

Hanna Jämiä

TYÖIKÄISEN RINTASYÖPÄPOTILAAN HOITOPOLKU SATA-
KUNNAN SAIRAANHOITOPUIRIN ALUEELLA

Hoitotyön koulutusohjelma

2017

TYÖIKÄISEN RINTASYÖPÄPOTILAAN HOITOPOLKU SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRIN ALUEELLA

Jämiä, Hanna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Huhtikuu 2017
Sivumäärä: 41
Liitteitä: 2

Asiasanat: rintasyöpäpotilas, hoitopolku, potilasohjaus, posterit

Opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa Satakunnan Keskussairaalan kirurgian poliklinikalle rintasyöpäpotilaan hoitopolkua kuvaava posterit. Posterin tarkoituksena on toimia potilasohjauksen tukena kirurgian poliklinikalla rintasyöpähoitajien vastaanotolla. Sen tavoitteena on monipuolistaa potilasohjausta ja havainnollistaa potilaalle hoidon kulkua. Hoitopolkua kuvaamaan laadittiin pystysuunnassa luettava hierarkiakaavio, ja posterit tulostettiin A1- kokoisena.

Rintasyöpä on suomalaisten naisten yleisin syöpä. Se on viime vuosina yleistynyt, mutta samaan aikaan diagnostiikan ja hoitomenetelmien kehittymisen myötä sen ennuste on parantunut. Rintasyövän riskitekijöitä ovat muun muassa perinnöllinen alttius, hormonaaliset tekijät ja elintapatekijät, kuten ylipaino, tupakointi ja alkoholin käyttö. Rintasyövästä on olemassa valtakunnallinen hoitosuositus.

Rintasyövän diagnostiikassa mammografiaseulonnat ovat tärkeitä. Potilas saattaa haakeutua myös itse lääkärin vastaanotolle havaittuaan rinnassaan kyhmyä. Mammografia on todetun kyhmyä tutkimisessäkin ensisijainen menetelmä, ja sitä täydentäviä tutkimuksia diagnostiikassa ovat ultraäänitutkimus, kyhmystä otettu paksuneulanäyte ja tarvittaessa magneettikuvaus ja duktografia eli maitotiehyiden varjoainekuvaus. Rintasyövän hoidossa käytetään kansallisiin ja kansainvälisiin hoitosuosituksiin perustuvia hoitolinjoja. Hoito koostuu kirurgisesta hoidosta, sädehoidosta ja lääkehoidosta. Syövän laajuus ja ominaisuudet vaikuttavat siihen, millaisia hoitomuotojen yhdistelmiä valitaan. Rintarekonstruktio tarkoittaa rinnan korjausleikkausta tai uudelleenrakentamista ja se tehdään yleensä syöpähoitojen jälkeen potilaan toivuttua.

Potilas tapaa ennen leikkaukseen menoa ja tarvittaessa hoitojen sekä seurantajakson aikana rintasyöpähoitajan, joka on rintasyöpäpotilaiden ohjaukseen, hoitoon ja kuntoutukseen perehtynyt sairaanhoitaja. Rintasyöpähoitaja tarjoaa tukea ja tietoa potilaalle ja hänen läheisilleen ja auttaa heitä selviytymään sairauden aiheuttamista muutoksista. Rintasyöpäpotilas hyötyy selkeästä tiedonsaannista ja ohjauksesta erityisesti diagnoosivaiheessa. Hoitajan antaman psykososiaalisen tuen tarve sairauden eri vaiheissa on yksilöllistä.

Jatkotutkimusehdotuksena voisi selvittää esimerkiksi vuoden kuluttua, miten potilaat ja rintahoitajat ovat posterin kokeneet ja onko se tarjonnut lisätukea ja monipuolisuutta potilasohjaukseen, sekä miten sitä voitaisiin kehittää.

SATAKUNTA HEALTH CARE DISTRICT'S CARE PATHWAY FOR WORKING AGED BREAST CANCER PATIENTS

Jämiä, Hanna

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

April 2017

Number of pages: 41

Appendices: 2

Keywords: breast cancer patient, care pathway, patient counsel, poster

The purpose of this thesis was to make a poster on working-aged breast cancer patient's care pathway in Satakunta health care district. The poster provides support to counseling breast cancer patients at the surgical out-patient unit where nurses specialized in breast cancer meet the patients before and during the treatments. The aim of this poster is to bring new dimensions to patient counseling and to illustrate the course of treatment to the patients.

Breast cancer is the most common form of cancer amongst Finnish women. In recent years, the number of cases has increased, but the prognosis of the disease has also improved due to the enhancement of diagnostics and treatment methods. Genetic and hormonal factors and lifestyle factors such as obesity, smoking and heavy alcohol consumption are known risk factors for breast cancer. There are national care references for the treatment of breast cancer patients.

Mammographic screening has an important role in breast cancer diagnostics. Some patients seek medical treatment after finding a lump on their breast themselves. Mammography is also a primary method in the exploration of a breast lump. Additional diagnostic methods are ultrasound, core needle biopsy and if necessary, MRI and ductography which is a radiographical examination of milk ducts.

National and international guidelines are followed in the treatment of breast cancer. The treatment protocol consists of surgical treatment, radiotherapy, chemotherapy and endocrine therapy. The size and other characteristics of the tumor define the combination of treatment procedures. In breast reconstruction the operated breast is rebuilt and / or reformed. It is usually performed after cancer treatments when the patient has recovered.

Before surgery and, if necessary, during the treatments and the follow-up period, the patient meets a nurse specialized in breast cancer, who has studied counselling, treatments and rehabilitation of breast cancer patients and is therefore able to provide support and information to the patient and her family, and help them to manage with the changes caused by the disease. Tangible information and counseling are beneficial to the patient especially at the diagnostic phase. The need for psychosocial support from the nurse at different stages of cancer is individualized.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 TARKOITUS JA TAVOITTEET	7
3 RINTASYÖPÄ TYÖIKÄISILLÄ NAISILLA SUOMESSA	7
3.1 Yleisyys, sairastuvuus ja kuolleisuus	7
3.2 Riskitekijät	8
3.3 Oireet ja diagnosointi	10
4 RINTASYÖPÄPOTILAAN HOITOPOLKU	11
4.1 Hoidon suunnittelu	12
4.2 Kirurginen hoito	13
4.2.1 Vartijaimusolmuketutkimus leikkauksen yhteydessä	15
4.2.2 Leikkauksen jälkeiset tutkimukset	16
4.2.3 Rintarekonstruktio	17
4.3 Sädehoito	19
4.4 Lääkehoito	20
4.5 Levinneen rintasyövän hoito	22
4.6 Seuranta ja kuntoutus	23
4.7 Erityiskysymyksiä	26
4.7.1 Raskaus	26
4.7.2 Seksuaalisuus ja parisuhde	27
6 RINTASYÖPÄPOTILAAN OHJAUS JA PSYKOSOSIAALINEN TUKI	29
7 PROJEKTIN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS	32
8 PROJEKTIN TUOTOS	36
9 PROJEKTIN ARVIOINTI	36
LÄHTEET	38
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Rintasyöpä on suomalaisten naisten yleisin syöpämuoto ja noin joka seitsemäs nainen sairastuu siihen elämänsä aikana. Rintasyöpä on viime vuosikymmeninä yleistynyt, mutta samalla sen ennuste on parantunut merkittävästi diagnostiikan ja hoitojen kehittymisen myötä. Rintasyövästä on Suomessa valtakunnallinen hoitosuositus. Potilaalle on hyvän hoidon lisäksi tärkeää saada tietoa sairaudestaan ja tukea sairauden eri vaiheissa. (Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014, 4-5; Ahonen ym. 2016.)

Opinnäytetyön teoriaosuudessa kuvaillaan rintasyöpää sairautena ja sen yleisiä tutkimus- ja hoitolinjauksia Suomessa valtakunnallisiin hoitosuosituksiin pohjautuen. Tämän lisäksi tarkastellaan rintasyöpään sairastuneen potilasohjausta hoitotyön näkökulmasta. Opinnäytetyössä painotus on työikäisten naisten rintasyövässä. Työikäisellä tarkoitetaan 20-65 -vuotiasta henkilöä. Avainsanoja ovat rintasyöpäpotilas, hoitopolku, potilasohjaus ja posterit. Aikaisempia tutkimuksia rintasyöpäpotilaiden ohjauksesta löytyy runsaasti, ja niistä käy usein ilmi, että potilas hyötyy selkeästä tiedonsaannista erityisesti diagnoosivaiheessa.

Teoriaosuuden lisäksi opinnäytetyössä käsitellään projektin tuotosta, jossa kuvaillaan posterin avulla rintasyöpäpotilaan hoitopolkua Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Opinnäytetyön tarkoituksena on suunnitella ja toteuttaa Satakunnan Keskussairaalan kirurgian poliklinikalle rintasyöpäpotilaan hoitopolkua kuvaava posterit. Posteritullaan hyödyntämään rintasyöpäpotilaiden ohjauksen tukena Satakunnan Keskussairaalan kirurgian poliklinikalla.

Posterit suunnitellaan yhteistyössä Satakunnan Keskussairaalan kirurgian poliklinikan rintahoitajien kanssa. Yhteyshenkilöinä Satakunnan Keskussairaalassa toimivat kirurgian ylihoitaja, kirurgian poliklinikan osastonhoitaja ja kaksi rintahoitajaa.

2 TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on suunnitella ja toteuttaa Satakunnan Keskussairaalan kirurgian poliklinikalle rintasyöpäpotilaan hoitopolkua kuvaava posterit. Posteria tullaan hyödyntämään rintasyöpäpotilaiden ohjauksen tukena Satakunnan Keskussairaalan kirurgian poliklinikalla. Posterissa hahmottuu kaavion avulla rintasyöpäpotilaan hoitopolku diagnoosin saamisesta seurantaan ja kuntoutukseen asti.

Projektin tavoitteena on monipuolistaa rintasyöpäpotilaiden ohjausta hoitajan vastaanotolla ja havainnollistaa potilaille hoidon kulkua. Posteria voidaan tulevaisuudessa hyödyntää myös esimerkiksi esitelehtisen tai verkkosivujen toteuttamisessa.

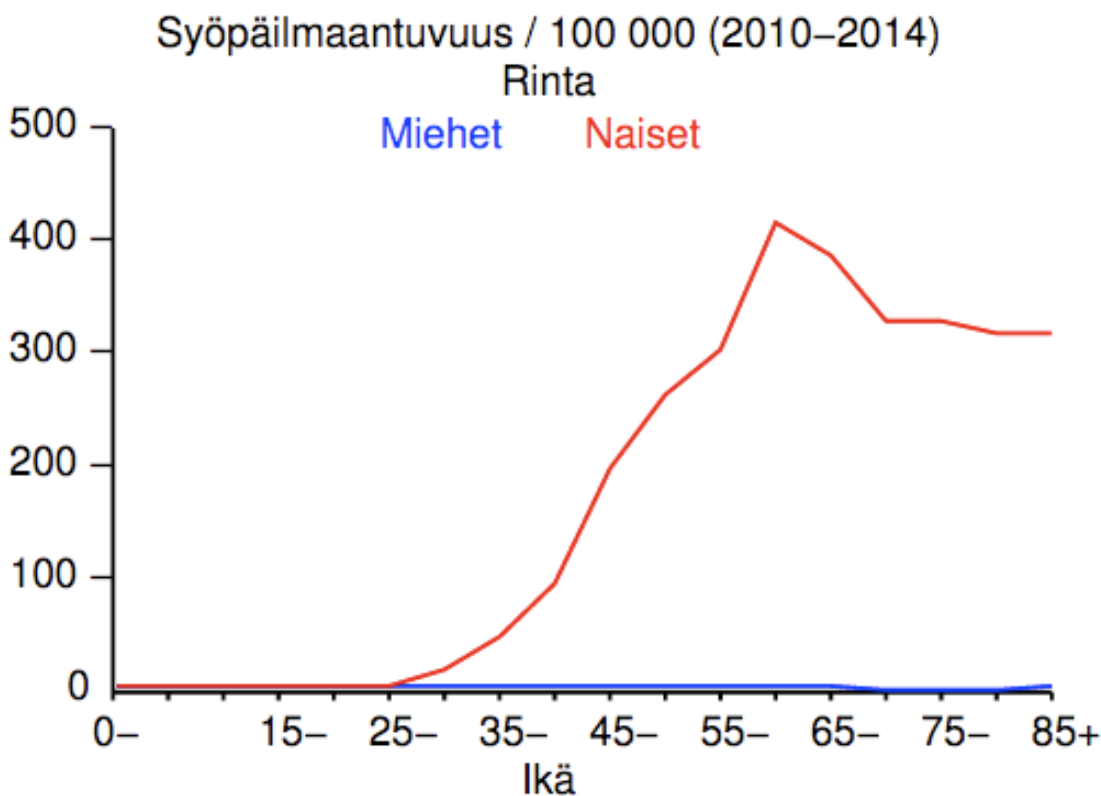
3 RINTASYÖPÄ TYÖIKÄISILLÄ NAISILLA SUOMESSA

3.1 Yleisyys, sairastuvuus ja kuolleisuus

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpä Suomessa. Vuosittain rintasyöpään sairastuu yli 5000 naista vuodessa. Lisäksi intraduktaalisia karsinoomia (DCIS) eli rintasyövän esiasteita, joissa syöpä ei ole vielä levinnyt rintatiehyiden ulkopuolelle, todetaan noin 400 vuosittain. (Vehmanen 2012a.) Lobulaarista karsinoomaa in situ (LCIS) pidetään lähinnä rintasyövän riskitekijänä eikä niinkään syöpäkasvaimena. Siinä syöpäsolut ovat rajoittuneet rauhasliuskojen eli lobulusten sisälle. (Duodecim 2002, 48, Vehmanen 2012a.)

