



HOITOTYÖN TUTKIMUSSÄÄTIÖ

1.7.2011

OMAHOIDON OHJAUKSEN SISÄLLÖT SYDÄMEN VAJAATOIMINTAPOTILAAN HOITOTYÖSSÄ¹

- Hoitotyön suositus

SUOSITUKSEN KIRJOITTAJAT

Kemppainen Virpi, TtT-opiskelija, sh (AMK), projektikoordinaattori, Kuopion yliopistollinen sairaala

Kiema Mari, TtM-opiskelija, sh, vajaatoimintahoitaja, Kuopion yliopistollinen sairaala

Kvist Tarja, TtT, yliopistotutkija, Itä-Suomen yliopisto, Hoitotieteen laitos

SUOSITUSTYÖRYHMÄ

Työryhmän puheenjohtaja:

Kvist Tarja, TtT, yliopistotutkija, Itä-Suomen yliopisto, Hoitotieteen laitos

Työryhmän jäsenet:

Kemppainen Virpi, TtM, TtT-opiskelija, sh (AMK) projektikoordinaattori (Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto 2009–2011 -hanke), Kuopion yliopistollinen sairaala

Kiema Mari, TtM-opiskelija, sh, vajaatoimintahoitaja, Kuopion yliopistollinen sairaala

Lipponen Kaija, TtM, TtT-opiskelija, projektipäällikkö (Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto 2009–2011 -hanke), Oulun yliopistollinen sairaala

Ovaska Tuulevi, palvelupäällikkö, Itä-Suomen yliopiston kirjasto

Miettinen Heikki, dosentti, ylilääkäri, Sydänkeskus, Kuopion yliopistollinen sairaala

Partanen Leila, THM, vajaatoimintahoitaja, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

Ronkainen Pirjo, TtM-opiskelija, sh, projektityöntekijä (Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto 2009–2011 -hanke)

Ylönen Karita, sh (YAMK), vajaatoimintahoitaja, Keski-Suomen keskussairaala

Salmelainen Maarit, sh, vajaatoimintahoitaja Tampereen yliopistollinen sairaala

Hasu Riitta-Liisa, sydämfysioterapeutti, Keski-Suomen keskussairaala

Suositusryhmän jäsenillä ei ole suositusaiheeseen liittyviä sidonnaisuuksia, joista he hyötyisivät taloudellisesti tai jotka vaikuttaisivat suosituksen luotettavuuteen.

¹Suositus perustuu European Society of Cardiology laatiman ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 -suosituksen osioon potilaan lääkkettömästä hoidosta. Lupa saatu Suomen Kardiologiselta seuralta 14.3.2011.

Suosituksen kirjallisuutta on täydennetty liikuntaharjoittelun suosituksen osalta seuraavalla systemaattisella kirjallisuuskatsauksella: Barbour KA & Miller NH. Adherence to exercise training in heart failure: a review. *Heart Failure Reviews* 2008; 13, 81-89.

Sisältö

JOHDANTO.....	3
SUOSITUKSEN KESKEISET KÄSITTEET	4
HOITOTYÖN SUOSITUKSEN LAADINTA.....	5
HOITOTYÖN SUOSITUS	7
HOITOTYÖN SUOSITUKSEN KÄYTTÖÖNOTTO	11
LÄHTEET	12

JOHDANTO

Sydämen vajaatoiminta on yksi yleisimmistä kansansairauksista Suomessa. Kansaneläkelaitoksen vuoden 2009 sairasvakuutustilastojen mukaan Suomessa oli 46 200 sydämen vajaatoimintalääkityksestä erityiskorvausta saavaa henkilöä (1). Sydämen vajaatoiminnan tavallisimmat aiheuttajat ovat sepelvaltimotauti, verenpaine- ja sydämen läppäviat ja sydänlihassairaudet (2). Sydämen vajaatoiminta on moninainen oireyhtymä, joka on yleensä seurausta jostakin verenkiertoelimistön sairaudesta tai sydämen rakenteellisista tai synnynnäisistä vioista. Sydämen vajaatoimintaan viittaavia oireita ovat väsyminen, hengenahdistus levossa tai rasituksen yhteydessä ja nesteen kertymisen merkit elimistössä (hengenenahdistus, nilkkojen turvotus ja nopea painon nousu). Oireet johtuvat vajaatoimintaisen sydämen riittämättömästä kyvystä vastata elimistön verenkierron tarpeisiin sekä ylimääräisen nesteen kertymisestä kehon ääreisosiin ja keuhkoihin (2). Väestön ikääntyminen lisää väistämättä sydämen vajaatoimintaa sairastavien määrää ja hoidon tarvetta niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa. Sydämen vajaatoimintaa sairastavia on 8-10 % yli 75-vuotiaista ja lähes puolet yli 80-vuotiaista (1). Sydämen vajaatoiminnan hoidossa keskeinen hoitotyön interventio on omahoidon ohjaus, jonka päätavoitteena tulee olla sairauden hallinta ja siten myös kuolleisuuden sekä hoidosta aiheutuvien kustannusten väheneminen (3, 4, 5).

