

# SYDÄMEN VAJAATOIMINTAPOTILAAN SAATTOHOIDON ERITYISPIIRTEET

Opas Kuusamon akuuttiosaston hoitotyöntekijöille

Kuusamon terveyskeskus, akuuttiosasto

Huovinen Veli-Pekka  
Kyrö Tiia

Opinnäytetyö

Hoitotyön koulutus  
Sairaanhoitaja (AMK)

2023

Hoitotyön koulutus  
Sairaanhoitaja (AMK)

---

<b>Tekijät</b>	Veli-Pekka Huovinen Tiia Kyrö	<b>Vuosi</b>	2023
<b>Ohjaaja</b>	Susanna Kantola		
<b>Toimeksiantaja</b>	Kuusamon Terveyskeskus, Akuuttiosasto		
<b>Työn nimi</b>	Sydämen vajaatoimintapotilaan saattohoidon erityispiirteet – Opas Kuusamon akuuttiosaston hoitotyöntekijöille		
<b>Sivumäärä</b>	54 + 34		

---

Sydän- ja verisuonisairaudet ovat yleisin kuolinsyy Suomessa, mutta monet saattohoidon ohjeistukset ovat kuitenkin keskittyneet syöpäsairauksien aiheuttamien elämän loppuvaiheen oireiden hoitoon. Sydämen vajaatoimintapotilaista jopa 60% kuolee viiden vuoden sisällä sairautensa toteamisesta ja heistä suurin osa tarvitsee elämänsä loppuvaiheessa palliatiivista hoitoa sekä saattohoitoa. Halusimmekin opinnäytetyönämme edistää tietoutta myös muiden kuolemaan johtavien sairauksien kuin syöpäsairauksien saattohoidosta.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on laatia opas sydämen vajaatoimintapotilaan saattohoidon erityispiirteistä Kuusamon terveyskeskuksen akuuttiosaston henkilökunnan käyttöön. Opinnäytetyömme tavoitteena on lisätä sekä opinnäytetyön tekijöiden että akuuttiosaston henkilökunnan tietoisuutta hyvästä sydämen vajaatoimintapotilaan saattohoidosta sekä mahdollistaa heille tutkittuun tietoon perustuvien menetelmien käyttöä sydämen vajaatoimintapotilaan hoitotyössä.

Laadimme kaksi erilaista versiota oppaasta akuuttiosaston henkilökunnan käyttöön; pidemmän oppaan, jossa käsittelemme myös yleisesti kuolevan potilaan saattohoidon aikana kokemia oireita ja oireiden hoitoa sekä lyhyemmän oppaan, jossa keskityimme enemmän kertomaan sydämen vajaatoimintapotilaan tyypillisimmistä oireista sekä oireiden hoidosta. Akuuttiosasto voi jatkossa käyttää oppaita työntekijöiden sekä opiskelijoiden perehdyttämiseen tai esimerkiksi osana laajempaa saattohoidon perehdytysmateriaaliaan.

<b>Avainsanat</b>	Palliatiivinen hoito, saattohoito, sydämen vajaatoiminta, hengenahdistus, kipu
<b>Muita tietoja</b>	Työhön liittyy toimeksiantajalle laadittu opas sydämen vajaatoimintapotilaan saattohoidon erityispiirteistä

Bachelor of Health Care  
Registered Nurse

<b>Authors</b>	Veli-Pekka Huovinen	<b>Year</b>	2023
<b>Supervisor</b>	Tiia Kyrö		
<b>Commissioned by</b>	Susanna Kantola		
<b>Title</b>	Kuusamo health center, acute ward Unique characteristics of heart failure patients' end of life care - A guide to Kuusamo health center acute ward nursing staff		
<b>Number of pages</b>	XX + X		

Cardiovascular diseases are the most common cause of deaths in Finland, but many end-of-life care guides are focused on nursing of cancer patients' end of life symptoms. Up to 60% of heart failure patients die within five years from diagnosis of their condition and most of them need palliative and hospice care. In this thesis, the starting point was to increase awareness of other than cancer related diseases' hospice care.

The purpose of this thesis was to make a guide for the Kuusamo health center acute ward nursing staff about the unique characteristics of heart failure patients' end of life care. The aim of this thesis is to increase awareness of both acute ward nursing staff and the authors of this thesis high-quality nursing methods in heart failure patients' hospice care and to promote the usage of evidence-based methods in hospice care of heart failure patients.