Rintasyövän yleisyys kasvaa iän myötä ja noin puolet rintasyöivistä todetaan yli 60-vuotiailla naisilla. Vuosina 2010 - 2014 työikäisillä (20-65v) naisilla todettiin uusia

rintasyöpätapauksia vuosittain keskimäärin 2682. Alle 30-vuotiailla tauti on hyvin harvinainen (Ahonen ym. 2016, 613). Rintasyövästä 7% todetaan alle 40-vuotiaana (Anders ym. 2009). Alle 50-vuotiailla naisilla todetuissa rintasyövässä tyypillisenä piirteenä on usein tietty kasvun aggressiivisuus (Gästrin 2012, 80). Rintasyöpäkuolleisuus on laskenut huomattavasti varhaisen diagnosoinnin ja tehokkaampien hoitojen ansiosta. Vielä 1960-luvulla noin puolet sairastuneista kuoli rintasyöpään, ja tällä hetkellä lähes 90 % sairastuneista on elossa viiden vuoden kuluttua rintasyövän toteamisesta. Kuviossa 1 on havainnollistettu rintasyövän ilmaantuvuutta iän mukaan vuosina 2010-2014. (NORDCAN, Association of the Nordic Cancer Registries 2016; Syöpäjärjestöjen www-sivut; Suomen Syöpärekisteri 2014; Gästrin 2012, 9.)



Kuvio 1. Rintasyövän ilmaantuvuus /100 000 henkeä kohden Suomessa vuosina 2010-2014. (NORDCAN 2016.)

3.2 Riskitekijät

Rintasyöpään sairastumiselle on monia riskitekijöitä, ja yhtä suoranaista syytä on mahdoton nimetä. Noin 5-10 prosenttia syöivistä tiedetään liittyvän suvussa kulkevaan geenimutaatioon, ja periytyvää rintasyöpää aiheuttavia geenejä tiedetään jo useita. Näiden geenimutaatioiden kantajilla on lisäksi suurentunut riski sairastua munasarjasyöpään. Perinnöllinen alttius on syytä ottaa huomioon, jos lähisukulaisilla on todettu rinta- tai munasarjasyöpää tai jos sairaus on todettu nuorella iällä tai molemminpuolisesti. Nuoren rintasyöpäpotilaan taustalla on vanhempaa potilasta todennäköisemmin perinnöllistä alttiutta. (Syöpäjärjestöjen www-sivut 2016, Anders ym. 2009.)

Sairastumisriskiä lisäävät todistetusti myös hormonaaliset tekijät, kuten varhainen kuukautisten alkamisikä, myöhäinen menopaussi, korkea ensisynnytysikä ja synnytysten vähäisyys. Myös vaihdevuosien hormonikorvaushoidon on todettu lisäävän rintasyöpäriskiä. (Vehmanen 2012a.)

Elintapoihin liittyvistä riskitekijöistä tunnetaan muun muassa tupakointi, alkoholin käyttö, ylipaino erityisesti raskauden aikana ja menopaussin jälkeen, runsasrasvainen ja karsinogeneenejä sisältävä ruokavalio sekä fyysinen inaktiivisuus (Duodecim 2002, 14-17). Rintasyöpäriskiä puolestaan pienentää imetys, säännöllinen liikunta, runsaasti vihanneksia sisältävä ruokavalio ja normaalipainossa pysyminen. Joissain tapauksissa perinnöllistä rintasyöpää voidaan pyrkiä ehkäisemään bilateraalisella mastektomialla eli molemminpuolisella rintojen poistolla sekä munasarjojen poistolla. (Joensuu 2015, 8.)

Joskus rintasyöpä on jo diagnosointivaiheessa lähettänyt etäispesäkkeitä paikallisalueiden (rinta ja kainalo) ulkopuolelle. Tyypillisempää kuitenkin on, että taudin leviäminen todetaan muutamien vuosien kuluttua rintasyöpään sairastumisesta. Tavallisimpia paikkoja rintasyövän metastaaseille eli etäispesäkkeille ovat luusto, keuhkot, maksa, imusolmukkeet, iho, vatsaontelo ja keskushermosto. Etäispesäkkeisen rintasyövän hoito ja paranemisennuste ovat yksilöllisiä. Rintasyöpä voi myös uusiutua paikallisesti, tällöin puhutaan residiiivistä rintasyövästä. Residiivien hoito vaatii lähes aina kirurgista hoitoa ja rinnan kokopoistoa, mikäli sellaista ei ole jo tehty. (Vehmanen 2012b.)

3.3 Oireet ja diagnosointi

Varhaisvaiheessa rintasyöpä on tyypillisesti oireeton, vaikka se olisi jo todettu mammografiassa. Kuitenkin valtaosassa rintasyövistä taudin diagnosointi alkaa siitä, että nainen on itse löytänyt rinnastaan tai kainalon alueelta kyhmyä ja hakeutuu jatkotutkimuksiin. Kyhmyt sinänsä saattavat olla myös hyvänlaatuisia muutoksia. Rintasyövän aiheuttama kyhmy on yleensä kivuton, mutta joskus se voi myös aristaa. Muita rintasyövän oireita ovat rinnan kipu, pistely, ihomuutokset tai nännierite. Nänni saattaa myös vetäytyä sisään. (Ahonen ym. 2016, 616.)

Kaikkien naisten tulisi tutkia rintansa säännöllisesti tunnustelemalla. Mikäli nainen huomaa rinnassaan poikkeavia muutoksia, tulisi hänen viipymättä hakeutua lääkärin vastaanotolle jatkotutkimuksiin. Rintojen omatarkkailuun saa neuvoja terveyden- tai sairaanhoitajalta tai esimerkiksi Syöpäjärjestöjen www-sivuilta. (Syöpäjärjestöjen www-sivut, 2016.)

Suomessa vakiintuneena toimintatapana on suorittaa rintojen kliininen tutkimus lääkärin vastaanotolla rutiininomaisesti tai spontaanisti joko potilaan tai lääkärin aloitteesta. Käytännössä rutiininomaisen tarkastuksen suorittaa usein gynekologi. Tutkimus tapahtuu inspektion eli havainnoinnin ja palpaation eli tunnustelun keinoin. (Gästrin 2012, 43, 81.)

Mammografia on rintojen kuvantamiseen kehitetty matalajänniteröntgentutkimus. Kuvauslaitteella rinta puristetaan litteäksi, jolloin tarvitaan mahdollisimman vähän röntgensäteitä ja rinnan sisäiset rakenteet erottuvat paremmin. Suomessa kunnat järjestävät seulontamammografiatutkimuksia kaikille 50-69-vuotiaille. Tutkimusväli on kaksi vuotta. Suomessa seulontamammografiaa on käytetty vuodesta 1987 alkaen ja seulontojen tavoitteena on mahdollisimman pienien tuumorien havaitseminen ja rintasyöpäkuolleisuuden alentaminen varhaisen puuttumisen keinoin. (Mustajoki 2008; Gästrin 2012, 41-47.)

Mammografiaan tehdään lähete myös aina silloin, kun rinnassa havaitaan epäilyttävä kyhmy tai muu oire. Mammografiaa täydentämään tehdään usein ultraäänitutkimus.

Mikäli epäily pahanlaatuisista muutoksista herää näiden tutkimusten perusteella, otetaan kyhmystä ultraääniohjauksessa paksuneulanäyte patologin tutkittavaksi. Tässä saadaan jo käsitys tuumorin pahanlaatuisuudesta ja rintasyövän tyypistä. Nämä tutkimukset tehdään pääasiassa perusterveydenhuollossa. Jos potilaan oireena on poikkeava nännierite, voidaan hänelle tehdä myös duktografia eli maitotiehyiden varjoainetutkimus. Epäselvissä tapauksissa voidaan joskus käyttää myös magneettikuvausta. Potilaalta otetaan lisäksi tarpeen vaatiessa keuhkokuva ja luuston gammakuvaus, mikäli oireet antavat viitteitä etäispesäkkeiden löytymiseen. (Vehmanen 2012a; Ahonen ym 2016, 616, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin www-sivut, 2016.)

Rintasyöpädiagnoosi perustuu edellä kuvattuihin tutkimuksiin ja patologin lausuntoon kudoksen ominaisuuksista. Jos tutkimukset viittaavat hyvänlaatuisen muutokseen, käytäntönä on seurata tilannetta 1-2 vuoden välein tai tarvittaessa aikaisemmin, mikäli oireita ilmenee. Jos taas tutkimukset osoittavat muutoksen pahanlaatuisiksi syöväksi, potilas ohjataan lääkärin vastaanotolle hoitosuunnitelman laatimiseksi. (Ahonen 2016, 616; Syöpäjärjestöjen www-sivut, 2016.)

4 RINTASYÖPÄPOTILAAN HOITOPOLKU

Rintasyövän hoidossa on Suomessa käytössä yhtenevät linjaukset, jotka perustuvat kansallisiin ja kansainvälisiin hoitosuosituksiin (Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014, 11). Hoito perustuu kolmoisdiagnostiikkaan, jossa kasvaimen koosta ja laadusta saadaan tietoa rintojen kliinisellä tutkimuksella, mammografialla ja paksuneulanäytteellä. Hoitomuodot valitaan syövän ominaisuuksien ja levinneisyyden mukaan. Rintasyövän hoito toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä ja siihen osallistuu onkologian, plastiikkakirurgian, radiologian ja patologian erityisasiantuntijoita. Tärkeässä roolissa on myös aiheeseen perehtyneen sairaanhoitajan antama potilasohjaus ja tuki. (Joensuu, Leidenius, Huovinen 2013a, 596, 603.) Hoidon tavoitteena on syövän aiheuttamien oireiden ja kuolleisuuden

vähentäminen sekä potilaan tukeminen sopeutumisessa sairauden ja hoitojen aiheuttamiin fyysisiin ja psyykkisiin muutoksiin (Ahonen ym. 2016, 616).

4.1 Hoidon suunnittelu

Rintasyövän hoito koostuu kirurgisesta hoidosta, sädehoidosta ja lääkehoidosta. Lääkehoitoon kuuluu hormonihoitot, solunsalpaaja- eli sytostaattihoidot sekä joissain tapauksissa vasta-ainehoidot. Syövän laajuus ja ominaisuudet vaikuttavat siihen, millaisia hoitomuotojen yhdistelmiä valitaan. (Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014, 11.)

Jos rintasyöpä ei ole metastasoitunut imusolmukealueiden ulkopuolelle, hoito aloitetaan tavallisesti leikkauksella. Mikäli kasvain on suuri, mutta potilas siitä huolimatta toivoo rinnan säästävää leikkausta, hoito voidaan myös aloittaa solunsalpaajahoidolla. Sen tarkoituksena on pienentää kasvainta riittävästi säästävää rintaleikkausta varten. Myös kasvaimen ollessa leikkauksen kannalta liian suuri tai jos kyseessä on inflammatorinen eli tulehduksellinen rintasyövän muoto, aloitetaan hoito lääkkein. (Joensuu, Huovinen, Leidenius 2013b, 602-603; Ahonen ym. 2016, 616.)

Ennen leikkaukseen menoa rintasyöpäpotilas tapaa rintasyöpähoitajan, kirurgin ja tarvittaessa anestesia- eli nukutuslääkäriin. Rintasyöpähoitaja on sairaanhoitaja, joka on perehtynyt rintasyöpäpotilaiden ohjaukseen, hoitoon ja kuntoutukseen. Vastaanotolla potilaalle annetaan tietoa tulevista toimenpiteistä ja hoidoista ja hän saa vastauksia mieltään askarruttaviin kysymyksiin, ja mukana voi olla myös potilaan puoliso tai muu läheinen. Rintasyöpähoitaja tarjoaa tukea ja tietoa potilaalle ja hänen läheisilleen ja auttaa heitä selviytymään sairauden aiheuttamista muutoksista. Lisäksi sosiaalityöntekijä voi tarvittaessa auttaa ja neuvoa potilasta sosiaaliturvaetuuksia ja – palveluita koskevilla asioilla. (Ahonen ym. 2016, 617.)

4.2 Kirurginen hoito

Leikkausta käytetään rintasyövän ensisijaisena hoitomuotona. Leikkauksen laajuus määritellään kliinisten löydösten, kuvantamistutkimusten ja kudostyypityksen perusteella. Leikkauksella pyritään minimoimaan kasvaimen uusiutumisen riski sekä selvittämään kasvaimen laajuus ja levinneisyys imusolmukkeisiin. (Jahkola ym. 2015, 23; Syöpäjärjestöjen www-sivut 2016.)

Mahdollisuuksien mukaan rinta pyritään aina säästämään. Rinnan säästävissä leikkauksissa eli osapoistossa kasvain poistetaan kirurgisesti 1-2 cm:n tervekudsmarginaalilla. Säästävään leikkaukseen soveltuvat ne kasvaimet, jotka voidaan poistaa siten, ettei rinnan ulkomuoto kärsi kohtuuttomasti. Säästävä leikkaus yhdistettynä sädehoitoon johtaa yhtä hyvään eloonjäämisennusteeseen kuin koko rinnan poisto. (Ahonen ym. 2016, 616; Jahkola ym. 2015, 23.) Kun kirurgi on poistanut kasvaimen, se lähetetään patologin tutkittavaksi. Mikäli patologia lausuu tervekudsmarginaalit riittämättömiksi, voidaan potilaalle tehdä uusi säästävä leikkaus eli resektio tai tyypillisemmin rinnan kokopoisto. (Joensuu & Leidenius 2013a, 604.)

Hyvin nuorilla potilailla on jopa 50 % riski rintasyövän paikalliseen uusiutumiseen, lisäksi heillä on keskimääräistä useammin rintasyöväälle altistava geenimutaatio. Tämän vuoksi alle 40-vuotiaille suositellaan pääasiallisesti koko rinnan poistoa eli mastektomiaa. Alle 35-vuotiaalla potilaalla on 60-vuotiaaseen verrattuna yhdeksänkertainen riski rintasyövän uusiutumiseen, mikäli kirurginen hoito on toteutettu osapoistona. (Gabriel & Domchek 2010.) Myös kasvaimen ollessa kooltaan suuri, sijainniltaan hankala tai rintasyövän ollessa tyypiltään DCIS-muotoinen tai sädehoidon ollessa poissuljettu, mastektomia on pääasiallinen leikkausmuoto. Mastektomiaan päädytään myös, jos potilas on ensimmäisellä tai toisella kolmanneksella raskaana tai hän sairastaa sidekudossairautta. Noin 40 % :lle kaikista rintasyöpäpotilaista tehdään mastektomia. (Joensuu & Leidenius 2013a, 604; Jahkola ym. 2015, 24.)

