leikkauksen jälkeistä hoitotyötä, potilasohjeita sekä potilaan ohjausta. Kirjallinen osuus on laadittu näiden aiheiden pohjalta, ja siitä muodostui laaja kokonaisuus. Laajuus kuvastaa rintasyöpän, sen hoidon ja leikkauksen jälkeisen hoitotyön monimuotoisuutta. Tiedon kattava esittäminen nähtiin tärkeänä, jotta teoria ja käytännön ohjeet muodostavat selkeän ja yhtenäisen kokonaisuuden.

Opinnäytetyön tavoitteena oli laatia mahdollisimman selkeät ja helposti ymmärrettävät kotihoito-ohjeet dreerien käytöstä. Ohjeiden tavoitteena on lisätä potilaan tietämystä ja luoda mahdollista turvallisuuden tunnetta kotiutumisen jälkeen sekä helpottaa hoitajien antamaa potilasohjausta. Ohjaustilanteessa suullista viestintää voidaan vahvistaa ja tukea kirjallisella materiaalilla. Kun kirjallinen ohje toimii suullisen ohjauksen tukena, potilas omaksuu tiedon todennäköisemmin paremmin kuin pelkän suullisen ohjauksen varassa. Kirjallinen ohje mahdollistaa myös ohjeiden kertaamisen myöhemmin, kun potilaalla on siihen enemmän voimavaroja sekä aikaa. (Eloranta & Virkki, 2011, s.73–75.)

Opinnäytetyön tuotoksena laadittiin kotihoito-ohjeet Leiko24-yksikössä käytettävien kahden eri dreenityypin, haitari- ja kranaattidreerin, käytöstä. Ohjeet on tehty mahdollisimman yksinkertaisiksi ja selkeiksi, noudattaen yhtenäistä raken-

netta. Materiaalit on tehty Word pohjalle, ja ne toimitettiin työelämäyhteistyökumppanille luettavaksi sekä kommentoitavaksi. Tämän jälkeen ohjeet on siirretty hyväksyttäväksi yleiskirurgian kokoukseen.

5.2 Eettiset näkökulmat ja luotettavuus

Luotettavuuden lisäämiseksi työssä on hyödynnetty sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten käyttämiä lähteitä sekä tutkimustietoa. Opinnäytetyössä on noudatettu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ohjeistuksia. (Tutkimuseettinen tiedekunta, 2024.) Tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa, ja sen tulokset ovat uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön (HTK) edellyttävällä tavalla. Hyvän tieteellisen käytännön peruseriaatteita ovat eurooppalaisen tutkimuseettisen ohjeistuksen mukaan luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja kunnioitus. (Tutkimuseettinen tiedekunta, 2024.)

Eettisyys opinnäytetyössä ilmenee erityisesti opinnäytetyösuunnitelman huolellisessa laatimisena sekä yhteistyössä työyhteisökumppanin, Tays Hatanpään Leiko24-yksikön kanssa tehdyn opinnäytetyösopimuksen kautta.

5.3 Kehittämisideat ja jatkoaiheet

Jatkossa kotihoito-ohjeiden säännöllinen päivittäminen on suositeltavaa, sillä ajan myötä käytössä olevat dreenityypit ja niiden valmistajat voivat muuttua. Päivityksen tueksi voisi kehittää systemaattisen ja vastuuhenkilöihin perustuvan päivityskäytännön, joka varmistaa ohjeiden käytettävyyden ja ajantasaisuuden.

Tulevaisuudessa kotihoito-ohjeista voisi kehittää interaktiivisen version tai video-ohjauksen, joka tukisi potilaiden oppimista ja muistamista entistä paremmin. Kotihoito-ohjeet voitaisiin laatia myös englanniksi ja tarvittaessa ruotsiksi, jotta ne olisivat ymmärrettäviä sekä saavutettavia myös potilaille ja omaisille, jotka eivät

puhu suomea. Englanninkielisen version käyttöönoton vaikutusta voitaisiin arvioida muun muassa potilastyytyväisyyden ja hoidon yhdenvertaisuuden näkökulmasta.

6 LÄHTEET

Alanko, L. & Sudah, M. *Rintasyövän mammografiaseulonta: quo vadis?* (2024) Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, Vol. 140, Nro.7. Verkkosivu. Haettu 16.5.2025. <https://www.duodecimlehti.fi/duo18169>

Aura, S. & Kinnunen, T. (2022). *Perioperatiivinen hoitotyö*. 3. uud. painos. Sanna Pro oy. Haettu 20.4.2025.