Two different versions of the guide were made in this thesis process; a longer version in which end-of-life symptoms and nursing of all dying patients are addressed and a shorter one where the focus is on symptoms and nursing of heart failure patients in hospice care. The commissioner of this study may use the guides for the orientation of employees and students or as a part of its broader hospice care orientation material.

<b>Keywords</b>	palliative treatment, terminal care, pain, dyspnea, heart failure
<b>Special remarks</b>	the thesis includes a guide about unique characteristics of heart failure patients' end of life care.

Bachelor of Health Care  
Nurse

SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	6
2 SYDÄMEN VAJAATOIMINTA.....	8
3 PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO .....	12
3.1 Palliatiivisen hoidon määritelmä.....	12
3.2 Saattohoidon määritelmä.....	12
3.3 Saattohoitopäätös.....	13
3.4 Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma .....	14
3.5 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen järjestämismalli ..	15
3.6 Toimintakykyä ylläpitävä työote .....	16
4 KUOLEVAN POTILAAN TYYPILLISET OIREET JA HOITOTYÖ .....	18
4.1 Oireiden arviointi.....	18
4.2 Suun alueen ongelmat ja hikka.....	19
4.3 Ummetus ja ripuli .....	21
4.4 Virtsaumpi ja virtsankarkailu .....	22
4.5 Väsymys, kuivuminen, kuihtuminen.....	24
4.6 Pahoinvointi ja oksentelu .....	27
4.7 Keskushermosto-oireet.....	27
4.8 Iho-oireet.....	28
5 SYDÄMEN VAJAATOIMINTAPOTILAAN SAATTOHOIDON ERITYISPIIRTEET .....	33
5.1 Hengitystieoireet sekä niiden hoitotyö .....	33
5.2 Turvotukset ja niiden hoitokeinot .....	41
5.3 Kipu ja kivun hoitokeinot .....	41
5.4 Palliatiivinen sedaatio .....	43
5.5 Lääkehoidon sopeuttaminen.....	45
5.6 Tahdistinpotilaan palliatiivinen hoitotyö.....	47
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	48
7 MENETELMÄLLINEN TOTEUTUS.....	49

7.1	Toimeksiantajan kuvaus .....	49
7.2	Toiminnallinen opinnäytetyö .....	49
7.3	Opinnäytetyön eteneminen vaiheittain .....	50
8	OPINNÄYTETYÖN TUOTOS .....	52
9	POHDINTA .....	54
9.1	Eettiset lähtökohdat ja luotettavuuden tarkastelu.....	54
9.2	Oman ammatillisen kasvun pohdinta .....	55
9.3	Jatkokehittämisaiheet .....	57
	LÄHTEET .....	58
	LIITTEET .....	66

## 1 JOHDANTO

Vuonna 2020 Suomessa kuoli 55498 ihmistä, joista erilaisiin verenkiertoelimien sairauksiin 18496. Verenkiertoelimien sairaudet olivatkin suurin tilastoituihin kuolinsyihin, erilaisten kasvainten ja syöpien ollessa 13 411 tilastoidulla kuolemantapauksella toiseksi yleisin kuolinsyy. (SVT 2020.) Palliatiivinen hoito sekä saattohoito yhdistetään hyvin usein syöpäpotilaisiin, mutta arviolta 60 % palliatiivisen hoidon tarvitsijoista on muita kuin syöpäpotilaita (Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio 2018, 8). On arvioitu, että noin puolet sydämen systolista vajaatoimintaa sairastavista kuolee viiden vuoden kuluessa vajaatoiminnan toteutamisesta. Kuuden viimeisen elinkuukauden aikana potilaat ovat keskimäärin jopa neljäsosan ajasta sairaalahoitossa. (Saarto ym. 2018, 206.)