Sydämen vajaatoimintapotilaat kokevat omahoidon ohjauksen puutteelliseksi erityisesti sairauden diagnosointivaiheessa ja heillä voi olla vaikeuksia ymmärtää sairaudestaan saamaansa tietoa (6, 7). Esimerkiksi lääkehoitoon liittyvästä ohjauksesta jopa 40 % potilaista ymmärtää ohjauksen puutteellisesti tai ei ymmärrä lääkehoitoon liittyvää tietoa lainkaan, mikä johtaa lääkehoidon virheelliseen toteuttamiseen (8). Sydämen vajaatoimintaa sairastavilla on lisäksi samanikäisiä terveitä henkilöitä enemmän ongelmia oppimisessa, kuten muistin, mieleen palauttamisen ja havaintokyvyn heikentymistä. Syyksi on epäilty sairaudesta johtuvaa heikentynyttä verenkiertoa aivojen alueella sekä masentuneisuutta, ahdistuneisuutta ja uupumusta. (9, 10) Sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon ohjauksessa korostuukin potilaan aktiivinen mukaanotto mahdollisimman varhaisessa vaiheessa sairautensa omahoitoon ja sen opetteluun (9).

Kansainvälisen tutkimuksen mukaan sydämen vajaatoimintapotilaat kokevat tarvitsevansa tietoa sydämen vajaatoiminnan merkeistä ja oireista, lääkähoidosta ja sen toteutuksesta, ravitsemuksesta, liikunnallisista aktiviteeteista ja sydämen vajaatoiminnan vaikutuksista psyykkiseen terveyteen (11). Lisäksi he kaipaavat tukea ja ohjausta arjessa selviämiseen sekä terveydenhuollon ammattilaisten roolin selkeytystä potilaan siirtyessä sairaalasta avohoitoon (7). Vaikka Suomessa vastaavaa tutkimusta ei ole tehty, voidaan olettaa, että kansainvälisesti saadut tutkimustulokset ovat sovellettavissa myös Suomeen. Hoitohenkilöstö toteuttaa tutkimusten mukaan sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjausta rutiininomaisesti ja hoitajien tieto- ja ohjaamistaitoperusta sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon ohjauksesta on varsin heikko (12, 13). Tässä suosituksessa kuvataan vajaatoimintapotilaan omanhoidon ohjauksen sisältöalueet.

Tarve tämän hoitotyön suosituksen laatimiselle nousi vajaatoimintahoitajien kansallisessa verkostossa. Vajaatoimintapotilaan omahoidon ohjausta antavat terveydenhuollon eri ammattilaiset hoidon porrastuksen eri tasoilla, jolloin ohjauksen sisältö ei välttämättä ole yhdenmukainen.

Tämän hoitotyön suosituksen tarkoituksena on kuvata sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan omahoidon ohjauksen keskeiset sisällöt. Suositus on tarkoitettu kaikille sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon ohjausta antaville hoitotyöntekijöille. Suosituksen sisällöt soveltuvat sairaalahoitojaksolla, kotiutumisvaiheessa ja kotiutumisen jälkeisessä intensiivisen sairauden tilan seurannassa tapahtuvaan omahoidon ohjaukseen. Suosituslausekkeet soveltuvat omahoidon ohjaukseen erityisesti niille sydämen vajaatoimintapotilaille, joilla esiintyy toistuvasti sairauden oireita. Hoitotyön suositus ei sisällä suositusta vajaatoimintatahdistimeen tai muuhun tahdistinhoitoon liittyvistä ohjaussisällöistä.

SUOSITUKSEN KESKEISET KÄSITTEET

Tässä hoitotyön suosituksessa keskeisiä käsitteitä ovat sydämen vajaatoimintapotilas, omahoito ja omahoidon ohjaus

Sydämen vajaatoimintapotilaalla tarkoitetaan henkilöä, jolla esiintyy sydämen vajaatoiminnan oireita, kuten hengenahdistusta raskuudessa ja/tai levossa, väsymystä tai nilkkaturvotusta. Oireet on luokiteltu European Society of Cardiology (ESC 2008) hoitosuosituksessa kuvatun vaikeusasteen ja sydämen vajaatoiminnasta johtuvan toimintakyvyn mukaisesti NYHA I- IV luokkaan (Taulukko 1). (NYHA = The New York Heart Association Functional Classification)

Taulukko 1. Sydämen vajaatoimintapotilaan toimintakyvyn NYHA-luokitus (ESC 2008).

Luokka	Kuvaus
NYHA I	Ei rajoita toimintaa. Tavallinen fyysinen rasitus ei aiheuta liiallista väsymystä, hengenahdistusta eikä sydämentykytystä.
NYHA II	Rajoittaa hieman fyysistä toimintaa. Potilas voi hyvin levossa, mutta tavallinen fyysinen rasitus aiheuttaa väsymystä, sydämentykytystä tai hengenahdistusta.
NYHA III	Rajoittaa selvästi fyysistä toimintaa. Potilas voi hyvin levossa, mutta normaalia vähäisempikin ponnistelu aiheuttaa oireita.
NYHA IV	Pienikin fyysinen rasitus aiheuttaa oireita. Potilaalla on sydämen vajaatoiminnan oireita jopa levossa, ja oireet lisääntyvät fyysisen rasituksen aikana.