Aurora Health Care. (ei pvm.). *Tubular breast cancer*. Verkkosivu. Haettu 6.6.2025. <https://www.aurorahealthcare.org/services/cancer/breast-cancer/tubular-carcinoma>

Auvinen, P., Bärlund, M., Heikkilä, P., Hukkinen, K., Huovinen, R., Joukainen, S., Jukkola, A., Karhunen-Enckell, U., Karihtala, P., Kärjä, V., Loukovaara, M., Mattson, J., Meretoja, T., Niinikoski, L., Pöyhönen, M., Ranta, V., Salminen, A., Selnader, K., Skyttä, T., Sudah, M., Sundvall, M., Tiainen, L., Tirkkonen, M., Tanner, M., Tengström, M., Vaalavirta, L., Vehmanen, L. & Aalto-Viljakainen, T. (2024) *Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka- ja hoitopolkusuositus*. Verkkosivu. Haettu 24.6.2025. https://1587667.167.directo.fi/@Bin/144dc16d1e64419fae5dd2b70e8ad92f/1750750260/application/pdf/205913/SRSR_2025.pdf

BRCA. (ei pvm.). *BRCA-mutaatiot*. Verkkosivu. Haettu 6.6.2025. <https://brca.fi/mika-on-brca/brca-mutaatiot/#content>

Breast Cancer Now. (2024a). *Extreme tiredness (cancer-related fatigue)*. Verkkosivu. Haettu 6.6.2025. <https://breastcancernow.org/about-breast-cancer/treatment/extreme-tiredness-cancer-related-fatigue>

Breast Cancer Now. (2025). *Medullary breast cancer*. Verkkosivu. Haettu 5.6.2025. <https://breastcancernow.org/about-breast-cancer/diagnosis/types-of-breast-cancer/medullary-breast-cancer>

Breast Cancer Now. (2024b). *Mucinous breast cancer*. Verkkosivu. Haettu 6.6.2025. <https://breastcancernow.org/about-breast-cancer/diagnosis/types-of-breast-cancer/mucinous-breast-cancer>

Chen, C-F, Lin, S-F, Hung, C-F & Chou, P. (2016). *Risk of infection is associated more with drain duration than daily drainage volume in prosthesis-based breast reconstruction*. Verkkosivu. Haettu 6.10.2025. https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2016/12060/risk_of_infection_is_associated_more_with_drain.81.aspx

Cleveland clinic. (2024). *Duktal carcinoma in Situ (DCIS)*. Verkkosivu. Haettu 4.6.2025. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/17869-ductal-carcinoma-in-situ-dcis>

Cleveland Clinic. (2022). *Paget's disease of the breast: Stages, symptoms & prognosis*. Verkkosivu. Haettu 6.6.2025. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/17913-pagets-disease-of-the-breast>

Clinichelena. (ei pvm.). *Rintasyövän oireet*. Haettu 5.6.2025 <https://www.clinichelena.com/fi/rintasyovan-oireet/>

Eloranta, T. & Virkki, S. (2011). *Ohjaus hoitotyössä*. Kustannus Oy Tammi. Haettu 8.8.2025

Ethicon inc. (ei pvm.). *J-Vac Closed wound drainage system*. Johnson & Johnson medical GmbH. Haettu 4.7.2025.

Heikkinen, K. (2024). *Anestesiakäsikirja*. Kustannus Oy Duodecim. Haettu 22.5.2025.

Huovinen, A., Karhema, A., Koponen, L., Hynynen, M-L. & Mäkeläinen, T. (2023). *Kliininen hoitotyö*. Sanoma Pro Oy. Haettu 25.6.2025.

Huovinen, R. (2017). *Rintasyöpä*. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Verkkosivu. Haettu 29.4.2025. <https://www.duodecimlehti.fi/duo13651>

Hyvärinen R. (2005). *Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon*. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Nro 16. Verkkosivu. Haettu 25.3.2025. <https://www.duodecimlehti.fi/duo95167>

Kotihoito-ohjeiden kuvat (Virpi Matilainen, Emmi Ora).

Kuva 2. Rintasyöpäpotilaan hoitopolku Pirkanmaalla. (Kuva: Virpi Matilainen)

Kostamo, P., Airaksinen, T. & Vilka, H. (2022). *Kirjoita itsesi asiantuntijaksi. Opas toiminnalliseen opinnäytetyöhön*. Art House Oy. Haettu 19.5.2025.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E., & Renfors, T. (2007). *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki. WSOY. Haettu 10.8.2025.