Näistä luvuista voidaan päätellä, että iso osa sydämen vajaatoimintapotilaista tulee olemaan palliatiivisen hoidon piirissä viimeisten elinvuosiensa aikana sekä tarvitsemaan eri tavoin toteutettua saattohoitoa elämänsä loppuvaiheessa. Palliatiiviseen sekä saattohoitoon siirtyminen usein myös viivästyy muilla kuin syöpää sairastavilla potilailla (Saarto 2023). Opinnäytetyössämme halusimme paneutua sydämen vajaatoimintaan ja sydämen vajaatoimintaa sairastavien elämän loppuvaiheessa pääasiallisesti ilmeneviin oireisiin ja niiden hoitoon sekä tuottaa näistä oppaan hoitohenkilökunnan käyttöön.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on laatia opas sydämen vajaatoimintapotilaan saattohoidon erityispiirteistä Kuusamon terveyskeskuksen akuuttiosaston henkilökunnan käyttöön. Opinnäytetyömme tavoitteena on lisätä sekä opinnäytetyön tekijöiden että akuuttiosaston henkilökunnan tietoisuutta hyvästä sydämen vajaatoimintapotilaan saattohoidosta sekä mahdollistaa heille tutkittuun tietoon perustuvien menetelmien käyttöä sydämen vajaatoimintapotilaan hoitotyössä

Opinnäytetyötä tehdessämme perehdyimme laajemmin myös kuolevan potilaan muihin oireisiin, jotta ymmärtäisimme kuolevan potilaan hoitoa kokonaisuutena. Tämä antoi meille paremmat lähtökohdat erotella sydämen vajaatoimintapotilaalle ominaiset oireet muiden kuolemaan johtavien tilanteiden joukosta.

Opinnäytetyö tehtiin Kuusamon terveyskeskuksen akuuttiosaston toimeksiannon perusteella. Akuuttiosasto on 34-paikkainen osasto, jolla hoidetaan akuuttia hoitoa tarvitsevia potilaita, tutkimus-, seuranta- ja jatkohoitopotilaita sekä syöpä- ja saattohoitopotilaita ja osastolla hoidetaan sydämen vajaatoimintaa sairastavia potilaita heidän elämänsä loppuvaiheessa.

## 2 SYDÄMEN VAJAATOIMINTA

Sydän pumpppaa hapekasta verta verenkiertoon noin viisi litraa minuutissa ja on verenkierron tärkein osa. Pumpaustoiminnalle tärkeitä sydämen osia ovat sydänlihas, läpät, sydämen oma verenkierto sepelvaltimoissa sekä sydämen sähköinen järjestelmä. Näissä tärkeissä rakenteissa esimerkiksi hapenpuutteesta, virustulehduksesta tai vaikka esimerkiksi kohonneesta verenpaineesta aiheutuvat vauriot aiheuttavat sydämen toimintaan muutoksia. (Mäkijärvi 2011, 8-9.) Vaurioituneet sydänlihassolut korvautuvat arpikudoksella, joka ei osallistu supistumistoimintaan ja vaurion edetessä sydämen toiminta heikentyy (Lommi 2011b, 303–304).

Sydämen vajaatoiminta jaetaan diastoliseen ja systoliseen vajaatoimintaan. Diastolisen eli vasemman kammion täyttymisvaiheen vajaatoiminnassa kammion supistuminen on normaalia, mutta sydän laajenee ja täyttyy huonommin sydänlihaksen ollessa jäykempi. Systolisen eli vasemman kammion supistumisvaiheen häiriössä sydänlihaksen supistumisvoima on heikentynyt etenkin vasemman kammion alueella, eikä sydän tällöin jaksakaan pumpata verta tehokkaasti eteenpäin. (Ahonen ym. 2020, 238.) Sydämen vajaatoiminta jaetaan myös akuuttiin ja krooniseen, tässä työssä olemme keskittyneet krooniseen vajaatoimintaan. Akuuttiin sydämen vajaatoimintaan sairastuneista huomattavalle osalle vajaatoiminta jää krooniseksi (Lommi 2011a, 311).

Sydämen vajaatoiminta ei ole yksittäinen sairaus vaan oireyhtymä, jonka aiheuttaa aina jokin muu sydäntä sekä verenkiertoelimistöä kuormittava sairaus (Ahonen ym. 2020, 237). Yleisimmät sydämen vajaatoimintaa aiheuttavat sairaudet ovat sepelvaltimotauti, kohonnut verenpaine, läppäviat sekä rytmihäiriöstä etenkin eteisvärinä (Tolppanen 2021). Sydämen vajaatoiminnassa sydämen pumppausteho heikkenee aiheuttaen hapenpuutetta kudoksissa sekä toimintahäiriöitä elinjärjestelmissä vaikeuttaen myös muiden sisäelinten toimintaa. Oireiden ilmaantuessa sydänsairaus on edennyt jo pitkälle. (Ahonen, ym. 2020, 237.)