Lisäksi potilaalla voidaan todeta sydämen vajaatoiminnan kliinisiä merkkejä (esim. keuhkoverekkyuden korostuminen, nopealyöntisyys, kohonnut kaulalaskimopaine, tihentynyt hengitystaajuus) sekä rakenteellinen tai toiminnallinen vika sydämessä.

Omahoidolla tarkoitetaan niitä päivittäisiä toimia, joilla potilas tai hänen läheisensä itsenäisesti tai asiantuntijan tuella edistävät potilaan terveyttä tai hallitsevat sairauden oireita. Sydämen vajaatoiminnan omahoito sisältää terveiden elintapojen noudattamisen, oireiden ja painon seurannan sekä sovittujen hoito-ohjeiden toteuttamisen. Omahoidossa keskeistä on oireiden vaikeutumisen havaitseminen ja havaintojen perusteella omahoidon toimista päättäminen, kuten esimerkiksi ylimääräisen nesteesto lääkkeen ottaminen tai nesterajoituksen noudattaminen. Sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon tavoitteena on hallita sairauden oireita ja vähentää tai ehkäistä sairauden tilan huononemisen vaiheita, jotka saattavat johtaa sairaalahoitoon tai kuolemaan. (14, 15, 16.)

Omahoidon ohjauksella tarkoitetaan tavoitteellista ja aktiivista toimintaa, jossa potilas ja hoitaja yhdessä edistävät potilaan oppimista omasta sairaudestaan ja sen oireiden hallinnasta. Potilasta ohjataan seuraamaan omassa terveydessä tapahtuvia muutoksia ja tuntemuksia sekä tekemään mittauksia ja havaintoja terveydestään, jotta hän pystyy tekemään niiden perusteella itsenäisiä toimenpiteitä–tai päätöksiä terveytensä hyväksi tai ottamaan tarvittaessa yhteyttä terveydenhuollon ammattilaiseen. Lisäksi omahoidon ohjaukseen liittyy potilaan hoitomyöntyvyyden seuranta ja tukeminen. (13,15,17) Sydämen vajaatoimintapotilaiden omahoidon ohjaus liittyy sairaalahoitojaksoon, kotiutumisvaiheeseen ja kotiutumisen jälkeiseen intensiiviseen sairauden tilan seurantaan (3, 13).

HOITOTYÖN SUOSITUKSEN LAADINTA

Tämän hoitotyön suosituksen taustalla oleva englanninkielinen Euroopan kardiologisen seuran tekemä suositus on käytössä Suomessa ja muun muassa Suomen vajaatoimintahoitajat noudattavat sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon ohjauksessa sen ei-lääkkeellisen hoidon sisältöjä. Sydämen vajaatoimintapotilaiden omahoidon ohjausta antavat kaikki näitä potilaita kohtaavat ammattilaiset, minkä vuoksi tarvitaan suomenkielinen suositus omahoidon ohjauksen sisältöjen yhdenmukaistamiseksi.

ESC:n julkaisema suositus perustuu sekä tutkimusnäyttöön että asiantuntijoiden konsensukseen sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan hoidosta ja ohjauksesta. ESC:n suosituksessa olevan ei-lääkkeellisen ohjauksen osion käyttöön tämän hoitotyön suosituksen perusteena saatiin lupa Suomen kardiologiselta seuralta 14.3.2011 ja lupaa osion muokkaamisesta (esim. pienten yksityiskohtien yhdistämiseen) tarkennettiin 4.4.2011.

Suosituksen näytön varmuus (Taulukko 2) ja näytön aste (Taulukko 3) on luokiteltu seuraavasti:

Taulukko 2. Suositusluokat (ESC 2008).

Suositusluokat	(ESC 2008)
Luokka I	Näyttö ja/tai yleinen yksimielisyys että tietty hoito tai tietty menettelytapa ovat hyödyllisiä, käyttökelpoisia, vaikuttavia
Luokka II	Ristiriitaista näyttöä ja/tai poikkeava lausunto hyödyllisyydestä/tehosta tietystä hoidosta tai menettelytavasta
Luokka Ila	Näytön/asiantuntijalausunnon paino kannattaa hyödyllisyyttä/vaikuttavuutta
Luokka Ilb	Hyödyllisyydestä/vaikuttavuudesta ei ole yhtä vakiintunutta näyttöä/todistetta
Luokka III	Näyttö tai yleinen yksimielisyys että tietty hoito tai menettelytapa ei ole hyödyllinen/vaikuttava ja joissakin tapauksissa voi olla haitallinen

Taulukko 3. Näytön aste (ESC 2008).

Näytön aste	(ESC 2008)
Näytön aste A	Tulos saatu useista satunnaistetuista kontrolloiduista kokeista tai meta-analyyseistä.
Näytön aste B	Tulos saatu yksittäisestä satunnaistetusta kontrolloidusta kokeesta tai laajoista ei satunnaistetuista tutkimuksista.
Näytön aste C	Asiantuntijoiden yksimielisyys ja /tai pienet tutkimukset, takautuvat tutkimukset, rekisterit.