Jos potilas niin toivoo, myös terve rinta voidaan poistaa mastektomian yhteydessä.

Tämä tulee kyseeseen lähinnä silloin, jos potilaalla on rintasyövälle altistava geenivirhe, hän on iältään nuori ja suvussa esiintyy paljon rintasyöpää tai rinta on kudoserakenteensa puolesta hankalasti seurattavissa kuvantamistutkimuksien avulla. (Joensuu & Leidenius 2013a, 604.)

Potilas tulee useimmiten sairaalaan leikkauspäivän aamuna, jolloin sairaanhoitaja tarkistaa leikkausalueen ihon ja varmistaa että potilas on valmis leikkaukseen. Leikkauksen jälkeen potilasta tarkkaillaan yleisen postoperatiivisen tarkkailukäytännön mukaisesti. Tärkeää on leikatun puolen käden liian voimakkaan ojennuksen ja loitonnuksen välttäminen, jotta haava-alueeseen ei kohdistu liikaa venytystä. Fysioterapeutti ohjeistaa potilasta käden liikuttamisessa. Sairaanhoitaja tarkkailee haava-alueella, dreeneritystä ja potilaan yleisvointia. Kivun lievityksestä huolehditaan asianmukaisella ja riittävällä kipulääkityksellä. On tavallista, että leikkaushaavojen alueella tuntuu kiristystä, arkuutta ja ensimmäisten viikkojen aikana myös kirvelyä, pistelyä ja kosketusarkuutta. Yleensä nämä oireet häviävät 2-3 viikossa, mutta rinnan ja kainalon alueella ja yläraajassa saattaa esiintyä kipua vielä vuodenkin jälkeen leikkauksesta noin puolella potilaista. (Ahonen ym. 2016, 617.)

Leikkauskomplikaatioita voivat olla esimerkiksi postoperatiivinen vuoto, jolloin tarvitaan uusintaoperaatio, serooma eli kudosten kertyminen haavaonteloon, haavan reunojen epämuotoisuus, olkanivelen liikerajoitukset ja leikatun puolen yläraajan lymfaturvotus. Lymfaturvotus voi syntyä heti leikkauksen jälkeen tai vasta vuosien kuluttua. Postoperatiivinen sädehoito ja kainaloevakuaatio lisäävät turvotuksen riskiä. Potilaalle tulisikin ohjata ennen kotiutumista leikatun raajan liikeharjoitukset, joiden tarkoituksena on olkanivelen liikkuvuuden ylläpysyminen ja palautuminen, verenkierron ja aineenvaihdunnan vilkastuminen sekä niskahartiaseudun jännitystilojen ennaltaehkäisy. Liikeharjoitukset toteutetaan kivun sallimissa rajoissa kahdesti päivässä. (Ahonen ym. 2016, 617-618.)

Potilaat kotiutuvat yksilöllisesti, mutta varsinkin säästävän leikkauksen yhteydessä he kotiutuvat usein jo leikkauspäivänä. Kotiuttamisen yhteydessä sairaanhoitaja ohjeistaa potilasta haava-alueen ja kainalon hoidossa sekä tarkkailussa, haavadreenin tyhjentämisessä, kipulääkityksen toteuttamisessa ja mahdollisten tukiliivien tai ensiproteesien käytössä. Potilas saa mukaansa maksusitoumuksen ja ohjeet

silikoniproteesin hankkimista varten. Yli kolmen kilon painoisten taakkojen nostamista on vältettävä leikkauksesta seuraavat 2-4 viikkoa leikkauksen laajuudesta riippuen. (Ahonen ym. 2016, 618.)

Satakunnan Keskussairaalassa kirurginen hoito toteutuu valtakunnallisten hoitokäytäntöjen mukaan. Ennen leikkaukseen menoa, kirurgin tapaamisen jälkeen, potilas käy hoidonvaraajalla, joka tekee potilaalle leikkaus- ja muut tarvittavat ajanvaraukset. Potilaalle lähetetään maksusitoumus mahdollista rintaproteesia varten postitse sairaalasta kotiutumisen jälkeen. (Savolainen, T., henkilökohtainen tiedonanto 24.2.2017.)

4.2.1 Vartijaimusolmuketutkimus leikkauksen yhteydessä

Vartijaimusolmuke on ensimmäinen imusolmuke, johon syöpäsolut kasvaimesta kulkeutuvat imunesteen mukana, ja niitä voi olla yksi tai useampia. Rintasyövässä ne sijaitsevat saman puolen kainalon alueella tai parasternaalisesti eli rintalastan vieressä kylkiluuväleissä. Vartijaimusolmuketutkimus perustuu oletukseen, että mikäli vartijaimusolmuke on terve, silloin muutkin imusolmukkeet ovat terveitä eikä tarvetta niiden poistolle ole. (Joensuu & Leidenius 2013b, 606.)

Vartijaimusolmukkeet paikallistetaan radioaktiivisen merkkiaineen ja kasvaimen ruiskutetun sinivärin avulla ennen leikkausta joko edellisenä päivänä tai leikkauspäivän aamuna. Leikkauksen yhteydessä kirurgi löytää vartijaimusolmukkeet, joihin merkkiaineet ovat kulkeutuneet, ja poistaa ne koepalan ottoa varten. Patologi tutkii poistetut vartijaimusolmukkeet alustavasti jo leikkauksen aikana. Mikäli siitä ei löydy syöpäsoluja, kainalon muita imusolmukkeita ei tarvitse poistaa. Muussa tapauksessa kainaloevakuaatio eli kainalon kaikkien imusolmukkeiden poisto tehdään yleensä samassa leikkauksessa. (Vehmanen 2012a; Joensuu & Leidenius 2013b, 606; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin www-sivut, 2016.) Satakunnan Keskussairaalassa sinivärin käyttö on vähentynyt vartijaimusolmuketutkimusten yhteydessä. Vartijaimusolmuketutkimus tehdään leikkausta edeltävänä päivänä. (Savolainen, T., henkilökohtainen tiedonanto 24.2.2017.)

Joskus imusolmukemetastaasi eli etäispesäke löytyy vasta leikkauksen jälkeisessä perusteellisemmassa patologin tutkimuksessa. Silloin hoitolinjasta päätetään moniammatillisessa hoitokokouksessa. Joissain tapauksissa, esimerkiksi jos kyseessä on mikrometastaasi tai yksittäiset kasvainsolut, kainaloevakuaatio voidaan jättää tekemättä vartijaimusolmukebiopsian positiivisesta tuloksesta huolimatta, jos potilaalle annetaan sekä paikallinen sädehoito että systeeminen liitännäishoito. (Joensuu & Leidenius 2013d, 607.)

Vartijaimusolmukebiopsian ansiosta moni rintasyöpäpotilas välttyy kainaloevakuaatiolta ja sen aiheuttamat jälkivaivat ovat evakuaatiota lievempiä. Näitä ovat muun muassa yläraajan turvotus ja tuntohäiriöt. Vartijaimusolmukebiopsiaa käytetäänkin nykyään rintasyövän levinneisyyden selvittämisessä diagnostisen kainaloevakuaation sijaan. (Joensuu & Leidenius 2013b, 607.)

4.2.2 Leikkauksen jälkeiset tutkimukset

Patologi tutkii leikkauksessa poistetun kasvaimen ja määrittelee tutkimuksen perusteella rintasyövän kudostyyppin, tarkan koon, kasvutavan, erilaistumisasteen sekä muita ominaisuuksia, jotka vaikuttavat jatkohoitojen suunnitteluun. Rintasyövän yleisimmät kudostyypit ovat duktaalinen karsinooma, DCIS eli duktaalinen karsinooma in situ (ei-invasiivinen syövän esiaste), joka on hyvin yleinen sekä infiltroiva lobulaarinen karsinooma, johon liittyy suurempi uusiutumisen- ja leviämisenriski. Harvinaisempia rintasyövän tyyppisiä ovat papillaarinen, medullaarinen, musinoottinen ja tubulaarinen karsinooma sekä Pagetin tauti, jossa syöpä sijaitsee nännin alueen iholla. (Joensuu & Leidenius 2013c, 601-602.)

Rintasyövän tyyppin lisäksi patologin tutkimuksesta selviää syövän erilaistumisaste eli gradus. Gradus 1 muistuttaa kudostyyppiltään eniten tervettä rintakudosta ja on siten hyväennusteisin. Gradus 3- tyyppin kasvaimissa on eniten syövän ärhäkkään kasvutapaan liittyviä piirteitä ja se on siksi ennusteeltaan huonoin. Gradus 2 sijoittuu tyyppiltään ja ennusteeltaan näiden välimaastoon. (Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014, 15.)

Tärkeitä tuloksia patologin lausunnossa ovat myös kasvainsolujen jakautumisnopeus, syövän hormonireseptorimääritykset sekä HER2- valkuaisaineen pitoisuus. Hormonireseptorimääritys tehdään sekä estrogeenin että progesteronin osalta. Määrityksellä selvitetään, onko kasvaimessa hormonireseptoreja. Tämä taas vaikuttaa lääkehoitojen valintaan. Rintasyövistä noin 70 % todetaan hormoniposiivisiksi eli hormonireseptoreja sisältäviksi. HER2-positiivisesta rintasyövästä puhutaan, kun HER2-geeni on monistunut ja tuottaa kasvainkudokseen runsaasti HER2-valkuaisainetta. Tämä on tyypillistä noin 15 % rintasyöpätapauksista, ja se myös vaikuttaa lääkehoitojen valintaan ja suunnitteluun sekä syövän käyttäytymisen ennustamiseen. (Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014, 16; Joensuu & Huovinen 2013a, 608.)

Noin 15 % rintasyövistä todetaan kolmoisnegatiivisiksi. Tämä tarkoittaa, että sekä estrogeeni- että progesteronireseptorimääritys ovat negatiivisia ja lisäksi myös HER2-määritys on negatiivinen. Hormoni- ja HER2-hoidot eivät siten tehoa näihin syöpiin, vaan niitä hoidetaan leikkauksen jälkeen solunsalpaajahoidolla ja tilanteen mukaan myös sädehoidolla. (Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014, 17.)

Rintasyövän levinneisyyselvitykset tehdään yleensä vain niille potilaille, joille on suuri tai kohtalainen riski syövän leviämisestä muualle ja joilla on todettu yli kolme imusolmukemetastaasia. Levinneisyystutkimukset tehdään myös potilaille, joiden syöpä uusiutuu paikallisesti tai joilla on oireita, jotka antavat viitteitä metastasointiin. Levinneisyystutkimuksiin kuuluu luuston isotooppikuvaus ja koko vartalon tietokone-tomografia. Kliinisenä levinneisyyden kuvaajana käytetään TNM-luokitusta, joka on syövän kansainvälinen levinneisyysluokitusjärjestelmä. (Joensuu & Huovinen 2013b, 600.) Satakunnan Keskussairaalassa tehdään nykyään usein levinneisyystutkimukset myös potilaille, joilta löytyy vain yksikin kainalometastaasi (Savolainen, T., henkilökohtainen tiedonanto 24.2.2017).

4.2.3 Rintarekonstruktio

Suurin osa työikäisistä rintasyöpäpotilaista toivoo uutta rintaa mastektomian jälkeen. Irrallinen proteesi koetaan hankalaksi käyttää erityisesti isorintaisten naisten keskuudessa. Rintarekonstruktio tarkoittaa rinnan korjausleikkausta tai uudelleenrakennusta,

jossa potilaalle rakennetaan poistetun tilalle uusi rinta silikoni-implantin, kudossiirännäisen tai molempien avulla. Samalla voidaan potilaan toinen rinta pienentää tai kohottaa, jotta saavutettaisiin symmetrinen lopputulos. Kaikkien mastektomiapotilaiden kanssa tulee keskustella rekonstruktiovaihtoehdoista ja niiden ajankohdasta. Lisäksi rekonstruktiosuunnitelma tulee myös kirjata sairaskertomukseen. (Joensuu & Leidenius 2013a, 605.)

Rintarekonstruktio voidaan tehdä heti syöpäleikkauksen yhteydessä, mikäli syövän laajuus ja sijainti sallivat ihoa säästävän poistotekniikan. Esimerkiksi rintasyövän esiaste DCIS antaa mahdollisuuden välittömään rekonstruktioon mastektomian yhteydessä, sillä siinä harvoin tarvitaan muita hoitomuotoja. Välittömän rintarekonstruktion etuja ovat parempi kosmeettinen lopputulos sekä se, että potilas selviää yhdellä leikkauksella ja sairauslomalla. Siihen liittyy kuitenkin suurempi komplikaatiovaara, koska kyseessä on suurempi leikkaus. Sitä ei suositella, jos potilaalla on inflammatorinen rintasyöpä, metastaaseja imusolmukkeissa tai niiden ulkopuolella. (Jahkola 2015, 28; Joensuu & Leidenius 2013a, 605; Vehmanen 2012a.)

Myöhäisrekonstruktion ajankohta sijoittuu usein aikaisintaan 6-12 kuukauden päähän liitännäishoitojen päättymisestä, jolloin potilas on toipunut sekä leikkauksesta että liitännäishoidoista riittävästi. Rekonstruktiota ei tehdä potilaalle, jonka syöpä on uusiutunut paikallisesti tai levinnyt. Joissain tapauksissa rekonstruktiota voidaan harkita myös potilaille, joiden rintasyöpä on lähettänyt etäispesäkkeitä, mikäli syöpä on saatu pitkäaikaisesti hoidoilla oireettomaksi ja stabiiliksi. (Jahkola 2015, 30.)

Rekonstruktio menetelmiä on käytössä useita. Leikkaava kirurgi ja potilas yhdessä valitsevat sopivan menetelmän. Valintaan vaikuttavat muun muassa rinnan koko, potilaan ruumiinrakenne, haavan paranemiseen vaikuttavat perussairaudet, aiemmat sädehoidot, tupakointi, ammatti ja harrastukset. Tavoitteena on mahdollisimman luonnollinen ja pitkäikäinen rekonstruktio tulos. (Jahkola 2015, 28.)