Sydämen vajaatoiminnan oirekuva on hankala ja oireet heikentävät kokonaisvaltaisesti potilaan elämänlaatua niin fyysisellä kuin psyykkisellä tasolla. Oireiden



vaikeusasteen arvioinnissa käytetään NYHA I-IV-luokitusta. (Ahonen ym. 2020, 238–239.) Vaikeusasteen arvioinnissa voidaan käyttää myös vasemman kamion supistumisvireyttä kuvaavaa ejektiofraktioarvoa. Epäsuotuisaan ennusteesseen viittaavat verinäytteestä mitattavat proPNB- sekä Nt-ANP-arvot, jotka eivät normalisoidu tehokkaan hoidon aloittamisenkaan jälkeen. ProPNB ja Nt-ANP ovat peptidihormoneja, joita vapautuu vereen sydämen eteisten ja kammioiden kuormituksen ja paineen kasvamisen aiheuttaman seinämävenytyksen seurauksena. (Lommi 2011c, 306-308.)

Länsimaissa sydämen vajaatoimintaa pidetään yhtenä yleisimpänä sairastavuuden sekä kuolleisuuden aiheuttajana, jonka ajatellaan johtuvan siitä, että oireytymään ei ole suhtauduttu sillä vakavuudella mitä se olisi ansainnut vaikka sydämen vajaatoimintapotilaan ennuste on yhtä huono tai jopa huonompi kuin yleisimpien syöpäsairauksien. (Ahonen ym. 2020, 238–239.) Arviolta noin puolet sydämen systolista vajaatoimintaa sairastavista kuolee viiden vuoden kuluessa diagnoosin saamisesta, diastolisen vajaatoiminnan ennuste on hieman parempi. (Mustonen 2018, 206–207.) NYHA IV-luokan eli vaikeinta sydämen vajaatoimintaa sairastavista arviolta 30-50% menehtyy ensimmäisen vuoden aikana siitä, kun potilas on saanut diagnoosin (Lommi 2011c, 305). On arvioitu, että kuuden viimeisen elinkuukautensa aikana potilaat ovat noin neljäsosan ajasta sairaalahoidossa. Sydämen vajaatoimintapotilaiden loppuvaiheen hoito koostuu lääkkeettömistä hoitokeinoista sekä lääkehoidosta. (Mustonen 2018, 206–207.)

Vajaatoiminnan vaikeutumisen yhteydessä voi ilmetä monenlaisia oireita, jotka kertovat verenkierron heikkenemisestä ja sydämen väsymisestä. Oireena voi ilmetä esimerkiksi voimakasta väsymistä rasituksen yhteydessä sekä tunnetta, että arkiaskareista selviytyminen vaatii yhä enemmän voimavaroja. (Partanen & Lommi 2011, 329.) Ahonen ym. (2020, 239) kuvaa potilailla esiintyvän myös mielialan laskua, alakuloa ja elämän mielekkyyden puuttumista. Myös Puolan väestöön suunnatussa tutkimuksessa (Moryś, Bellwon, Höfer, Rynkiewicz & Gruchala 2016) sydämen vajaatoimintapotilaista 40 % koki ahdistusta sekä 37.1 % totesi itsensä masentuneiksi sekä laajemmassa Ruotsalaiseen väestöön suunnatussa tutkimuksessa (Årestedt, Brännström, Evangelista, Strömberg & Alvariza 2021) 45.2 % sydämen vajaatoimintapotilaista koki ahdistusta viimeisen elinviikkonsa

aikana. Hoitamattomassa sydämen vajaatoiminnassa ilmenee yleensä elimistön omien kompensatiomekanismien aiheuttamaa sykkeen nousua, kun elimistö pyrkii sykettä nostamalla korjaamaan pumppausvajetta. Sykkeen nousu taas voi aiheuttaa rintakipuja ja huonoa oloa. (Partanen & Lommi 2011, 329.)

Yleisenä oireena vajaatoiminnan pahenemisesta on lisääntyvä hengenahdistus ilmaantuen ensin rasituksen yhteydessä, mutta tilanteen vaikeutuessa hengenahdistusta ilmenee myös levossa. Hengenahdistus johtuu keuhkoihin kertyvästä nesteestä, joka aiheuttaa potilailla usein myös kuivaa yskää. Usein myös potilaan paino nousee sekä potilaalle ilmenee turvotuksia nesteen kertyessä myös muualle elimistöön. Vatsaontelon alueelle kertyvä neste aiheuttaa monenlaista ruoansulatuskanavan oireilua kuten pahoinvointia, ruokahaluttomuutta sekä ummetusta. (Partanen & Lommi 2011, 330.)