HOITOTYÖN SUOSITUS

Tämä hoitotyön suositus pohjautuu ESC (2008) -hoitosuosituksessa (ESC 2008. Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure) kuvattuun Lääkkeetön hoito -osioon. Suosituksen suosituslausekkeet perustuvat tutkimusnäyttöön (lähdeviite numeroitu) sekä ESC:n suosituksen laatineiden asiantuntijoiden konsensukseen (ei lähdeviitettä). Alkuperäisiä suosituslausekkeitä on modifioitu niin, että alkuperäisen suosituksen pieniä yksityiskohtia on yhdistetty keskenään.

Suosituslausekkeet soveltuvat omahoidon ohjaukseen niille sydämen vajaatoimintapotilaille, joilla on oireita. Terveystieteiden ammattilaiset antavat kokonaisvaltaista sydämen vajaatoiminnan ohjausta ja neuvontaa, minkä tavoitteena on potilaan omahoidon hallinta. Omahoidon hallinta voi merkittävästi vaikuttaa oireisiin, toimintakykyyn, hyvinvointiin, kuolleisuuteen ja ennusteeseen (14).

1. Omahoidon ohjaus edistää potilaan hoitoon sitoutumista, mikä vähentää sydämen vajaatoiminnan vaikeutumista ja kuolleisuutta sekä parantaa potilaan hyvinvointia. (Suositusluokka I, näytön aste C)

- Motivoi potilasta noudattamaan hoito-ohjeita ja -suunnitelmaa. Vain 20–60 % sydämen vajaatoimintapotilaista sitoutuu heille määrättyihin lääkkeellisiin ja lääkkeettömiin hoitoihin. Pyri avoimeen keskusteluun myös potilaan perheen ja omaisten kanssa, koska se saattaa auttaa realististen ja tietoisten päätösten tekoon sydämen vajaatoiminnan hoidosta ja tulevaisuuden suunnitelmista. (18, 19)
- Varmista, että potilas ymmärtää vajaatoiminnan syyn, ennusteen ja miksi oireet esiintyvät. Varmista ja tarvittaessa kertaa potilaalle hänen yksilöllinen omahoitosuunnitelmansa (20).
- Varmista, että potilaalla on riittävä terveydenhuollon ammattilaisten tuki. Aktiivisen sosiaalisen verkoston riittävä tuki parantaa potilaan hoitoon sitoutumista. Perheenjäsenten osallistuminen potilasohjaukseen sekä hoitoa ja huolenpitoa koskevaan päätöksentekoon on tärkeää (21).

2. Sydämen vajaatoiminnan vaikeutumisen oireet voivat vaihdella yksilöllisesti huomattavasti, ja siksi potilasta ohjataan seuraamaan ja tunnistamaan vajaatoiminnan merkkejä ja oireita. (Suositusluokka I, näytön aste C)

- Ohjaa potilasta ja/tai hänen läheistään tunnistamaan sydämen vajaatoiminnan vaikeutumisen oireet.
- Ohjaa potilasta punnitsemaan itsensä säännöllisesti, mieluiten päivittäin. Odottamattomat painon nousut (> 2kg:n painon nousu kolmessa päivässä) liittyvät usein sydämen vajaatoiminnan vaikeutumiseen ja nesteiden kertymiseen (22).
- Ohjaa potilasta ja/tai hänen läheistään toimimaan oireiden vaikeutuessa asianmukaisesti, kuten nostamaan hänelle määrättyä nesteenpoistolääkkeen annosta lääkärin ohjeiden mukaisesti ja/tai ottamaan yhteyttä terveydenhuollon ammattilaiseen (23).
- Kerro potilaalle, että sydämen vajaatoiminnan vaikeutuminen voi tapahtua myös ilman painon nousua (24).
- Ohjaa potilaalle sydämen vajaatoiminnan oireiden hoito matkustettaessa. Kerro että oireet voivat pahentua korkeissa ilmanaloissa (> 1500 m) sekä hyvin kuumissa ja kosteissa matkakohteissa. Ohjaa myös, että yleensä lentomatkustus on parempi pitkillä matkoille verrattuna muihin matkustustapoihin.

3. Potilasta ohjataan toteuttamaan yksilöllistä lääkehoitoaan, seuraamaan sen vaikutuksia ja tavallisimpia sivuvaikutuksia sekä annostelevaan joustavasti nesteenpoistolääkitystään. (Suositusluokka I, näytön aste C)

- Ohjaa potilasta lääkehoidon vaikutuksista, sivuvaikutuksista ja kuinka lääkitystä tulee toteuttaa. Huomioi potilaan kognitiiviset kyvyt ohjauksessa (25). Varmista, että potilas ymmärtää lääkehoidon hyödyllisten vaikutusten tulevan esille hitaasti ja sivuvaikutusten olevan usein ohimeneviä.
- Ohjaa kuinka potilas voi itsenäisesti tai omaisen tai kotihoidon tuella lisätä nesteenpoistolääkitystään oireidensa ja nestetasapainonsa perusteella ennalta määrätyn annostuksen mukaisesti. Kerro potilaalle nestehukan vaarasta liiallisen nesteenpoistolääkkeen käytön yhteydessä, ja milloin hänen pitää ottaa yhteyttä omaan hoitajaan tai lääkäriin.

4. Potilasta ohjataan elintavoista, jotka vähentävät sydänsairauksien riskiä: ylipainon vähentäminen (Suositusluokka IIa, näytön aste C),
tahaton laihtuminen (Suositusluokka I, näytön aste C),
tupakoinnin lopettaminen (Suositusluokka I, näytön aste C),
alkoholin vähentäminen (Suositusluokka IIa, näytön aste C).