Yleisimmin käytettyjä rekonstruktio menetelmiä ovat potilaan omista kudoksista saatavat kielekkeet. Useimmiten kieleke otetaan selkälihaksesta (LD = latissimus dorsi) tai rintakehäältä (TAP / ICAP = thoracodorsal / intercostal artery perforator) kääntämällä, vatsan alueelta (TRAM = transverse rectus abdominis myocutaneous, DIEP =

deep inferior epigastric artery perforator tai SIEA = superficial epigastric artery), reidestä (TMG = transverse myocutaneous gracilis) tai pakarasta (S-GAP / I-GAP = superior / inferior gluteus artery perforator) mikrovaskulaarisesti yhdistämällä. (Jahkola 2015, 29.)

Silikoni- tai kudostaajenninproteesia voidaan käyttää lisätäytteenä, jollei omakudos-siirrännäisellä saavuteta sopusuhtaista lopputulosta. Niitä voidaan käyttää myös pelkästään, jos potilaan omia kudoksia ei haluta tai voida hyödyntää. Kudostenvenytinproteesia käytetään väliaikaisena tilantäyttönä, kun halutaan säästää potilaan ihoa myöhemmää rekonstruktiota varten sädehoitojen ajan. Mamilla- eli nännirekonstruktio tehdään 6-12 kk kuluttua paikallispuudutuksessa ja areola eli nännipiha tehdään tatuomalla. (Jahkola 2015, 29; Suominen & Leidenius 2013, 605.)

4.3 Sädehoito

Sädehoito on syöpätautien yksikössä annettavaa ionisoivaa säteilyä, joka tuhoaa syöpäsoluja vaikuttamalla erityisesti jakautumisvaiheessa oleviin soluihin. Leikkauksesta huolimatta rinnan alueelle ja imuteihin saattaa jäädä syöpäsoluja, vaikka kasvain on poistettu. Sädehoidon avulla vähennetään paikallisen uusiutumisen riskiä ja siten parannetaan potilaan ennustetta. (Syöpäjärjestöjen www-sivut 2016.)

Säästävän rintaleikkauksen jälkeen sädehoitoa annetaan jäljellä olevan rinnan alueelle. Myös mastektomian jälkeen suositellaan sädehoitoa, mikäli paikallisen uusiutumisen riski arvioidaan kohonneeksi, esimerkiksi tapauksissa, jossa potilaalta on löytynyt kainalometastaaseja. Myös potilaille, joilla on todettu luokan T3-T4 kasvain, sädehoitoa suositellaan riippumatta siitä, onko kainalometastaaseja löytynyt. Sädehoidon tarve arvioidaan aina tapauskohtaisesti. (Vehmanen 2012b; Kouri & Sailas 2015, 36-37.)

Sädehoito aloitetaan, kun leikkausalueen haava on parantunut, eli muutaman viikon kuluttua leikkauksesta. Jos potilaalle käytetään solunsalpaajia, sädehoidot aloitetaan vasta solunsalpaajahoidon jälkeen. Ennen sädehoidon aloittamista tehdään tietokone-tomografiakuvauksia, joiden perusteella laaditaan yksilöllinen sädehoitosuunnitelma. (Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014, 18.)

Tavallinen kokonaisannos on noin 50 Gy (gray eli absorboituneen annoksen yksikkö = joulen energian kohdistuminen kilogramman massaan) viiden viikon aikana. Uudemmillä tekniikoilla toteutetaan myös esimerkiksi kolmen viikon aikana annettua 40 Gy:n annosta. Rinnan primaarikasvaimen alueelle suositellaan tehosteannosta, jos potilaalla on korkea sairauden uusiutumiseriski. Tyypillisesti sädehoitoa annetaan viitenä päivänä viikossa ja hoito kestää muutaman minuutin. Potilas voi käydä sädehoidoissa kotoaan käsin. (Joensuu & Huovinen 2013c, 610; Kouri & Sailas 2015, 37; Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014, 18.)

Sädehoidon haittavaikutukset ovat yleensä melko vähäisiä, mutta hoidetun alueen punoitusta ja ihoärsytystä voi esiintyä. Jos sädehoitoa on annettu kainalon ja soliskuopan alueelle, yläraajan turvotustaipumus voi lisääntyä. Keuhkon osuessa isolta osin sädehoitoalueelle, saattaa potilaalla olla seurauksena sädepneumoniitti eli sädehoidon aiheuttama keuhkotulehdus, jonka oireina ovat yskä ja kuumeilu. Sädepneumoniitti paranee muutamassa viikossa. Hyvin harvinaisia haittavaikutuksia ovat säteilyn aiheuttamat sekundäärisyövät ja olkahermopunoksen halvaukset. (Joensuu & Huovinen 2013c, 611.)

Sädehoidon aikana potilaan tulee välttää ihon altistumista auringolle ja kuumaa saunaa. Ärtynyttä ihoa voi hoitaa miedoilla kortisoni- ja perusvoiteilla sekä ilmakylvyin. Sädehoidon haittavaikutukset ovat vain harvoin este työssäkäynnille, mutta tavallisesti potilas kuitenkin on sairauslomalla sädehoitojen ajan sairaalakäyntien tiheyden vuoksi. (Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014, 18.)

4.4 Lääkehoito

Rintasyövän lääkehoito käsittää liitännäislääkehoidot eli adjuvanttihoidot, joihin kuuluu sytostaatti- eli solunsalpaajalääkkeet, endokrinologinen eli hormonilääkitys ja vasta-ainehoidot sekä joissain tapauksissa ennen leikkausta toteutettavat neoadjuvanttihoidot. Potilaalla käytettävä lääkitys ja lääkeyhdistelmät määritellään yksilöllisesti. (Vehmanen 2012b; Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014, 20.)

Neoadjuvanttihoito tarkoittaa ennen leikkausta annettavia solunsalpaajahoitoja ja se toteutetaan pääasiassa potilaille, joiden kasvain on edennyt paikallisesti rinnan tai kainalon alueella tai jotka sairastavat inflammatorista rintasyöpää. Myös tapauksissa, joissa kasvainta pyritään pienentämään säästävää leikkausta varten, käytetään neoadjuvanttihoitoa. Potilaalle pyritään antamaan 6-8 solunsalpaajakuuria ennen leikkausta, ja leikkaus tehdään yleensä noin kolmen viikon kuluttua viimeisestä hoidosta. (Auvinen 2015, 40.)

Liitännäislääkehoidot pyritään aloittamaan 3-6 viikon kuluttua leikkauksesta ja ne kestävät 6-12 kuukautta. Syövän biologiset ominaisuudet ja uusiutumisvaara sekä potilaan yleiskunto ja ikä vaikuttavat siihen, mitä lääkitystä käytetään. (Joensuu & Huovinen 2013d, 611-612.)

Solunsalpaajahoidossa käytetään joko yhtä tai useampaa lääkeainetta, nykyään yleensä esimerkiksi antrasykliinejä ja taksaaneja (Ahonen ym. 2016, 618). Solunsalpaajahoito toteutetaan kuureina siten, että hoitoa annetaan yhtenä tai useampana päivänä peräkkäin ja hoitojen välissä pidetään 1-4 viikon tauko. Solunsalpaajat annetaan yleensä joko laskimonsisäisenä infuusiona tai suun kautta. Infuusiot toteutetaan muutaman tunnin tiputuksina polikliinisesti. Ennen solunsalpaajahoitojen aloittamista potilaalta tutkitaan verenkuvat. (Joensuu & Huovinen 2013d, 612; Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014, 23.)

Solunsalpaajahoito vähentää uusiutumisriskiä kaikissa rintasyövän biologisissa alaryhmissä, mutta sen sivuvaikutukset rajoittavat käyttöä iäkkäillä ja monisairailta. Nuorilla potilailla myös solunsalpaajahoidon hyödyt on todettu suuremmiksi. Solunsalpaajat estävät syövän kasvua ja tuhoavat syöpäsoluja, mutta niillä on vaikutuksia myös normaaleihin soluihin, mikä aiheuttaa sivuvaikutuksia hoidolle. Sivuvaikutukset vaihtelevat yksilöllisesti ja niihin vaikuttavat muun muassa annetut lääkkeaineet. Yleisimpiä sivuvaikutuksia ovat pahoinvointi, hiustenlähtö, väsymys, ihottumat, tulehduserkkyys, suun limakalvojen ärsytys ja ummetus tai ripuli. Tulehduserkkyys liittyy solunsalpaajahoidon yhteydessä ilmenevään valkosolujen määrän vähenemiseen, mikä altistaa infektioille. Sivuvaikutuksia voidaan hoitaa lääkkeillä. (Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014, 23-24.)

Rintasyövän hormonaalinen liittäishoito sopii potilaille, joiden syövässä on estrogeeni- ja/tai progesteronireseptoreja, eli syöpä on todettu hormoniposiitiviseksi. Hormonihoidon on todettu parantavan sekä pre- että postmenopausaalisten potilaiden ennustetta. Nykyään käytössä olevia hormonilääkkeitä käytetään noin 5-10 vuotta ja ne otetaan suun kautta tabletteina. Ne ovat hyvin siedettyjä. Eniten käytettyjä lääkkeitä ovat tamoksifeeni ja aromataasinestäjät. Tamoksifeeni toimii estrogeenin vastaavaikuttajana ja estää syöpäsoluja käyttämään hyödykseen estrogeeniä, mutta ei lopeta elimistön omaa estrogeenin tuotantoa. Tamoksifeeni pienentää rintasyövän uusiutumista viiden vuoden ajan noin 50 %, mutta saattaa altistaa kohtusyöväälle pitkään käytettynä. Aromataasinestäjät estävät elimistön estrogeenin tuotantoa ja soveltuvat vain postmenopausaalisille naisille. (Joensuu & Huovinen 2013e, 612; Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014, 21-22.)

HER2- positiivista rintasyöpää sairastavilla potilailla voidaan käyttää myös HER2-rakennetta vastaan kohdistuvaa täsmälääkehoitoa eli trastutsumabia. Trastutsumabia annetaan laskimonsisäisesti tai ihonalaisesti useimmiten kolmen viikon välein ja noin vuoden ajan. Sitä annetaan samanaikaisesti solunsalpaajahoidon kanssa. Trastutsumabin sivuvaikutukset ovat vähäiset, mutta potilaan sydämen toimintaa on seurattava, sillä joissain tapauksissa trastutsumabin on todettu aiheuttavan sydämen vajaatoimintaa. (Joensuu & Huovinen 2013d, 612; Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014, 24.)

4.5 Levinneen rintasyövän hoito

Levinneessä rintasyövässä primaarikasvain on toteamisvaiheessa jo lähettänyt metastaaseja eli etäispesäkkeitä muualle kehoon, ja se ei ole juuri koskaan parannettavissa pysyvästi. Levinneen rintasyövän hoidon tavoitteena onkin pidentää potilaan elinaikaa, vähentää taudin aiheuttamia oireita ja parantaa tai ylläpitää potilaan elämänlaatua. Keskimääräinen elinikä metastaasien toteamisen jälkeen on noin kolme vuotta mutta monet potilaat elävät levinneen syövän kanssa tätä pidempäänkin. (Joensuu, Huovinen & Leidenius 2013a, 614.)

Levinneen rintasyövän hoidon suunnitteluun vaikuttaa potilaan ikä ja yleiskunto sekä muut sairaudet ja lääkkeet, primaarikasvaimen annetut hoidot ja niiden vaste, metastaasien sijainti, koko ja ennuste. Hoito suunnitellaan aina yksilöllisesti. Hormonihoitoa käytetään, jos syöpä on todettu hormoniposittiiviseksi, sillä hormonihoitot ovat hyvin siedettyjä ja niiden vaste kestää vuosia. Premenopausaalisilla naisilla voidaan käyttää munasarjojen poistoa tai antiestrogenihoitoa. Levinneen rintasyövän hoidossa käytetään myös solusalpaajia ja HER2-vasta-ainehoitoja. (Joensuu, Huovinen & Leidenius 2013a, 614-615; Huovinen 2015a, 55.)

Levinneen rintasyövän hoidossa on tärkeää punnita, että hoidon hyödyt jäävät haittoja suuremmiksi. Leikkaushoitoa on pidetty aiheellisena vain silloin, jos se parantaa potilaan elämänlaatua kasvaimen aiheuttaessa hankalien paikallisoireita. Primaarikasvaimen, keuhko- tai maksametastaasien poistosta kirurgisesti tulee neuvotella päättää moniammatillisessa työryhmässä potilaan toiveet huomioiden. Sädehoitoa voidaan käyttää palliatiivisena eli oireenmukaisena hoitona erityisesti luustometastaasien yhteydessä. Levinneen rintasyövän hoidossa on lisäksi tärkeää riittävä ja asianmukainen kipulääkitys, pleura- ja askitesnesteilyn hoito sekä psykososiaalinen tuki. (Joensuu, Huovinen & Leidenius 2013a, 616; Tengström ym 2015, 64.)

4.6 Seuranta ja kuntoutus

Rintasyöpäpotilailla on muuta väestöä korkeampi riski saada toisen rinnan syöpä. Sen vuoksi seuranta tulee toteuttaa mammografiatutkimuksin 1-2 vuoden välein. Mammografiaa täydennetään tarvittaessa ultraäänitutkimuksella. Tarkemmat tutkimukset ovat tarpeellisia vasta, jos epäillään rintasyövän uusiutumista. Verikokeita voidaan ottaa kaikilta potilailta seurannan yhteydessä vuosittain seuraavien 4-5 vuoden ajan, erityisesti jos potilaalla on hormonaalinen liitännäishoito tai korkea uusiutumisriski. Tamoksifeeniä saaville potilaille suositellaan gynekologin tutkimusta vuoden välein munasarjakystien ja endometriumsyövän riskin vuoksi. (Joensuu, Leidenius & Huovinen 2013c, 619; Huovinen 2015b, 75.)