Ruotsin väestöön kohdistuneessa tutkimuksessa koettujen hengenahdistusoireiden osuus jäi potilaiden viimeisen elinviikon ajalta yllättävänkin pieneksi 28.8 % osuudellaan, mutta osin tämä voi selittyä potilaiden ”tottumuksella” tilaansa ennen viimeisen elinviikon alkua (Årestedt ym. 2021). Toisaalta taas vanhemmassa ja pidempään hoitoaikaan keskittyneessä Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa hengenahdistusta koki 56.3 % potilaista ja yleistä ”energian puutetta” 66 % potilaista (Blinderman, Homel, Billings, Portenoy & Tennstedt. 2008). Kipua eri tutkimuksissa koki 64 – 75 % vajaatoimintapotilaista ja usein kipua luonnehdittiin myös aliarvioiduksi oireeksi sydämen vajaatoimintapotilaalla (Nordgren & Sörensen 2003; Evangelista, Sackett & Dracup 2008; Lee & Hwang 2022).

Mustonen (2015, 502) kuvaa teoksessa Palliatiivinen hoito esimerkkinä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueellisesti sovittua käytäntöä siitä, milloin sydämen vajaatoimintapotilaan kohdalla tulisi harkita palliatiiviseen hoitoon siirtymistä. Kuvatus käytännön mukaan palliatiiviseen hoitoon siirtymistä tulee harkita, mikäli potilaalla alkaa ilmetä toistuvia pahenemisvaiheita tehokkaasta hoidosta huolimatta ja potilas on rajattu sydämen siirron tai mekaanisen apupumppuhoidon ulkopuolelle. Palliatiivista hoitolinjaa tulee harkita myös, mikäli potilaan oireet ovat vai-

keusasteeltaan NYHA IV-luokkaa, ravitsemustilan heikentyminen etenee tai kokeneen erikoislääkärin potilaan kliinisen kuvan perusteella tekemän arvion ennuste on huono.

### 3 PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO

#### 3.1 Palliatiivisen hoidon määritelmä

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan oireenmukaista ja oireita lievittävää hoitoa (Käypä hoito -suositus 2019). Oireet voivat aiheutua itse sairaudesta, kivusta tai lääkehoidosta (Surakka, Mattila, Åsted-Kurki & Kaunonen 2015, 13). Palliatiivisella hoidolla kuvataan kokonaisvaltaista kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa etenevää sairautta sairastavan potilaan sekä hänen läheistensä aktiivista hoitoa (Käypä hoito -suositus 2019). Palliatiiviseen hoitolinjaan päädytään, kun sairaus on edennyt niin, että parannuskeinoja ei enää ole eikä taudin kulkuun pystytä merkittävästi enää vaikuttamaan (Saarto 2015, 10). Esimerkiksi sydämen vajaatoimintapotilaan kohdalla yhtenä palliatiiviseen hoitolinjaan siirtymisen kriteerinä pidetään sitä, että potilas on rajattu sydämensiirron ja sydämen apupumppuhoidon ulkopuolelle (Mustonen 2015, 501).

Palliatiivisen hoitolinjan hoitokeinot keskittyvät ehkäisemään ja lievittämään kärsimystä sekä pitämään yllä mahdollisimman hyvää elämänlaatua. Hoitolinjaus kattaa lääketieteellisesti hyödyttömien tai pelkästään kärsimystä lisäävien hoitojen välttämisen eli hoidon rajaamisen mutta sisältää asianmukaisen sekä oireenmukaisen hoidon tarjoamisen. (Käypä hoito -suositus 2019.) Palliatiivisessa hoidossa parantumattomasti sairaan ihmisen kuolema nähdään normaalina tapahtumana ja hoidon päätavoite on, että potilas pystyy elämään mahdollisimman vähillä oireilla ja mahdollisimman kivuttomana elämänsä loppuun saakka. Suhteessa kuolemaan palliatiivisella hoidolla ei ole ajallista määrettä ja se on käsitteenä laajempi kuin saattohoito. (Saarto 2015, 10.)