- Ohjaa ylipainoista (painoindeksi > 30 kg/m²) sydämen vajaatoimintapotilasta painonhallinnassa sydämen vajaatoiminnan etenemisen ehkäisemiseksi, oireiden vähentämiseksi ja hyvinvoinnin lisäämiseksi.
- Painonhallintaa ei ohjata rutiininomaisesti kohtalaisessa ja vaikeassa sydämen vajaatoiminnassa, sillä sydämen vajaatoiminnan patofysiologiaan liittyy usein tahaton laihtuminen. Sydänkakeksia (laihtuminen viimeisen 6 kuukauden aikana on > 6 % aikaisemmin vakaasta painosta ilman näyttöä nesteen kertymisestä) huonontaa sairauden ennustetta (26, 27).
- Ohjaa, tue ja motivoi tupakoivaa potilasta tupakoinnin lopettamiseen, koska tupakointi on sydänsairauksien yleinen riskitekijä ja tupakoinnin lopettaminen vähentää sairastuvuutta ja kuolleisuutta (28, 29).
- Jos potilas käyttää runsaasti alkoholia, ohjaa potilasta nauttimaan alkoholia korkeintaan 10-20g/vuorokausi (1-2 viinilasia/vuorokausi). Kerro potilaalle käyttöön liittyvästä verenpaineen ja rytmihäiriöriskin noususta sekä nesteen kertymisestä elimistöön. Ohjaa täydellinen alkoholista pidättäytyminen potilaalle, jolla epäillään alkoholin aiheuttamaa kardiomyopatiaa (Suositusluokka I, näytön aste C) (30).

5. Ruokavaliolla voidaan edistää sydämen vajaatoiminnan oireiden hallintaa. Potilasta ohjataan suolan (Suositusluokka IIa, näytön aste C) **ja nesteiden käyttöön liittyvistä asioista** (Suositusluokka IIb, näytön aste C).

- Ohjaa oireiselle potilaalle suolarajoitus, jolla pyritään vähentämään nesteen kertymistä elimistöön. Kerro potilaalle liiallisen suolan nauttimisen välttämisestä ja tavallisimpien elintarvikkeiden suolapitoisuudesta.
- Ohjaa vaikeaoireiselle ja erityisesti hyponatremiselle potilaalle nesterajoitus (1,5-2 l/vuorokausi). Jos potilaan oireet ovat lieviä tai kohtalaisia, nesterajoituksen rutiininomaisesta ohjauksesta ei ole hyötyä. (31).

6. Liikuntaharjoittelun ohjauksesta hyötyvät kaikki sydämen vajaatoimintapotilaat. (Suositusluokka I, näytön aste A) **Potilasta ohjataan liikkumaan säännöllisesti, koska vähäinen liikkuminen voi johtaa sydämen vajaatoiminnan etenemiseen.** (Suositusluokka I, näytön aste B)

- Ohjaa potilasta säännölliseen, aluksi valvotusti suoritettuun lihasvoima- tai kestävyysharjoitteluun. Kerro potilaalle, että liikuntaharjoittelu vaikuttaa myönteisesti lihasvoimaan, autonomiseen hermostoon, verisuoniston toimintaan ja solujen aineenvaihduntaan. Kerro potilaalle, että vähäinen liikkuminen voi olla yhteydessä sydämen vajaatoiminnan etenemiseen (32) ja että liikuntaharjoittelu vähentää kuolleisuutta ja sairaalahoitoa sekä parantaa suorituskykyä ja terveyteen liittyvää elämänlaatua. (33, 34, 35, 36, 37)
- Kerro potilaalle, että liikuntaharjoittelu on yhtä vaikuttavaa sekä sairaalassa että kotona suoritettuna.
- Motivoi potilasta liikuntaharjoitteluun myös sydäntapahtuman tai sydämen vajaatoiminnan huononemismuutoksen jälkeen.
- Asettakaa liikuntaharjoittelulle potilaan kanssa yhdessä yksilölliset tavoitteet. Liikunnan tulee olla säännöllistä (vähintään 30 min 5 päivänä viikossa) tapahtuvaa ja sisältää monipuolisesti eri liikuntamuotoja (Barbour KA & Miller NH. Adherence to exercise training in heart failure: a review. Heart Failure Reviews 2008; 13, 81–89).

7. Uneen liittyvät hengityshäiriöt ovat sydämen vajaatoiminnassa tavallisia ja saattavat huonontaa sairauden ennustetta. **Potilasta ohjataan uniongelmien tunnistamisessa ja uniongelmia lisäävien riskitekijöiden vähentämisessä: painonhallinta, tupakoinnin lopettaminen ja alkoholista pidättäytyminen** (Suositusluokka I, C).