Seurannan tavoitteena on havaita ja hoitaa primaarihoitojen mahdollisesti aiheuttamia haittoja sekä todeta mahdollinen syövän uusiutuminen mahdollisimman ajoissa. Seurannan avulla pyritään myös havaitsemaan kuntoutuksen ja psykososiaalisen tuen tarve sekä ohjaamaan potilasta mihin hän voi ottaa yhteyttä seurantakäyntien välillä. Rintasyöpäpotilas käy seurannassa erikoissairaanhoidosta annettujen seurantaohjeiden mukaan. Käynneillä potilaan tila arvioidaan kliinisellä tutkimuksella ja kiinnitetään huomiota mahdollisiin oireisiin. (Joensuu, Leidenius & Huovinen 2013c, 619; Ahonen 2016, 619.)

Seurantakäynnit aloitetaan yleensä kolmen kuukauden kuluttua hoitojen päättymisestä siinä yksikössä, missä hoito on annettu. Ensimmäisen käynnin tarkoituksena on erityisesti selvittää hoitoihin liittyviä haittavaikutuksia ja lievittää niitä. Seurantaa voivat toteuttaa lääkärien lisäksi erityiskoulutuksen saaneet rintasyöpähoitajat. Seurantakäynneillä voidaan keskustella oireiden ja hoitojen haittavaikutusten lisäksi myös rinnan korjausleikkausten vaihtoehtoista. (Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014, 26-27.) Satakunnan Keskussairaalassa seurantakäyntien aikataulu toteutetaan potilaskohtaisesti (Savolainen, T., henkilökohtainen tiedonanto 24.2.2017).

Rintasyövän uusiutumista noin 60 % ilmenee ensimmäisten viiden vuoden kuluessa. Tyypillisesti seurantakäynnit toteutetaan erikoissairaanhoidossa ensimmäisten 4-5 vuoden ajan tai niin kauan, kun hormonaalinen hoito on käytössä. Tämän jälkeen seurantakäyntejä voidaan jatkaa perusterveydenhuollossa. Kun hoidoista on kulunut 10 vuotta, rintasyövän uusiutumisriski on hyvin vähäinen, mutta mammografiaseurantaa suositellaan jatkettavaksi siitä huolimatta. (Huovinen 2015b, 76.)

Taulukossa 1 on kuvattu esimerkki tyypillisestä seurantaohjeesta. Lab = laboratorio-tutkimukset: perusverenkuva, trombosyytit, maksa-arvot ja kreatiniini. Rec = reseptit vuodeksi eteenpäin: hormonaaliset liitännäislääkkeet, tarvittaessa kalsium- ja d-vitaamiinilisät. MG = mammografia +/- rintojen ultraäänitutkimus 1-2 vuoden välein. (Huovinen 2015b, 77.)

Taulukko 1. Esimerkki seurantaohjeesta (Huovinen 2015, 77.)

HOITO	Leikkaus	Liitännäishoidot					
		Solunsalpaajahoito Sädehoito	Hormonaalinen hoito / seuranta				
Vastaanotot	Lääkäri 4–5 vk kuluttua	Lääkärin vastaanotto 1–3 kertaa	3 kk	12 kk	24 kk	36 kk	48 kk
	leikkauksesta; suunnittelukäynti		Hoitaja Lab	Lääkäri Lab Rec MG	Lääkäri Lab Rec MG	Lääkäri tarv. Lab Rec MG	Lääkäri Lab Rec MG

Rintasyöpöpotilaan kuntoutus pitää sisällään pääasiassa yläraajan olkanivelen liikeharjoitukset lymfaturvotuksen ja liikerajoitusten ehkäisemiseksi. Apuna voidaan käyttää tukihiaa, lymfa- ja fysioterapiaa. Potilaan on tärkeää noudattaa annettuja ohjeita, sitoutua hoitoon, seurata oireitaan ja ilmoittaa havaitsemistaan muutoksista. Itsehoito helpottaa oloa ja tukee selviytymistä. Terveellinen, riittävä ravinto, riittävä lepo, liikunta voimavarojen mukaan ja henkisestä hyvinvoinnista huolehtiminen ovat itsehoiton keinoista olennaisimpia. Normaalipainossa pysyttelemine ja runsaan alkoholin käytön välttäminen ovat myös tärkeitä. (Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014, 25-27.)

Rintasyöpöpotilaan sairausloman pituus riippuu käytettävistä hoidoista ja potilaan työnkuvasta. Leikkauksen jälkeinen sairausloma kestää yleensä kahdesta viiteen viikkoa. (HUS:n www-sivut 2016.) Satakunnan Keskussairaalan yleinen käytäntö on leikkauksen jälkeen kolmen viikon sairausloma. Mastektomian yhteydessä sairausloman pituus on usein neljä viikkoa. Osa potilaista menee välillä töihin ennen onkologisten hoitojen aloitusta ja osa on tämänkin ajan sairauslomalla. Sairausloma riippuu potilaan työnkuvasta, omista toiveista sekä fyysisestä ja psyykkisestä voinnista. Onkologi suunnittelee jatkohoitojen aikaisen sairausloman potilaan tarpeiden mukaan. (Savolainen, T., henkilökohtainen tiedonanto 24.2.2017.)

4.7 Erityiskysymyksiä

4.7.1 Raskaus

Noin prosentti rintasyövistä todetaan raskauden aikana, ja usein nämä kasvaimet ovat todettaessa kookkaita ja kainaloimusolmukemetastaasit ovat yleisiä. Tämän vuoksi ennuste on keskimääräistä huonompi. Raskaana olevien rintasyöpöpotilaiden hoito tulisi keskittää yliopistosairaaloihin. Rintasyövän diagnosointi on raskausaikana tavanomaista vaativampaa rintarauhasen turvotuksen vuoksi. Raskaus aiheuttaa rinnassa luonnostaan muutoksia ja aritusta, jonka vuoksi kyhmyjä saattaa olla vaikea huomata. Raskaana olevalle voidaan tehdä mammografia, kun vatsan alue suojataan, vaikka röntgentutkimuksia pyritäänkin välttämään. Ultraäänitutkimus on turvallinen tehdä myös raskaana olevalle. Rintatuumorista otetaan myös paksuneulabiopsia yleisen käytännön mukaisesti. (Joensuu, Leidenius & Huovinen 2013d, 616-617; Huovinen 2015c, 80.)

Raskaana olevan rintasyöpöpotilaan leikkaushoidoksi suositellaan aina mastektomiaa ja kainaloevakuaatiota, sillä sädehoitoa tulee välttää raskauden aikana sikiöhaittojen vuoksi. Samasta syystä lääkehoidossa ei käytetä tamoksifeeniä eikä trastutsumabia. Trastutsumabihoito sekä sädehoidot voidaan kuitenkin toteuttaa synnytyksen jälkeen. Myös hormonaalinen hoito voidaan aloittaa synnytyksen jälkeen, mutta imetys ei tällöin ole mahdollista. Yleisesti ottaenkin solunsalpaajahoitoon liittyy sikiön kasvuun ja terveyteen liittyviä riskejä, kuten keskenmeno, ennenaikainen synnytys, elinvauriot ja fyysinen ja psyykinen retardaatio, joten se tulee aina toteuttaa harkiten raskausviikoilla 20-35. (Huovinen 2015c, 80.)

Raskaudenehkäisy rintasyöpöhoitojen aikana on tärkeää, mutta hormonaalisia menetelmiä ei tule käyttää. Myös rintasyövän sairastaneen naisen ehkäisymenetelmäksi suositellaan muita kuin systeemisiä hormonaalisia valmisteita. (Joensuu, Leidenius & Huovinen 2013d, 617.)

Rintasyövän liitännäishoidot saattavat huonontaa fertiilitettä eli hedelmällisyyttä. Monet rintasyövän hoidossa käytetyt lääkkeet aiheuttavat kuukautisten jäämisen pois

joko tilapäisesti tai pysyvästi. Hedelmällisessä iässä olevien naisten tulisikin keskustella lääkärin kanssa perhesuunnittelusta jo ennen hoitojen aloittamista. (Huovinen 2015c, 78; Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014, 28.)

Rintasyöpähoitojen jälkeen alkaneen raskauden ei ole todettu huonontavan potilaan ennustetta. Riski raskauskomplikaatioihin saattaa kuitenkin olla rintasyövän sairastaneella naisella muuta väestöä suurempi. Yli kaksi vuotta sitten päättyneet liitännäislääkehoidot eivät enää lisää sikiövaurioiden riskiä. Huomioitavaa on myös, että sädehoidetusta rinnasta ei yleensä heru maitoa. Raskautta suunnitellessa on hyvä keskustella lääkärin kanssa syövän kokonaistilanteesta, uusiutumiseriskistä ja ennusteesta hoitojen lisäksi. Nuoret, alle 45-vuotiaat naiset tarvitsevat hoitohenkilökunnalta enemmän tukea äitiyteen, perheeseen, seksuaalisuuteen ja hedelmällisyyteen liittyvissä asioissa kuin vanhemmat naiset. (Huovinen 2015c, 78; Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014, 28, Leino 2011, 38.)

4.7.2 Seksuaalisuus ja parisuhde

Syöpä on sairaus, joka vaikuttaa hyvin paljon seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen, ja erityisen tärkeää on ottaa ne hoitotyössä huomioon erityisesti seksuaalisuuteen liittyvien alueiden syöpien kohdalla, joihin rintasyöpäkin lukeutuu. Potilaan kokonaisvaltaiseen huomiointiin kuuluu hoitajan työssä seksuaalisuuden ja parisuhteen puheeksi ottaminen. Potilaalle on tärkeää tarjota tietoa, tukea ja mahdollisuus keskustella näistä asioista käyntien yhteydessä. (Eriksson 2000, 174, 185-186.)

Rintasyöpään sairastuminen herättävät potilaassa paljon naiseuteen, parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä ja pelkoja. Rinnan poisto tai sen ulkonäön muuttuminen, arvet, hiusten lähtö tai muut hoitoihin liittyvät muutokset ja vaikutukset kehossa voivat muuttaa naisen minäkuvaa, seksuaalista identiteettiä ja toimintakykyä. Nainen saattaa tuntea olevansa epätäydellinen ja kokea rikkinaisyyttä ja vaillinaisuutta sekä seksuaalisen viehätysvoimansa heikentymistä. Puolison suhtautuminen muutokseen tai pelko torjutuksi tulemisesta saattaa askarruttaa, ja sinkkuna eläviä naisia saattaa puolestaan mietityttää uusien kumppanien kohtaaminen ja yksinäisyys. (Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014, 33; Leino 2011, 31-32.)

Rintasyöpä vaikuttaa parisuhteeseen siinä missä muutkin vaikeat elämäntilanteet. Niin potilas kuin hänen kumppaninsakin kohtaavat monenlaisia kysymyksiä ja tunteita sairauden aikana. Sairastuminen usein muokkaa parisuhteen rooleja tilapäisesti ja täyttää elämän varsinkin alkuvaiheessa. Tasapainoinen, vahva parisuhde on potilaalle voimavara, joka tukee häntä selviytymisessä, mutta vaikeudet kumppanin kanssa vaikuttavat usein päinvastoin ja tilanne kuormittaa kumpaakin osapuolta. Rintasyöpäpotilasta tulisi rohkaista keskustelemaan avoimesti kumppaninsa kanssa parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen liittyvistä asioista ja pitämään yllä fyysistä läheisyyttä ja hellyyttä tavoilla jotka tuntuvat molemmista miellyttäviltä. (Eriksson 2000, 180-181; Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014, 33.)

Sairauden alkuvaiheessa, hoitajakson aikana ja heti niiden jälkeen potilaan voimavarat kuluvat syövästä ja sen hoidoista selviämiseen, ja seksuaalinen haluttomuus ja kiinnostuksen puute on yleistä ja luonnollista. Solunsalpaajahoidot saattavat aiheuttaa emättimen limakalvon ärsytystä, kuivuutta ja yhdyntäkipuja. Lisäksi pelot, väsymys, leikkausalueen kivut, mahdollinen turvotus sekä kokemukset oman naiseuden haavoittumisesta vaikuttavat potilaan seksuaaliseen kiinnostukseen. Tähän ajanjaksoon kuitenkin sisältyy monia seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen liittyviä pelkoja ja ajatuksia, joista on tärkeä potilaan kanssa keskustella. (Eriksson 2000, 175-176; Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014, 33; Leino 2011, 32.)

Erityisesti seurantakäyntien yhteydessä, kun akuutti kriisivaihe sairastumisessa alkaa olla ohi, rintasyöpäpotilaan kanssa tulisi ottaa puheeksi naiseuteen, minäkuvaan ja seksuaalisuuteen liittyvät asiat. Potilaan kokemukset ja ajatukset ovat hyvin yksilöllisiä, samoin kuin kynnys puhua asioista. Hoitajan on tärkeä viestittää, että potilaalla on oikeus pohtia, kysyä ja kertoa ajatuksistaan ja tunteistaan ja että aihe on tärkeä sekä parisuhteessa olevalle, että yksin asuvalle. Tarvittaessa potilaan voi myös ohjata kääntymään erillisen asiantuntijan, esimerkiksi seksuaaliterapeutin puoleen. (Eriksson 2000, 184-185; Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014, 34.)

6 RINTASYÖPÄPOTILAAN OHJAUS JA PSYKOSOSIAALINEN TUKI

Minkä tahansa vakavan sairauden toteaminen aiheuttaa yleensä ihmisessä jonkinasteisen kriisin. Vaikka rintasyöpää osataan nykyään erittäin tehokkaasti hoitaa ja ennuste on yleensä hyvä, voi diagnoosin kuuleminen kuitenkin aiheuttaa ahdistusta ja epävarmuutta potilaassa. Totuttu arki ja elämänarvot voivat muuttua paljonkin sairauden myötä. (Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014, 4.)