Meretoja, T, Niinikoski L., Sund, M., Tamminen, A. & Turtiainen, S. (2024). *Kirurgia*. Kustannus Oy Duodecim. Haettu 19.5.2025.

Oy Suomen tietotoimisto. (2021). *TaysPolku-sovellus muistuttaa toimenpiteistä ja antaa hoitoon liittyvät ohjeet*. Haettu 29.10.2025. <https://www.sttinfo.fi/tiedote/69908883/tayspolku-sovellus-muistuttaa-toimenpiteista-ja-antaa-hoitoon-liittyvat-ohjeet?publisherId=10978748>

Papunet. (2023). *Miksi saavutettavuus? Sisällön ymmärrettävyys ja selkokieli*. Verkkosivu. Haettu 11.4.2025. <https://papunet.net/saavutettavuus/miksi-saavutettava/sisallon-ymmarrettavyys-ja-selkokieli/>

Pirkanmaan hyvinvointialue. (2025). *Rintasyöpäpotilaan hoitopolku*. Verkkosivu. Haettu 23.6.2025. <https://www.pirha.fi/asiakkaalle/hoito-ja-palvelupolut/rintasyopapotilaan-hoitopolku>

Primed. (ei pvm.). *Pri-active-passive drains*. Verkkosivu. Haettu 4.7.2025. <https://www.primed-halberstadt.de/en/cover-page/products/wound-drainage-surgery/low-vacuum-systems/pri-active-passive-drains/>

Rintasyöpäyhdistys. (ei pvm.). *Diagnoosi*. Verkkosivu. Haettu 30.4.2025. <https://www.europadonna.fi/rintasyopa/tietoa-rintasyovasta/diagnoosi/>

Saavutettavasti.fi. (2025). *Verkkosisältöjen saavutettavuus*. Verkkosivu. Haettu 11.4.2025. <https://www.saavutettavasti.fi/verkkosisaltojen-saavutettavuus/>

Siirala, E., Helenius, M., Kauppi, O., Liukas, T., Smeds, E., Tuominen, J. & Ukon-saari, P. (2024). *Käsikirja potilaan heräämövaiheen hoidosta ja turvallisesta siir-
rosta jatkohoitoon*. Hotus-käsikirja. Nro 1. Haettu 22.5.2025.

Suomen syöpärekisteri. (ei pvm.). *Rintasyövän seulonta*. Verkkosivu. Haettu 16.4.2025. <https://syoparekisteri.fi/seulonta/rintasyovanseulonta/>

Terveyskylä.fi. (2021). *Rinnan alueen leikkaukset ja kuntoutuminen*. Verkkosivu. Haettu. 21.3.2025. <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/kuntoutumistalon-oppaat/rinnan-alueen-leikkaukset-ja-kuntoutuminen>

Tutkimuseettinen tiedekunta. (2024). *Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK)*. Verkkosivu. Haettu 1.4.2025. <https://tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto-htk>

Vilka, H. & Airaksinen, T. (2003). *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Kustannus Oy Tammi. Haettu 24.9.2025.

Vehmanen, L. (2024a). *Rintasyövän hoito*. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Haettu 17.6.2025. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00468>

Vehmanen, L. (2024b). *Rintasyövän riskitekijät, toteaminen ja alatyypit*. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Haettu 21.3.2025. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00618>

Vos, H., Smeets, A., Neven, P., Laenen, A., Vandezande, L. & Nevelsteen, I. (2018). *Early drain removal improves quality of life and clinical outcomes in patients with breast cancer- Results from a randomized controlled trial*. *European Journal of Oncology Nursing*. Haettu 6.10.2025. <https://www-sciencedirect-com.libproxy.tuni.fi/science/article/pii/S1462388918301042>

LIITTEET

Liite 1. Dreenin kotihoito-ohje (haitaridreeni).

1 (2)

6.10.2025 klo 16:05

Dreenin kotihoito-ohje (haitaridreeni) - Potilasohjeet - Intra.pitka.fi

Pirkanmaan hyvinvointialue

Muokattu 29.9.2025

Tays Hatanpää
Potilasohje Hasa.20.77

Dreenin kotihoito-ohje (haitaridreeni)

Dreeni on pehmeä silikoninen laskuputki, joka vie verta ja kudostenestettä pois leikkausalueelta. Se edistää haavan paranemista sekä nopeuttaa toipumista leikkauksesta.