- Ohjaa oireista potilasta uneen liittyvistä hengityshäiriöistä (sentraalinen ja obstruktiivinen uniapnea). Kerro, että hengityshäiriöt ovat tavallisia, ja ne saattavat lisätä sairastuvuutta ja kuolleisuutta (38).
- Ohjaa vakavasti ylipainoista potilasta uniongelmia lisäävien riskitekijöiden vähentämiseen: painonhallintaan, tupakoinnin lopettamiseen ja alkoholin käytöstä pidättäytymiseen.
- Ohjaa potilas hakeutumaan jatkotutkimuksiin ja jatkuvan positiivisen ilmanpaineen (CPAP) aloituksen harkintaan, mikäli hänellä epäillään uneen liittyviä hengityshäiriöitä (Suositusluokka IIa, näytön aste C) (39)

8. Seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat ovat tavallisia sydämen vajaatoimintapotilailla. Potilasta ohjataan yksilöllisesti seksuaalisuuteen vaikuttavista tekijöistä (Suositusluokka I, näytön aste C).

- Ohjaa yksilöllisesti sekä nais- että miespotilasta sydämen vajaatoimintaan ja sen lääkehoitoon (beetasalpaajat) sekä psyykkisiin tekijöihin kuten väsymykseen ja masentuneisuuteen liittyvistä seksuaalisista ongelmista.
- Kerro NYHA III-IV luokan potilasta seksuaalisen aktiivisuuden mahdollisesti lisäävän sydämen vajaatoiminnan oireita, kuten hengenahdistusta, tykytyksiä tai rintakipua. Kerro, että seksuaalisen aktiivisuuden aikana oireita harvoin esiintyy potilailla, jotka eivät koe niitä raskautasoltaan kohtalaisessa liikunnassa (40).
- Ohjaa potilaalle tarvittaessa seksuaalisen aktiivisuuden aikaisen hengenahdistuksen ja rintakivun ehkäisyyn kielenalaisen nitroglyseriinin käyttöä.
- Fosfodiesteriini 5:n (PDE5) estäjät (esim. sildenafili) vähentävät pulmonaalipainetta, mutta niiden käyttöä ei suositella pitkälle edenneitä sydämen vajaatoimintaa sairastavalle potilaalle. Niitä ei tule myöskään käyttää yhdessä nitraattivalmisteiden kanssa (Suositusluokka III, näytön aste B).

- Ohjaa naispotilasta keskustelemaan ehkäisyn ja raskauden suunnittelusta lääkärin kanssa. Kerro, että raskaus saattaa vaikeuttaa sydämen vajaatoiminnan oireita, sekä että monia sydämen vajaatoiminnan lääkkeitä ei voi käyttää raskauden aikana.

9. Influenssa voi huonontaa sydämen vajaatoiminnan oireita. Oireista potilasta ohjataan ottamaan vuosittain influenssarokotus (sekä tarvittaessa pneumokokkrokotus), jos rokotukselle ei ole estettä. (Suositusluokka IIa, näytön aste C)

- Ohjaa oireista potilasta hankkimaan influenssarokote vuosittain ja pneumokokkrokotus tarvittaessa (41).

10. Masennus on yleistä sydämen vajaatoimintaa sairastavilla, ja se lisää näiden potilaiden sairastuvuutta ja kuolleisuutta. Potilasta ohjataan tunnistamaan masennuksen oireita (Suositusluokka IIa, näytön aste C).

- Ohjaa potilas tunnistamaan masennuksen oireita, koska sydämen vajaatoimintapotilaista 20 %:lla on kliinisesti merkittävä masennus ja edenneessä sydämen vajaatoiminnassa sekä herkillä mittareilla mitattuna se saattaa olla vielä yleisempää (42).
- Ohjaa asianmukaiseen masennuksen seulontaan ja lääkehoidon tarpeen arviointiin potilas, jolla on masennukseen viittaavia oireita.

HOITOTYÖN SUOSITUKSEN KÄYTTÖNOTTO

Sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjauksen on todettu olevan ohjausmenetelmällisesti vaikuttavaa silloin, kun ohjaus on yksilöllistä (face-to-face), yksilön oppimistarpeista lähtevää, käytetään monipuolisia havainnollistamiskeinoja ja ohjaustapahtumia on useita (43).

Tämän hoitotyön suosituksen käyttöönotto yhtenäistää sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon ohjauksen sisältöjä näyttöön perustuviksi ja lisää ohjauksen painoarvoa osana vajaatoimintapotilaiden kokonaisuhoitoa. Suurin tarve tällaisille käytännönläheisille, ajantasaisen ja keskeisen tiedon sisältävälle hoitotyön suositukselle on siellä, mistä puuttuu erityistietämystä ja missä ei ole mahdollista käyttää aikaa aiheen syvälliseen perehtymiseen. Omahoidon ohjauksen sisältöjen yhdenmukaistaminen mahdollistaa terveydenhuollon ammattilaisille ohjauksen muodostumisen jatkumoksi läpi koko potilaan hoitoketjun jokaiselle hoidon porrastuksen tasolle perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon. Suositusta voidaan hyödyntää lisäksi hoidon ohjauksen opetuksessa koulutettaessa tulevia terveydenhuollon ammattilaisia.