Syöpädiagnoosin saaminen on valtaosalle ihmisistä järkytys, joka ilmenee usein vetäytymisenä, hiljaisuutena, ruokahaluttomuutena, itkuisuutena, keskittymiskyvyn puutteena ja univaikeuksina. Sairastunut saattaa myös kieltää tilanteen. Rintasyövän hyvästä paranemisennusteesta huolimatta potilas saattaa kokea huolta tulevaisuudesta ja omasta selviytymisestään. Myös syyllisyyden, häpeän ja vihan tunteita saattaa esiintyä. Potilas voi tuntea olonsa myös yksinäiseksi, vaikka hänellä olisikin ympärillään rakastavia ja välittäviä ihmisiä. Emotionaalisen tuen ja asiallisen tiedon saaminen on potilaalle ensiarvoisen tärkeää. Psykososiaalinen tuki sairauskriisissä on rintasyöpäpotilaan kokonaishoidon ja selviytymisen kannalta merkityksellistä. (Eriksson 2000, 133-141; Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014, 4, Leino 2011, 7.)

Rintasyöpäpotilas hyötyy selkeästä tiedonsaannista erityisesti diagnoosivaiheessa, joten hänelle on tärkeää järjestää keskustelumahdollisuus asioista (Ahonen ym. 2016, 618; Forsström 2015). Potilaan suurin tarve sairauden alussa ennen leikkausta liittyy tietoon taudin luonteesta, sairausprosessin kulusta, ja hoitojen etenemisestä, leikkauksesta, kivusta ja ennusteesta (Leino 2011, 38). Hoitajan tulee varata riittävästi aikaa potilaan kanssa keskusteluun ja tilaa potilaan kysymyksille. Potilaan niin halutessa voidaan tapaamiseen kutsua myös puoliso tai muu läheinen. Myös hoitojen eri vaiheissa potilas tarvitsee tukea ja tietoa hoidoista ja niiden vaikutuksista. Tuen pitää olla ennaltaehkäisevää, tarpeisiin pohjautuvaa ja systemaattista (Leino 2011, 7.) Rintasyöpäpotilaan selviytymisen kannalta hyvä hoitosuhde on hyvin tärkeä (Ahonen ym. 2016, 618; Forsström 2015).

Onnistunut potilasohjaus lisää potilaan sitoutumista hoitoon sekä positiivista asennoitumista ja vastuunottoa hoidosta. Oikeaan aikaan, henkilökohtaisesti ja ymmärrettävästi saadun tiedon on todettu olevan äärimmäisen tärkeää rintasyöpäpotilaan pitkäaikaisen hyvinvoinnin kannalta. Hyvän potilasohjauksen on todettu vähentävän potilaan psyykkistä ja fyysistä kuormitusta. Potilaat kokevat hoitajien roolin potilasohjauksessa ja neuvonnassa merkitykselliseksi, koska he selventävät lääkärin antamaa tietoa ja tulevia tapahtumia potilaille sekä käyttävät erilaisia ohjausmetodeita. Kirjallinen ja visuaalinen materiaali suullisen ohjauksen lisäksi auttaa potilaan tiedonsaannin turvaamisessa. Hoitajalta vaaditaan teoriatiedon lisäksi hyviä vuorovaikutustaitoja sekä kykyä aistia potilaan tunnetiloja ja yksilöllisiä erityispiirteitä. Nykyajan hoitokulttuuriin kuuluvat kiire ja lyhentyneet hoitoajat. Nämä luovat haasteita perusteellisen ja kokonaisvaltaisen potilasohjauksen toteuttamiseen. (Forsström 2015; Leino 2011, 55.)

Rintasyöpäpotilaiden hoito on yhä enenevässä määrin avohoitopainotteista sairaalasaoloaikojen lyhennyttyä leikkausten yhteydessä. Kontaktit hoitohenkilöstöön ovat pääasiassa lyhyitä polikliinisiä tapaamisia. Niinpä potilaan itsehoitovalmiuksien lisääminen ja voimaannuttaminen sairautensa hoitamisessa on hyvin tärkeää. Hoitohenkilökunnalta saadun tuen tulee olla tavoitteellista ja potilaan terveyttä edistävää. (Leino 2011, 8.)

Syöpähoitojen psyykkinen kuormittavuus koetaan hyvin subjektiivisesti, mutta tutkimusten mukaan naisilla on usein voimakkaitakin pelkoja esimerkiksi leikkausta, sädehoitoja, lääkehoidon sivuvaikutuksia ja syövän uusiutumista kohtaan. Riittämätön tiedonsaanti lisää epävarmuutta ja pelkoja, kun taas hoitohenkilöstön antama tuki ja informointi hoidoista ja niiden vaikutuksista lieventävät potilaan psyykkistä kuormittamista ja pelkoja. (Leino 2011, 33-34.)

Rintasyöpä koettelee potilaan fyysistä ja psyykkistä eheyden tunnetta ja minäkuvaa, ja sairauteen sopeutuminen vaatii aikaa ja voimavaroja. Potilas joutuu käsittelemään paljon asioita nopeassa tahdissa ja samaan aikaan hän käy läpi monenlaisia tuntemuksia. Sairaus ja sen hoito alkavat määrittää elämää ja aikatauluja ja totuttu arki muuttuu vääjäämättä. Hoidot voivat tuntua pelottavilta tai hankalilta ja potilas voi kokea oman naiseutensa rikkinäiseksi. Noin joka kolmannella rintasyöpäpotilaalla esiintyy jossain

sairauden vaiheessa voimakastakin psyykkistä oireilua, esimerkiksi masennusta ja ahdistuneisuutta sekä itsetunnon laskua ja syyllisyyttä. Hoidon ja terapian tarve tulee arvioida yksilöllisesti. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on tarkkailla potilaassa tapahtuvia psyykkisiä ja fyysisiä muutoksia sekä varmistaa, että potilas saa tarvittavaa apua. On kuitenkin huomioitava, että tunteista ja psyykkisestä hyvinvoinnista keskusteleminen ei ole kaikille potilaille välttämättä helppoa. (Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014, 30; Ahonen ym. 2016, 618; Eriksson 2000, 133, 146.)

Faktatiedon saanti on tärkeää, mutta potilaan on tärkeä päästä myös keskustelemaan sairauden aiheuttamista tuntemuksista, vaikka erityistä psyykkistä oireilua ei esiintyisikään. Muutokset kehonkuvassa, hoitojen psyykkiset ja fyysiset vaikutukset seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen, vanhemmuus, perheen hyvinvointi ja muut ihmissuhteet ovat asioita, joita potilaan kanssa on hyvä käydä läpi. Jokainen potilas kokee tilanteensa yksilöllisesti, ja esimerkiksi rinnan menetys voi osalle potilaista olla äärimmäisen vaikea asia, kun taas osalle se ei ole kovinkaan merkityksellinen. Kehon ja mielen uudelleenrakentaminen on työlästä ja se vaatii aikaa ja rohkeutta. Potilaan omien voimavarojen tukemisessa ovat puoliso, perhe, läheiset sekä hoitohenkilökunta tärkeässä roolissa. Vakava sairaus voi antaa myös mahdollisuuden voimaantua ja kasvaa ihmisenä ja tuoda mukanaan positiivisia muutoksia elämään, kuten terveystyöskentelyn muutoksia ja perheenjäsenten lähentymistä toisiinsa. (Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014, 30-32; Leino 2011, 35.)

Hoitohenkilökunnan lisäksi rintasyöpäpotilaille on saatavilla tietoa ja vertaistukea maakunnallisista syöpäyhdistyksistä ja -järjestöistä. Suomen Syöpäyhdistyksellä on käytössä maksuton palvelupuhelin, jossa potilaan on mahdollista keskustella erikoissairaanhoitajien kanssa mieltään askarruttavista asioista. Maakunnallisilla syöpäyhdistyksillä on olemassa neuvonta-asemia, joissa työskentelee terveydenhuoltoalan ammattilaisia ja joissa järjestetään muun muassa rintasyöpäpotilaiden keskustelutilaisuuksia. Myös valtakunnallisella rintasyöpäyhdistyksellä on vertaistukitoimintaa. Lisäksi näiden yhdistysten internet-sivuilta voi hankkia luotettavaa tietoa sairaudesta sekä tutustua yhdistysten keskustelupalstoihin. (Joensuu & Rosenberg-Ryhänen 2014, 37-38.)

7 PROJEKTIN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa Satakunnan Keskussairaalan kirurgian poliklinikalle rintasyöpäpotilaan hoitopolkua kuvaava posterit. Posteria tullaan hyödyntämään rintasyöpäpotilaiden ohjauksen tukena Satakunnan Keskussairaalan kirurgian poliklinikalla. Opinnäytetyössä perehdyttiin siihen, mitä vaiheita ja hoitavia tahoja potilas kohtaa diagnoosin selvittämisestä ja alkututkimuksista jälkitarkastuksiin ja kontroleihin. Projekti suunniteltiin ja toteutettiin yhteistyössä Satakunnan Keskussairaalan kirurgian poliklinikan rintahoitajien kanssa.

Idea projektin toteuttamiseen nousi esiin hoitotyön opintoihin kuuluvan ohjatun harjoittelujakson aikana kirurgian poliklinikalla loppuvuodesta 2015. Projekti alkoi 31.5.2016 palaverilla, jossa oli mukana Satakunnan Keskussairaalan kirurgian ylihoitaja, opinnäytetyön tekijä, ohjaava opettaja ja kirurgian poliklinikan osastonhoitaja. Palaverissa tehtiin alustava suunnitelma projektin aikataulusta ja posterin ulkoasusta. Kesän ja syksyn 2016 aikana suoritettiin tiedonhaku ja kirjoitettiin teoriaosuutta. Projektisuunnitelma esitettiin opinnäytetöiden suunnitteluseminaarissa 12.12.2016.

Projektissa laadittiin kirurgian poliklinikalle rintasyöpäpotilaan hoitopolkua kuvaava posterit, jota sairaanhoitajat voivat käyttää potilasohjauksen tukena. Rintasyöpäpotilas pystyy posterin ja sairaanhoitajan antaman ohjauksen avulla hahmottamaan hoitonsa kulkua. Posterin tavoitteena oli monipuolistaa rintahoitajan antamaa potilasohjausta.

Tiedonhaku suoritettiin muun muassa seuraavista tietokannoista: Theseus, Medic, Duodecim Terveysportti ja Finna. Aikaisempia tutkimuksia rintasyöpäpotilaiden ohjauksesta löytyy runsaasti, ja niistä käy usein ilmi, että potilas hyötyy selkeästä tiedonsaannista erityisesti diagnoosivaiheessa. (Liite 1).

Taulukko 2. Tiedonhaku.

Tietokanta	Hakusanat ja hakutyypit	Tulokset	Hyväksytyt
Finna	Tarkennettu haku: rintasyöp* AND potilasohj*, rinta- syöp* AND hoito* Aikaväli 2004- 2017	29	3
Theseus	Rintasyöp* AND hoito* AND oh- jaus*	594	1
Duodecim Ter- veysportti	Rintasyöpä ohjaus	16	2
Medic	Rintasyöp* AND ohjaus	5	1

Projektin avainsanoja ovat *rintasyöpäpotilas*, *hoitopolku*, *potilasohjaus* ja *posteri*. *Rintasyöpäpotilaalla* viitataan henkilöön, joka on sairastunut rintasyöpään. Rintasyövässä rintakudoksen terveet ja hyvänlaatuiset solut alkavat muuttua pahanlaatuisiksi. Rintasyöpä on suomalaisten naisten yleisin syöpä. Rintasyöpä on miehillä harvinainen, joten useimmiten rintasyöpäpotilaalla viitataan naispuoliseen potilaaseen. Potilas sinänsä määrittellään terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävää tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä. (Syöpäjärjestöjen www-sivut, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 2 §.)

Hoitopolku on terminä hyvin lähellä käsitteitä hoitoketju ja hoito-ohjelma. Hoitopolku viittaa kuitenkin suunnittelemattomampaan hoitokokonaisuuteen kuin hoitoketju. Hoitopolku on paikallinen toimintaohje, jossa määritellään sekä työnjako että potilaan eteneminen eri toimijoiden välillä. Paikallinen toimintaohje on sairaalan, klinikan, kuntayhtymän tai terveyskeskuksen sisäinen toimintamalli, joka perustuu hoitosuositukseen eli asiantuntijoiden järjestelmällisesti laatimiin, tieteelliseen näyttöön perustuviin kannanottoihin tietyn potilasryhmän hoidosta. (Välimaa 2012, 13.)