Dreenistä tulevan nesteen määrä ja väri voivat vaihdella ja se voi olla öljyistä. Nesteessä saattaa olla pieniä hyytymiä, mikä on normaalia eikä yleensä estä dreenin toimintaa. On huolehdittava, että dreenin haitarimainen osa on lytyssä ja, että haitarin yläpuolella oleva sulkija (lähempänä kehoasi) on auki sekä alapuolella oleva sulkija (lähempänä keräyspussia) on kiinni, jotta dreeni pysyy alipaineessa eli imussa. Toimiakseen oikein, dreenissä on pysyttävä alipaine.

Dreenin tyhjentäminen

Dreeni tyhjenetään, kun haitari on lähes auennut.

1. Sulje haitarin yläpuolella oleva sulkija.
2. Aukaise haitarin alapuolella oleva sulkija.
3. Paina haitari kasaan, näin neste tyhjenee alapuolella olevaan keräyspussiin.
4. Pidä haitaria kasassa ja laita haitarin alapuolella oleva sulkija kiinni.
5. Aukaise haitarin yläpuolella oleva sulkija. Näin dreeni on taas imussa.
6. Pussin kyljen mittataulukosta näet nesteen määrän ja voit halutessasi tyhjentää nesteen vessanpönttöön aukaisemalla hanan keräyspussista. Keräyspussi tulee tyhjentää vähintään kerran vuorokaudessa suunnilleen samaan aikaan. Varmista pussia tyhjentäessäsi, että haitarin alapuolella oleva sulkija on kiinni.



Kuva 1 Haitari on auennut ja dreeni tulee tyhjentää



Kuva 2 Haitarin tyhjenetään puristamalla ja jätetään puristetuksi imun aikaan saamiseksi

Merkitse tyhjentämäsi määrät esimerkiksi seuraavanlaisen taulukkoon. Mikäli dreenejä on useampi, niin merkitse jokainen dreeni erikseen, ja tee jokaiselle dreenille oma taulukko.

file:///C:/Users/Emmi/OneDrive/Dreenin%20kotihoito-ohje%20(haitaridreeni)%20-%20Potilasohjeet%20-%20Intra.pitka.fi.html

1/2

(jatkuu)

6.10.2025 klo 16:05

Dreenin kotihoito-ohje (hallaridreeni) - Pölläschjeet - intra.pitha.fi

PVM							
VKO 1	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
PVM							
VKO 2	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml

Dreenin juuren hoito

- Dreeni on kiinnitetty ihoon ompeleella.
- Poista sidos dreenin juurelta ennen suihkuun menoa.
- Kuivaa dreenin juuri suihkun jälkeen huolellisesti puhtaalla pyyhkeellä varovasti taputellen. Laita puhtas sidos dreenin juurelle aina suihkun jälkeen. Vaihtoehtoisesti voit suojata dreenin juuren suihkuun mennessä vettä läpäisemättömällä kalvolla.
- Dreenin kanssa ei saa mennä kylpyyn, uimaan tai saunaan.
- Dreenin juuri ei tarvitse erityistä hoitoa, jos se pysyy kuivana eikä erite vuoda laskuputken ohi.
- Dreeni voi joskus irrota paikaltaan. Se ei kuitenkaan hidasta toipumista. Tulehdusten välttämiseksi dreeniä ei pidä yrittää laittaa takaisin. Voit varovaisesti vetää dreenin kokonaan pois, mutta sinun tulee ennen pois vetämistä huolehtia, että sulkijat ja keräyspussin korkki ovat auki, näin dreeni ei ole enää imussa. Dreeniaukon päälle voi laittaa kuivan ja puhtaan sidetailoksen.

Dreenin poisto

- Dreeni poistetaan erillisen ohjeen mukaan
- Dreeni poistetaan joko omalla terveysasemalla tai työterveydessä. Varaa aika itse.
- Dreeniaukolta voi vielä muutaman päivän vuotaa eritettä poiston jälkeen, mutta se ei ole vaarallista. Suojaa dreeniaukko puhtaalla sidoksella, kunnes reikä umpeutuu. Vaihda sidos päivittäin puhtaaseen.