Hoitotyön suosituksen käyttöönotto vaatii tiedottamista ja kouluttamista sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Vajaatoimintahoitajat ovat keskeisiä asiantuntijoita vajaatoimintapotilaiden ohjaamisessa ja hoitotyön suosituksen viemisessä käytännön hoitotyöhön. Sairaanhoitopiireissä tulisi järjestää alueellisia koulutuksia eri terveyden- ja sosiaalihuollon henkilöstölle, jotta hoitotyön suositusta aletaan hyödyntää sydämen vajaatoimintapotilaiden omahoidon ohjauksessa koko terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Koulutuksen lisäksi sairaanhoitopiireissä käytössä olevat sydämen vajaatoimintapotilaan ohjausmallit ja potilasohjeet tulisi päivittää sisällöllisesti vastaamaan tätä hoitotyön suositusta.

LÄHTEET

1. Kelan sairastilasto 2009. Suomen virallinen tilasto. Kansaneläkelaitos. [www-dokumentti]. Elokuu 2010 [haettu 14.3.2011]
[http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Sava_09_pdf/\\$File/Sava_09.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Sava_09_pdf/$File/Sava_09.pdf?OpenElement)
2. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *European Heart Journal* 10, 1093, 1-55.
3. Yu DSF, Thompson DR & Lee DTF. 2006. Disease management programmes for older people with heart failure: crucial characteristics which improve post-discharge outcomes. *European Heart Journal* 27, 596-612.
4. Boren SA Wakefield BJ Gunlock TL & Wakefield DS. 2009. Heart failure self-management education: a systematic review of evidence. *International Journal of Evidence-based Health Care* 7, 159-168.
5. Jungers CY, Hoke L, Byrnes J & Riegel B. 2009. Why do elders delay responding to heart failure symptoms? *Nursing Research* 58, 274-282.
6. Barnes S, Gott M, Payne S, Seemark D, Parker C, Gariballa S & Small N. 2006. Communication in heart failure: perspectives from older people and primary care professionals. *Health and Social Care in the Community* 14, 482-490.
7. Welstand J, Carson A & Rutherford P. 2009. Living with heart failure: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies* 46, 1374-1385.
8. Dickson VV & Riegel B. 2009. Are we teaching what patients need to know? Building skills in heart failure self-care. *Heart Lung* 38, 253-261.
9. Wolfe R, Worrall-Carter L, Foister K, Kekes N & Howe V. 2006. Assessment of cognitive function in heart failure patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 5, 158-164.
10. Vogels RLC, Sheltens P, Schroeder-Tanka JM & Weinstein HC. 2007. Cognitive impairment in heart failure: A systematic review of the literature. *European Journal of Heart Failure* 9, 440-449.
11. Clark JC & Lan VM. 2004. Heart failure patient learning needs after hospital discharge. *Applied Nursing Research* 17, 150-157.
12. Albert NM, Collier S, Sumodi V, Wilkinson S, Hammel JP, Vopat L, Willis C & Bittel B. 2002. Nurses' knowledge of heart failure education principles. *Heart & Lung* 3, 102-112.
13. Washburn SC, Hornberger CA. 2008. Nurse educator guidelines for the management of heart failure. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 39, 263-267.
14. Jaarsma T, Strömberg A, Mårtensson J, Dracup K. 2003. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *European Journal of Heart Failure* 5, 363-370.
15. Moser DK & Watkins JF. 2008. Conceptualizing self-care in heart failure. A life course model of patient characteristics. *Journal of Cardiovascular Nursing* 23, 205-218.
16. Ditegwig J, Blok H, Havers J & van Veenendaal H. 2010. Effectiveness of self-management interventions on mortality, hospital readmissions, chronic heart failure hospitalization rate and quality of life in patients with chronic heart failure: A systematic review. *Patient Education and Counselling* 78, 297-315.
17. Wilde MH & Garvin S. 2007. A concept analysis of self-monitoring. *Journal of Advanced Nursing* 57, 339-350.