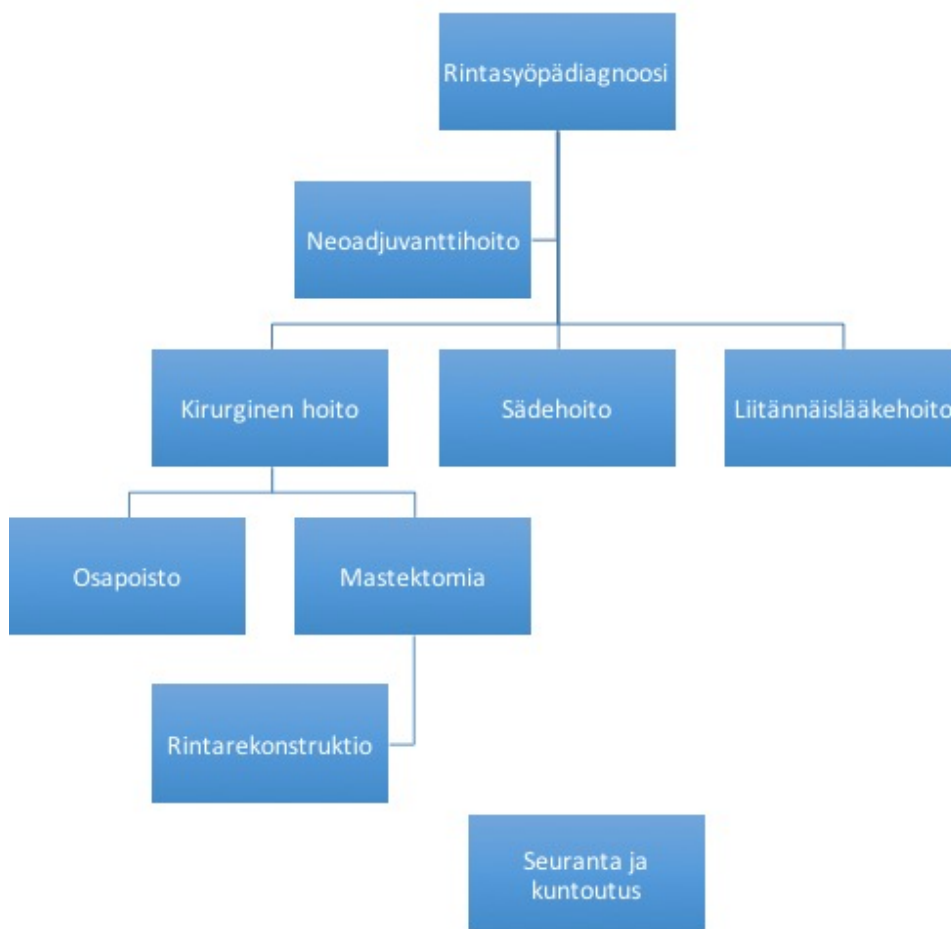
Potilasohjaus tai ohjaus sairaanhoitajan työssä on määritelty asiakkaan ja hoitajan aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka on sidoksissa heidän taustatekijöihinsä ja tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Potilaan ohjauksessa painotetaan asiakkaan tai potilaan henkilökohtaisten ominaisuuksien huomiointia, asiakkaan ja hoitajan jaettua asiantuntijuutta sekä asiakkaan omaa vastuuta ohjauksessa tapahtuvasta oppimisesta ja tehdyistä valinnoista. Sairaanhoitajan tehtävänä on auttaa asiakasta käsittelemään kokemuksiaan, käyttämään resurssejaan, ratkaisemaan ongelmiaan tai löytämään erilaisia tapoja toimia. Potilasohjaus on olennainen osa hoitohenkilöstön ammatillista toimintaa ja tärkeä osa asiakkaiden hoitoa. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

Posterit voidaan määritellä tietotauluksi tai julisteeksi, jonka tarkoitus on tutustuttaa ihmiset heille uuteen asiaan ja jakaa tietoa suurillekin väkimäärille. Tieteelliset posterit ovat myös organisaatioiden tiedotustapa, jonka avulla tavoitetaan enemmän ihmisiä pidemmällä aikajaksolla kuin esimerkiksi esitelmän keinoin. Posterin tulee olla luettavissa muutamassa minuutissa ja havaittavissa kauempaakin. Olennaista posterissa on informaation ja kuvan yhdistäminen tehokkaaksi kokonaisuudeksi. (Itä-Suomen Yliopiston www-sivut; Silen 2013.)

Projektin menetelminä käytettiin teoriaosuudessa kirjallisuuskatsausta ja projektiosuudessa perehdyttiin paikallisiin käytäntöihin yhteistyössä Satakunnan Keskussairaalan kirurgian poliklinikan rintahoitajien kanssa. Projektin kohderyhmänä olivat Satakunnan Keskussairaalan kirurgian poliklinikan rintahoitajat sekä rintasyöpädiagnoosin saaneet naiset, jotka tulevat hoitoon ja potilasohjaukseen Satakunnan Keskussairaalaan. Projektia toteutti yksi opiskelija hoitotyön koulutusohjelmaan liittyvänä opinnäytetyönään ja se valmistui maaliskuussa 2017.

Projektin käytännön toteutus alkoi projektisuunnitelman ja tutkimuslupahakemuksen laatimisella. Näitä ennen oli teoriaosuutta kirjoitettu jo melko pitkälle. Kun tutkimuslupahakemukseen oli saatu myönteinen päätös Satakunnan sairaanhoitopiiriltä, sovittiin tapaaminen Satakunnan Keskussairaalan kirurgian poliklinikalle rintahoitajan kanssa 24.2.2017. Tapaamisessa käytiin läpi paikallisia käytäntöjä ja todettiin niiden

olevan varsin yhtenevät valtakunnallisten hoitosuosituksen kanssa. Tämän jälkeen posterin ulkoasua ryhdyttiin työstämään alustavan hahmotelman (kuvio 2) pohjalta. Lopullinen versio oli valmis 27.3.2017.



Kuvio 2. Alustava hahmotelma posterin hoitopolkukaaviosta.

8 PROJEKTIN TUOTOS

Opinnäytetyön tuotoksena on posteri, jossa kuvataan työikäisen rintasyöpäpotilaan hoitopolkua Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella. Hoitopolkua kuvaamaan laadittiin hierarkiakaavio draw.io-nimisen verkkopohjaisen suunnittelutyökalun avulla. Posteritoteutettiin jpeg-muotoisena kuvana (liite 2), josta tulostettiin A1-kokoinen laminoitu seinäjuliste Satakunnan Keskussairaalan monistuskeskuksessa. Tulostuskustannuksista vastasi Satakunnan Keskussairaala. Ennen tulostamista Satakunnan Keskussairaalan kaksi rintahoitajaa tarkastivat posterin sisällön. Sen tarkasti ja hyväksyi myös rintasyöpäpotilaita hoitava plastiikkakirurgian erikoislääkäri.

Kaavio on muodoltaan hierarkiatyyppinen ja pystysuunnassa luettava. Paksummilla viivoilla ja nuolilla kuvataan tyypillisempää hoitolinjaa rintasyöpätapauksissa ja ohuemmilla viivoilla epätyypillisempiä, mutta kuitenkin mahdollisia hoitolinjoja. Kaavion vasemmalla puolella hahmottuu operatiivinen hoito ja oikealla onkologiset hoidot. Kaavioon ei sisällytetty pitkiä tekstejä, koska posterin on tarkoitus toimia apuvälineenä rintahoitajan antamassa potilasohjaustilanteessa. Tällöin hoitaja kertoo potilaalle hoidon etenemisestä, hoitomuodoista ja eri osa-alueista tarkemmin ja selventää potilaalle mahdollisesti vieraita käsitteitä. Kaaviossa kuvataan kunkin hoitomuodon kohdalla vain tärkeimmät asiat.

9 PROJEKTIN ARVIOINTI

Projektiin oli kokonaisuudessaan käytettävissä opinnäytetyöhön mitoitettua 400 työtuntia ja työn laajuus oli 15 opintopistettä. Projekti toteutui kesän 2016 ja kevään 2017 välillä, sisältäen suunnittelun, taustatyön, toteutuksen, kirjallisen osuuden ja valmiin työn esittämisen.

Projektin teoriaosuuteen perehtyminen oli hyvin kiinnostavaa ja toi paljon arvokasta tietoa sairaanhoitajan / terveydenhoitajan ammattia ajatellen. Tietoa karttui sekä rintasyövästä sairautena, sen hoitopolusta ja –menetelmistä sekä potilasohjauksesta. Itse toteutus sujui hyvässä yhteistyössä ja pysyi aikataulussa.

Projektin tuotoksena syntyneestä posterista tuli selkeä, asiallinen ja havainnollinen. Hierarkiakaavion laatiminen oli alun teknisten vaikeuksien vuoksi melko työlästä. Se vei runsaasti aikaa ja vaati useiden eri ohjelmistojen kokeiluita ennen kuin sopiva löytyi. Verkkopohjaisella draw.io –nimisellä ohjelmalla kaavio kuitenkin syntyi vaivattomasti.

Posterista ei ole vielä käyttökokemuksia potilasohjaustilanteissa, sillä se on vasta saatu kirurgian poliklinikalle rintahoitajien käyttöön. Jatkotutkimusehdotuksena voisi selvittää esimerkiksi vuoden kuluttua, miten potilaat ja rintahoitajat ovat posterin kokeineet, onko se tarjonnut lisätukea ja monipuolisuutta potilasohjaukseen, sekä miten sitä voitaisiin kehittää. Myös hoitopolkukaavion soveltamismahdollisuudet muihin yhteyksiin ovat kiinnostavia. Kaaviota voitaisiin tarkoituksenmukaisesti muokattuna käyttää pohjana esimerkiksi esitteissä tai verkkosivuilla, josta potilas voisi itse eri kohtia klikkaamalla saada näyttöön perustuvaa ja luotettavaa lisätietoa hoitomuodoista.

” You never know how strong you are until being strong is the only choice you have”

–Bob Marley

LÄHTEET

- Ahonen, O. & Blek-Vehkaluoto, M. Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2016. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.
- Anders, C., Johnson, R., Litton, J., Phillips, M. & Bleyer, A. 2009. Breast Cancer before age 40 years. *Semin Oncol.* 36(3). 237-249. Viitattu 19.10.2016. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2894028/>
- Auvinen, P. 2015. Neoadjuvanttihoito. Julkaisussa Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka- ja hoitosuositus. Suomen Rintasyöpäryhmä ry. 40-41. Viitattu 19.10.2016. <http://rintasyoparyhma-yhdistysavain-fi-bin.directo.fi/@Bin/f836fc0509235170c2cbe6d9882d10a3/1476864735/application/pdf/176829/Rintasy%C3%B6v%C3%A4n%20valtakunnallinen%20diagnostiikka-%20ja%20hoitosuositus%202015.pdf>
- Duodecim. 2002. Rintasyöpä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.). 2000. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY
- Forsström, S. 2015. Rintasyöpäpotilaan hoito. Duodecim: Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 29.11.2016. http://www.terveysportti.fi.lillukka.samk.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk02550&p_haku=rintasy%C3%B6p%C3%A4%20ohjaus
- Gabriel, C. & Domcheck, S. 2010. Breast Cancer in young women. *BioMed Central.* Viitattu 19.10.2016. <https://breast-cancer-research.biomedcentral.com/articles/10.1186/bcr2647>
- Gästrin, G. 2012. Rintasyövän toteaminen. Terveysthuolto ja naiset yhdessä. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Hipp, J., Kuisma, J. & Okker, K. 2012. Rintasyöpäpotilaan hoitopolku. AMK-opinnäytetyö. HAMK.
- Huovinen, R. 2015a. Levinneen rintasyövän hormonaalinen hoito. Julkaisussa Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka- ja hoitosuositus. Suomen Rintasyöpäryhmä ry. 55-56. Viitattu 19.10.2016. <http://rintasyoparyhma-yhdistysavain-fi-bin.directo.fi/@Bin/f836fc0509235170c2cbe6d9882d10a3/1476864735/application/pdf/176829/Rintasy%C3%B6v%C3%A4n%20valtakunnallinen%20diagnostiikka-%20ja%20hoitosuositus%202015.pdf>
- Huovinen, R. 2015b. Rintasyöpäpotilaan seuranta liitännäishoitojen jälkeen. Julkaisussa Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka- ja hoitosuositus. Suomen Rintasyöpäryhmä ry. 75-77. Viitattu 19.10.2016. <http://rintasyoparyhma-yhdistysavain-fi-bin.directo.fi/@Bin/f836fc0509235170c2cbe6d9882d10a3/1476864735/application/p>

df/176829/Rintasy%C3%B6v%C3%A4n%20valtakunnallinen%20diagnostiikka-%20Oja%20hoitosuositus%202015.pdf

Huovinen, R. 2015c. Rintasyöpä ja raskaus. Julkaisussa Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka- ja hoitosuositus. Suomen Rintasyöpäryhmä ry. 78-80. Viitattu 19.10.2016. <http://rintasyoparyhma-yhdistysavain-fi-bin.directo.fi/@Bin/f836fc0509235170c2cbe6d9882d10a3/1476864735/application/pdf/176829/Rintasy%C3%B6v%C3%A4n%20valtakunnallinen%20diagnostiikka-%20Oja%20hoitosuositus%202015.pdf>

HUS verkkosivut. Rintasyöpäpotilaan hoitopolku. Viitattu 19.10.2016. http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/syopataudit/syopapotilaan-hoitopolut/rintasyopapotilaan_hoitopolku/Sivut/default.aspx

Itä-Suomen Yliopiston oppi- ja opetuspalvelut (UEF). 2012. Posterin teko-ohjeita. Viitattu 21.11.2016. <https://wiki.uef.fi/display/opkmateriaalit/Posterin+teko-ohjeita>

Jahkola, T., Joukainen, S. & Leidenius, M. 2015. Primaari kirurginen hoito. Julkaisussa Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka- ja hoitosuositus. Suomen Rintasyöpäryhmä ry. 23-30. Viitattu 19.10.2016. <http://rintasyoparyhma-yhdistysavain-fi-bin.directo.fi/@Bin/f836fc0509235170c2cbe6d9882d10a3/1476864735/application/pdf/176829/Rintasy%C3%B6v%C3%A4n%20valtakunnallinen%20diagnostiikka-%20Oja%20hoitosuositus%202015.pdf>

Joensuu, H. 2015. Rintasyövän yleisyys, ennuste, riskitekijät ja ehkäisy. Julkaisussa Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka- ja hoitosuositus. Suomen Rintasyöpäryhmä ry. 6-9. Viitattu 19.10.2016. <http://rintasyoparyhma-yhdistysavain-fi-bin.directo.fi/@Bin/f836fc0509235170c2cbe6d9882d10a3/1476864735/application/pdf/176829/Rintasy%C3%B6v%C3%A4n%20valtakunnallinen%20diagnostiikka-%20Oja%20hoitosuositus%202015.pdf>

Joensuu, H. & Huovinen, R. 2013a. Reseptorimääritykset ja ennustetekijät rintasyövässä. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, Peter J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L,

Joensuu, H. & Huovinen, R. 2013b. Rintasyövän levinneisysselvitykset. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, Peter J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L, Jyrkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 600-601.

Joensuu, H. & Huovinen, R. 2013c. Rintasyövän postoperatiivinen sädehoito. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, Peter J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L, Jyrkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 610-611.

Joensuu, H. & Huovinen, R. 2013d. Rintasyövän liittämläkehoito. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, Peter J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L, Jyrkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 611-612.

Joensuu, H. & Huovinen, R. 2013e. Rintasyövän hormonaalinen liitännäishoito. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, Peter J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L, Jyrkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 612-613.

Joensuu, H. & Huovinen, R. 2013f. Rintasyövän uusiutuminen. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, Peter J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L, Jyrkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 614.

Joensuu, H., Huovinen, R. & Leidenius, M. 2013a. Levinneen rintasyövän hoitomenetelmät. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, Peter J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L, Jyrkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 614-616.