Huomioitavaa

- Dreenin letku ei saa kiristyä liikaa eikä jäädä mihinkään kiinni. Dreeniä voi pitää esimerkiksi kangaskassissa.
- Huolehdi, että dreenin letku ei ole taipunut mutkalle ja pidä dreeni koko ajan haavan alapuolella.
- Jos dreeniaukon ympäristö alkaa punoittaa, kuumottaa, siinä on lisääntyvää kipua tai sinulla nousee kuume yli 38 asteeseen yli vuorokaudeksi, ota yhteyttä perusterveydenhuoltoon tai virka-ajan ulkopuolella päivystykseen (puh. 03 116 117)

Pirkanmaan hyvinvointialue

Muokattu 29.9.2025

Tays Hatanpää
Potilasohje Hasa.20.76

Dreenin kotihoito-ohje (kranaatti-dreeni)

Dreeni on pehmeä silikoninen laskuputki, joka vie verta ja kudospainetta pois leikkausalueelta. Se edistää haavan paranemista sekä nopeuttaa toipumista leikkauksesta.

Dreenistä tulevan nesteen määrä ja väri voivat vaihdella ja se voi olla öljyistä. Nesteessä saattaa olla pieniä hyytymiä, mikä on normaalia eikä yleensä estä dreenin toimintaa. Dreenin säiliön tulee olla imussa eli puristettuna lyttyyn koko ajan, jotta dreeni toimii oikein.

Dreenin tyhjentäminen

1. Aukaise säiliön korkki.
2. Katso säiliön sivussa olevasta mitta-asteikosta minkä verran eritettä säiliössä on.
3. Kirjaa lukema ylös taulukkoon.
4. Kaada erite esimerkiksi vessanpönttöön.
5. Purista säiliö sormiesi välissä yhteen imun aikaan saamiseksi ja sulje korkki.

Mittaa eritteen määrä vähintään kerran vuorokaudessa samaan kellon aikaan. Merkitse tyhjentämäsi määrät esimerkiksi seuraavanlaiseen taulukkoon.

PVM							
VKO 1	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
PVM							
VKO 2	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml



Kuva 1 Dreenin korkin aukaisu

6.10.2025 klo 16.12

Dreenin kotihoito-ohje (kranasti-dreeni) - Potilasohjeet - Inta pinta.fi



Kuva 2 Dreenin aktiivi-imuun laittaminen

Kuva 1: Aukaise korkki ja katso säiliön kyljestä nestemäärä ja laita lukema ylös taulukkoon ja tyhjennä sisältö vessanpönttöön.

Kuva 2: Purista dreenin säiliö sormien välissä yhteen imun alkaen saamiseksi ja sulje korkki.

Dreenin juuren hoito

- Dreeni on kiinnitetty ihoon ompeleella.
- Poista sidos dreenin juurelta ennen suihkuun menoa.
- Kuivaa dreenin juuri suihkun jälkeen huolellisesti puhtaalla pyyhkeellä varovasti taputellen. Vaihda puhtas sidos dreenin juurelle aina suihkun jälkeen. Vaihtoehtoisesti voit suojata dreenin juuren suihkuun mennessä vettä läpäisemättömällä kalvolla.
- Dreenin kanssa ei saa mennä kylpyyn, uimaan tai saunaan.
- Dreenin juuri ei tarvitse erityistä hoitoa, jos se pysyy kuivana eikä erite vuoda laskuputken ohi.
- Dreeni voi joskus irrota paikaltaan. Se ei kuitenkaan hidasta toipumista. Tulehdusten välttämiseksi dreeniä ei pidä yrittää laittaa takaisin. Voit varovaisesti vetää dreenin kokonaan pois, mutta sinun tulee ennen pois vetämistä huolehtia, että dreenin korkki on auki, näin dreeni ei ole enää imussa. Dreeniaukon päälle voi laittaa kuivan ja puhtaan sidetaikosen.

Dreenin poisto

- Dreeni poistetaan erikseen annetun ohjeen mukaan.
- Dreeni poistetaan joko omalla terveysasemalla tai työterveydessä. Varaa aika itse.
- Dreeniaukoilta voi vielä muutaman päivän vuotaa eritettä poiston jälkeen, mutta se ei ole vaarallista. Suojaa dreeniaukko puhtaalla sidoksella, kunnes reikä umpeutuu. Vaihda sidos päivittäin puhtaaseen.

Huomioitavaa

- Dreenin letku ei saa kiristyä liikaa eikä jäädä mihinkään kiinni.
- Huolehdi, että dreenin letku ei ole taipunut mutkalle ja pidä dreeni koko ajan haavan alapuolella.
- Jos dreeniaukon ympäristö alkaa punoittaa, kuumottaa, siinä on lisääntyvää kipua tai sinulla nousee kuume yli 38 asteeseen yli vuorokaudeksi, ota yhteys perusterveyden huoltoon tai virka-ajan ulkopuolella päivystykseen (puh. 116 117)