ESC (2008) hoitosuosituksen perustana olevat artikkelit

18. Evangelista LS, Dracup K. 2000. A closer look at compliance research in heart failure patients in the last decade. *Progress in Cardiovascular Nursing* 15, 97-103.
19. van der Wahl MH, Jaarsma T, van Veldhuisen DJ. 2005. Non-compliance in patients with heart failure; how can we manage it? *European Journal of Heart Failure* 7, 5-17.
20. Lainscak M, Cleland J, Lenzen MJ. 2007. Recall of lifestyle advice in patients recently hospitalised with heart failure: a EuroHeart Failure Survey analysis. *European Journal of Heart Failure* 9, 1095-1103.
21. Sabate E. 2003. *Adherence to Long-term Therapies. Evidence for Action*. Geneva: WHO.
22. Ekman I, Cleland JG, Swedberg K, Charlesworth A, Metra M, Poole-Wilson PA. 2005. Symptoms in patients with heart failure are prognostic predictors: insights from COMET. *Journal of Cardiac Failure* 11, 288-292.
23. Patel H, Shafazand M, Schaufelberger M, Ekman I. 2007. Reasons for seeking acute care in chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure* 7, 702-708.
24. Lewin J, Ledwidge M, O'Loughlin C, McNally C, McDonald K. 2005. Clinical deterioration in established heart failure: what is the value of BNP and weight gain in aiding diagnosis? *European Journal of Heart Failure* 7, 953-957.
25. Stromberg A. 2005. The crucial role of patient education in heart failure. *European Journal of Heart Failure* 7, 363-369.
26. Anker SD, Negassa A, Coats AJ, Afzal R, Poole-Wilson PA, Cohn JN, Yusuf S. 2003. Prognostic importance of weight loss in chronic heart failure and the effect of treatment with angiotensin-converting-enzyme inhibitors: an observational study. *Lancet* 361, 1077-1083.
27. Anker SD, Ponikowski P, Varney S, Chua TP, Clark AL, Webb-Peploe KM, Harrington D, Kox WJ, Poole-Wilson PA, Coats AJ. 1997. Wasting as independent risk factor for mortality in chronic heart failure. *Lancet* 349, 1050-1053.
28. Evangelista LS, Doering LV, Dracup K. 2000. Usefulness of a history of tobacco and alcohol use in predicting multiple heart failure readmissions among veterans. *American Journal of Cardiology* 86,1339-1342.
29. Suskin N, Sheth T, Negassa A, Yusuf S. 2001. Relationship of current and past smoking to mortality and morbidity in patients with left ventricular dysfunction. *Journal of the American College of Cardiology* 37, 1677-1684.
30. Nicholas JM, Fernandez-Sola J, Estruch R, Pare JC, Sacanella E, Urbano-Marquez A, Rubin E. 2002. The effect of controlled drinking in alcoholic cardiomyopathy. *Annals of Internal Medicine* 136, 192-200.
31. Travers B, O'Loughlin C, Murphy NF, Ryder M, Conlon C, Ledwidge M, McDonald K. 2007. Fluid restriction in the management of decompensated heart failure: no impact on time to clinical stability. *Journal of Cardiac Failure* 13, 128-132.
32. Graham I, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, Dallongeville J, De Backer G, Ebrahim S, Gjelsvik B, Herrmann-Lingen C, Hoes A, Humphries S, Knapton M, Perk J, Priori SG, Pyorala K, Reiner Z, Ruilope L, Sans-Menendez S, Scholte op Reimer W, Weissberg P, Wood D, Yarnell J, Zamorano JL, Walma E, Fitzgerald T, Cooney MT, Dudina A, Vahanian A, Camm J, De Catherina R, Dean V, Dickstein K, Funck-Brentano C, Filppatos G, Hellems I, Kristensen SD, McGregor K, Sechtem U, Silber S, Tendera M, Widimsky P, Zamorano JL, Hellems I, Altnier A, Bonora E, Durrington PN, Fagard R, Giampaoli S, Hemingway H, Hakansson J, Kjeldsen SE, Larsen ML, Mancia G, Manolis AJ, Orth-Gomer K, Pedersen T, Rayner m, Ryden L, Sammut M, Schneiderman N, Stalenhoef AF, Tokgozoglul, Wiklund O, Zampelas A. 2007. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. *European Heart Journal*, 28, 2375-2414.
33. Piepoli MF, Flather M, Coats AJ. 1998. Overview of studies of exercise training in chronic heart failure: the need for a prospective randomized multicentre European trial. *European Heart Journal* 19, 830-841.

34. Smart N, Marwick TH. 2004. Exercise training for patients with heart failure: a systematic review of factors that improve mortality and morbidity. *American Journal of Medicine* 116, 693-706.
35. Recommendations for exercise training in chronic heart failure patients. 2001. *European Heart Journal* 22, 125-135.
36. Piepoli MF, Davos C, Francis DP, Coats AJ. 2004. Exercise training meta-analysis of trials in patients with chronic heart failure (ExTraMATCH). *British Medical Journal* 328, 189.
37. Rees K, Taylor RS, Singh S, Coats AJ, Ebrahim S. 2004. Exercise based rehabilitation for heart failure. *Cochrane Database Systematic Review* 3: CD003331.
38. Corra U, Pistono M, Mezzani A, Braghiroli A, Giordano A, Lanfranchi P, Bosimini E, Gnemmi M, Gianuzzi P. 2006. Sleep and exertional periodic breathing in chronic heart failure: prognostic importance and interdependence. *Circulation* 113, 44-50.
39. Naughton MT. 2005. The link between obstructive sleep apnea and heart failure: underappreciated opportunity for treatment. *Current Cardiology Reports* 7, 211-215.
40. Kostis JB, Jackson G, Rosen R, Barrett-Connor E, Billups K, Burnett AL, Carson CR, Cheitlin M, DeBusk RF, Fonseca V, Ganz P, Goldstein I, Guay A, Hatzichristou D, Hollander JE, Hutter A, Katz SD, Kloner RA, Mittleman M, Montorsi F, Montorsi P, Nehra A, Sadovsky R, Shabsigh R. 2005. Sexual dysfunction and cardiac risk (the Second Princeton Concensus Conference). *American Journal of Cardiology* 26, 85M-93M.
41. Nichol KL, Nordin J, Mullooly J, Lask R, Fillbrandt K, Iwane M. 2003. Influenza vaccination and reduction in hospitalizations for cardiac disease and stroke among elderly. *The New England Journal of Medicine* 348, 1322-1332.
42. Rutledge T, Reis VA, Linke SE, Greenberg BH, Mills PJ. 2006. Depression in heart failure a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *Journal of the American College of Cardiology* 48, 1527-1537.
43. Fredericks S, Beanlands H, Spalding K & Da Silva M. 2010. Effects of the characteristics of teaching on the outcomes of heart failure patient education interventions: A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 9, 30-37.