Joensuu, H., Huovinen, R. & Leidenius, M. 2013b. Rintasyöpä. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, Peter J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L, Jyrkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 595-619.

Joensuu, H., Leidenius, M. & Huovinen, R. 2013a. Rintasyövän hoidon periaatteet. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, Peter J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L, Jyrkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 603.

Joensuu, H., Leidenius, M. & Huovinen, R. 2013b. Rinnan säästävä kirurgia. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, Peter J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L, Jyrkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 603-604.

Joensuu, H., Leidenius, M. & Huovinen, R. 2013c. Rintasyöpäpotilaiden ennuste, seuranta ja kuntoutus. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, Peter J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L, Jyrkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 619.

Joensuu, H., Leidenius, M. & Huovinen, R. 2013d. Rintasyöpäpotilaiden raskaus, ehkäisy ja vaihdevuosisoireiden hoito. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, Peter J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L, Jyrkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 616-617.

Joensuu, H. & Leidenius, M. 2013a. Mastektomia. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, Peter J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L, Jyrkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 604.

Joensuu, H. & Leidenius, M. 2013b. Kainaloevakuaatio ja vartijaimusolmuksetutkimus rintasyövässä. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, Peter J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L, Jyrkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 606-607.

Joensuu, H. & Leidenius, M. 2013c. Morfologiset rintasyöpätyypit. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, Peter J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L, Jyrkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 601-602.

Joensuu, H. & Leidenius, M. 2013d. Patologin lausunto rintasyövässä. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, Peter J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L, Jyrkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 607-608.

Joensuu, H. & Rosenberg-Ryhänen, L. 2014. Rintasyöpäpotilaan opas. Viitattu 19.10.2016. http://syopapotilaat-fi-bin.directo.fi/@Bin/5a8a6daf1b4c1b83694c905f291158f6/1471281590/application/pdf/28632/Rintasyopa_2014.pdf

Jyrkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 608-609.

Kaulio, P. & Rosenberg, L. 2008. Nainen ja rintasyöpä. Rikottu mutta kokonainen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Kouri, M. & Sailas, L. 2015. Rintasyövän postoperatiivinen sädehoito. Julkaisussa Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka- ja hoitosuositus. Suomen Rintasyöpäryhmä ry. 36-38. Viitattu 19.10.2016. <http://rintasyoparyhma-yhdistysavain-fi-bin.directo.fi/@Bin/f836fc0509235170c2cbe6d9882d10a3/1476864735/application/pdf/176829/Rintasy%C3%B6v%C3%A4n%20valtakunnallinen%20diagnostiikka-%20ja%20hoitosuositus%202015.pdf>

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

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 muutoksineen.

Leino, K. 2011. Pirstaloitumisesta kohti naisena eheytymistä – Substantiivinen teoria rinta-syöpäpotilaan sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana. Väitöskirja. Tampereen Yliopisto.

Mustajoki, P. & Kaikua, J. 2008. Senkka ja 1000 muuta tutkimusta. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 19.10.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk04100

NORDCAN Association of the Nordic Cancer Registries. 2016. Viitattu 19.10.2016. <http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/FI/StatsFact.asp?cancer=200&country=246>

Ryhänen, A. 2014. Internet-based breast cancer patient's pathway as an empowering patient educational tool. Turun Yliopisto.

Savolainen, T. 2017. Rintahoitaja, Satakunnan Keskussairaala. Pori. Henkilökohtainen tiedonanto 24.2.2017.

Silén, S. Tieteellinen posterit. 2013. Jyväskylän Yliopisto. Viitattu 21.11.2016. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/tvt/posteri/POSTERIluento%20ilman%20kuvia.pdf>

Suomen Rintasyöpäryhmä ry: Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka- ja hoitosuositus. 2015. Viitattu 19.10.2016. <http://rintasyoparyhma-yhdistysavain-fi->

bin.directo.fi/@Bin/8ea5d36c69a09305cc1b553c24a4227e/1476455994/application/pdf/176829/Rintasy%C3%B6v%C3%A4n%20valtakunnallinen%20diagnostiikka-%20ja%20hoitosuositus%202015.pdf

Suomen Syöpärekisteri. Viitattu 19.10.2016.

<http://www.cancer.fi/syoparekisteri/tilastot/ajantasaiset-perustaulukot/koko-maa/>

Suominen, S. & Leidenius M. 2013. Rintarekonstruktio. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, Peter J., Kellokumpu-Lehtinen, P-L, Jyrkiö, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.) Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 605-606.

Syöpäjärjestöt: Kaikki syövästä, rintasyöpä. Viitattu 19.10.2016.

<https://www.kaikkisyovasta.fi/tietoa-syovasta/syopataudit/rintasyopa/>

Tengström, M., Leidenius, M., Lahdenperä, O. & Vehmanen, L. 2015. Levinneen rintasyövän palliatiivinen hoito. Julkaisussa Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka- ja hoitosuositus. Suomen Rintasyöpäryhmä ry. 64-66. Viitattu 19.10.2016 <http://rintasyoparyhma-yhdistysavain-fi-bin.directo.fi/@Bin/f836fc0509235170c2cbe6d9882d10a3/1476864735/application/pdf/176829/Rintasy%C3%B6v%C3%A4n%20valtakunnallinen%20diagnostiikka-%20ja%20hoitosuositus%202015.pdf>

Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiirin verkkosivut. Rintasyövän leikkaushoito.

Viitattu 19.10.2016. <http://www.vsshp.fi/fi/hoito-ja-tutkimukset/Sivut/rintasyovan-leikkaushoito.aspx>

Vehmanen, L. 2012a. Duodecim Terveyskirjasto. Rintasyöpä. Toteaminen ja ennuste. Viitattu 19.10.2016.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00618

Vehmanen, L. 2012b. Duodecim Terveyskirjasto. Paikallisen rintasyövän hoito.

Viitattu 19.10.2016.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00468

Välimaa, V. 2012. Koulutusintervention vaikutus hoitoketjun implementoinnissa. Pro gradu-tutkimus. Tampereen Yliopisto: Terveystieteiden yksikkö. Viitattu 21.11.2016. <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/83654/gradu05975.pdf?sequence=1>

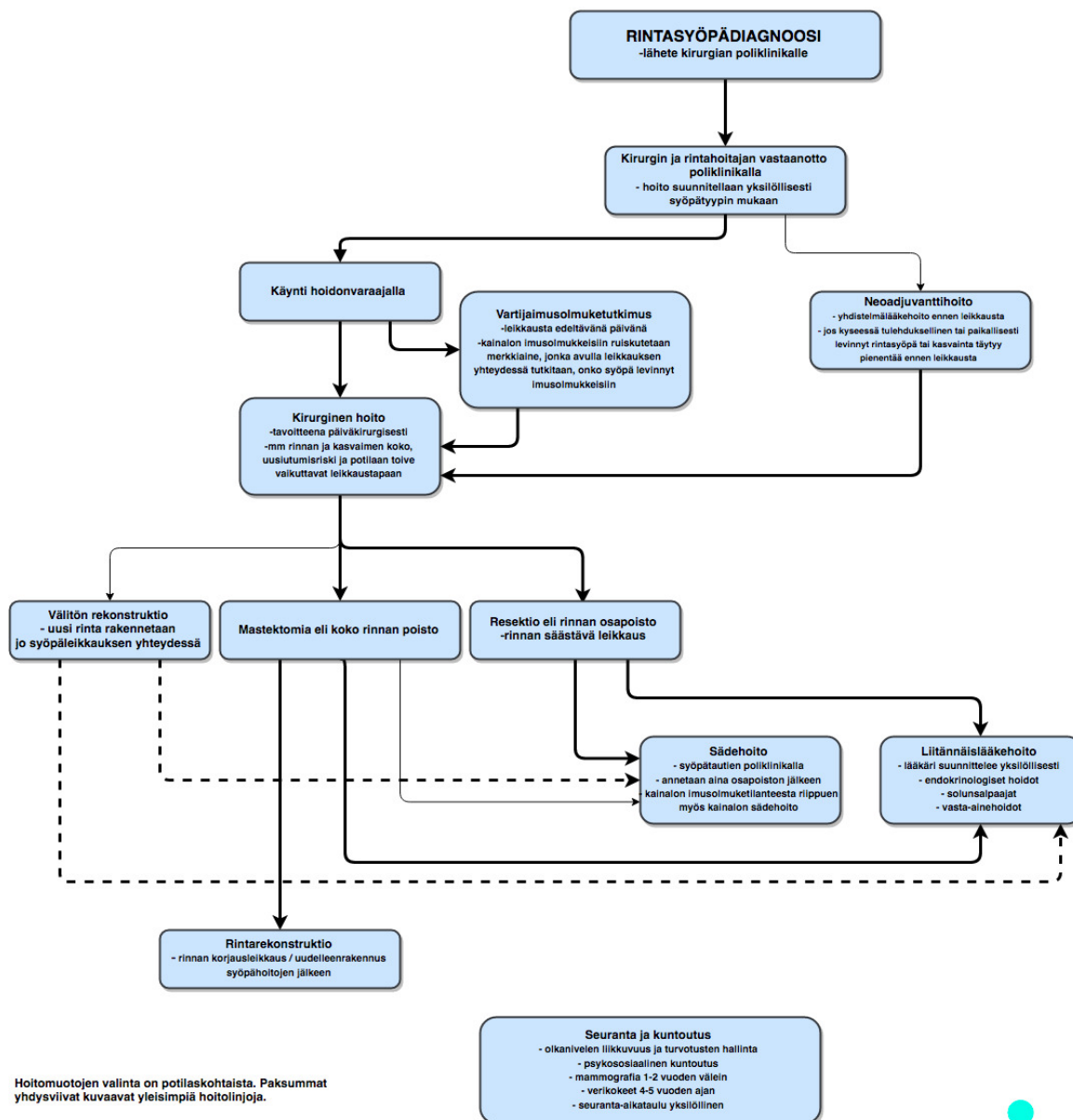
AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET, KIRJALLISUUSKATSAUS

Tekijä, vuosi, työn nimi ja maa	Tutkimuksen / projektin tarkoitus	Kohderyhmä, aineistonkeruu-menetelmä / projektissa käytetyt menetelmät	Intervention sisältö ja keskeiset tulokset
Ryhänen, A. 2014. Turun Yliopisto. Internet-based breast cancer patient's pathway as an empowering patient educational tool	Tutkimuksessa tarkasteltiin Rintasyöpöpotilaanpolku (RSPP) - ohjelman vaikuttavuutta rintasyöpöpotilaan tiedollisen voimavaraistumisen, tiedontason, elämänlaadun, ahdistuneisuuden ja hoitoon liittyvien sivuvaikutusten näkökulmista rintasyöpöpotilaan hoitoprosessin aikana.	Rintasyöpöpotilaat. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa systemoitu kirjallisuuskatsaus aiempien Internet pohjaisten potilasohjausohjelmien ja niiden vaikuttavuuden selvittämiseksi. Toisessa vaiheessa RSPP-ohjelman käytettävyyden ja sisällön arviointi delfi-tutkimuksella. Kolmannessa vaiheessa tutkimusasetelma pilotoitiin (n=10) ja rintasyöpöpotilaita satunnaistettiin koehenkilöiksi ja kontrolliryhmiin (n=50 ja n=48).	Tutkimustulosten mukaan Internet voi olla tehokas potilasohjausväline tiedon lisäämiseksi ja RSPP-ohjelma sopii potilasohjausvälineeksi muiden ohjausmenetelmien tueksi. Rintasyöpöpotilaiden tiedolliset odotuksensa ovat suuremmat kuin kokemuksensa heille välitetystä tiedosta.
Hipp, J., Kuisma, J. & Okker, K. 2012. HAMK. Rintasyöpöpotilaan hoitopolku.	Tarkoituksena on selvittää eteläsuomalaisen sairaalan hoitovastuualueen potilaan hoitopolku kokonaisuudessaan	Rintasyöpöpotilaat. Menetelminä kirjallisuuskatsaus ja teemahaastattelut.	Hoitopolut ovat valtakunnallisesti varsin yhteneväiset. Hoitopolkuun perehtyminen vastaa luettua teoretiaa aiheesta, mutta potilaan psykiseen tukemiseen kaivataan lisäpanostusta ja resursseja.
Leino, K. 2011. Tampereen Yliopisto. Pirstaloitumisesta kohti eheytymistä – Substantiivinen teoria rintasyöpöpotilaan sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana.	Tarkoituksena kehittää substantiivinen teoria rintasyöpöpotilaiden sairastavan naisen sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana erikoissairaanhoidossa. Tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa hoitamisesta tapahtuvaan rintasyöpöpotilaiden tukemiseen.	Rintasyöpöpotilaat. Tutkimusmenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä grounded-teoriaa. Aineiston muodostivat rintasyöpöpotilaiden (n=25 naista) haastattelut leikkauksen jälkeen ja syöpähoitojen päättymisestä kolmen kuukauden kuluessa sekä potilaiden päiväkirjat (n=21) hoitoprosessin ajalta noin vuoden mittaiselta ajanjaksolta sekä leikkauksen (n= 4) ja syöpähoitojen yhteydessä (n=6) rintasyöpöpotilaita hoitavien hoitajien ja lääkäreiden ryhmähaastatteluja.	Hoitohenkilöstön tuki naisena eheytyksen kokemuksessa on merkityksellistä. Hoitohenkilöstön on tärkeää suunnata sosiaalista tukea hoidon siirtymävaiheisiin, etenkin syöpähoitojen alku- ja loppuvaiheeseen. Tuen tulee olla tarpeisiin pohjautuvaa, ennaltaehkäisevää ja syste-

			maattista. Psykososiaalinen tukeminen sairauskriisissä tulee nähdä rintasyöpäpotilaan kokonaisuhoitoon ja selviytymisen kannalta merkityksellisenä.
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

POSTERIN SISÄLTÖ: HIERARKIAKAAVIO RINTASYÖPÖTILAAN HOITOPOLUSTA

RINTASYÖPÖTILAAN HOITOPOLKU SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRISSÄ



Hoitomuotojen valinta on potilaskohtaista. Paksummat yhdysviivat kuvaavat yleisimpiä hoitolinjoja.