#### 3.2 Saattohoidon määritelmä

Saattohoito on osa palliatiivista hoitolinjaa ja ajoittuu yleensä oletetun kuoleman välittömään läheisyyteen, viimeisiin päiviin tai viikkoihin. Saattohoito kuuluu kaikille kuolemaan johtavaa sairautta sairastaville, oli diagnoosina mikä tahansa. Saattohoidon pääasiallisena tarkoituksena on parhaalla mahdollisella tavalla tukea ja hoitaa kuolevaa potilasta sekä hänen läheisiään. Kuolevana potilaana pi-

detään toimintakyvyltään merkittävästi heikentynyttä potilasta, jonka elintoimintojen hiipuesssa lähestyvän kuoleman merkit ovat nähtävissä. Siksi onkin tärkeää, että hoitohenkilökunta tunnistaa kuolevan potilaan, jotta hoitotoimenpiteet voidaan kohdistaa oikein mahdollisimman nopeasti ja esimerkiksi lääkitykseen tehtävät muutokset on tehtävä päivissä. (Saarto 2015, 10-11; Hänninen 2015c, 10-11.)

Kuoleman lähestyessä voidaan tarpeettomista laboratorio- sekä kuvantamistutkimuksista luopua eikä yleensä enää ole tarvetta monitoroida potilasta koneellisesti. Myös esimerkiksi nestelistat sekä saturaatioarvojen seuranta voidaan lopettaa. Potilasta tulisi pyrkiä hoitamaan kliinisten löydösten perusteella ja kaikkia ylimääräisiä toimenpiteitä välttää. Toimenpiteiden sijasta hoitamisen tulisi muuttua läsnäoloksi, keskusteluksi sekä ennen kaikkea kuunteluksi. Mittaustulosten sijaan kuolevalta potilaalta tulee arvioida säännöllisesti kipua, levottomuutta, hengitysteiden eritteitä, hengenahdistusta sekä pahoinvointia. (Korhonen & Poukka 2013.)

### 3.3 Saattohoitopäätös

Saattohoitopäätöksen tekeminen edellyttää, että potilaalla on diagnosoitu kuolemaan johtava sairaus sekä sen on nähty sen etenevän kohti kuolemaa (Hänninen 2015c, 11). Saattohoitopäätös on lääkärin tekemä hoitopäätös ja se sisältää myös elvyttämättäjäättämispäätöksen eli DNR-päätöksen. On tärkeää muistaa, ettei DNR-päätös sulje pois mitään muuta hoitoa kuin elvytyksen; muut hoitolinjat sekä -rajaukset tulee kirjata erikseen. (Käypä hoito -suositus 2019.) On myös muistettava, että saattohoitoon ei kuulu aktiivinen kuolemaan auttaminen. Saattohoitopäätöksellä autetaan myös potilaan läheisiä sopeutumaan lähestyvään kuolemaan. (Valvira 2020.)

Saattohoitopäätöksen tekemisen viivyttely voi johtaa siihen, että hoidossa keskitytään sairauden hoitamiseen, vaikka potilaan kuolema olisi jo lähellä. Tällöin kuoleva potilas ei ehdi hyötyä saattohoidosta ja kuolema voi tulla omaisille yllättäen, mikä voi vaikeuttaa heidän surutyötään. (Lehto 2015, 14.) Teoksessa Palliatiivinen hoito Hänninen (2015) kuvaa saattohoitopäätöksen tekoa usein vaikeammaksi kuin päätöstä siirtyä oireenmukaiseen hoitoon, sillä palliatiivisen hoidon

päätös ei ole ajallisesti sidottu lähestyvään kuolemaan niin kuin saattohoitopäätös on. Hänninen toteaa myös, että koska saattohoitopäätöksen tekeminen edellyttää sitä, että lähestyvä kuolema tunnistetaan, voi itse saattohoitopäätös jäädä tekemättä ja tehdään vain hoidon rajoituksia. (Hänninen 2015a, 257.) Hoitorajauksina potilaan hoidossa voidaan esimerkiksi rajata elvyttäminen, tehohoito, hoitolaitosiirrot, antibiootihoidot sekä ravitsemus- ja nestehoidot hoitotoimien ulkopuolelle (Lehto 2018, 9).

Elvytyskielto lienee yleisin hoidon raja. Elvytyskieltoa tehdessä potilaan sairaudet arvioidaan niin vaikeiksi, ettei potilaan tila todennäköisesti palaudu elvyttämisen jälkeen. Elvyttämisen mahdollinen hyöty arvioidaan myös kärsimyksen ja haittojen suhteen olemattomaksi. Esimerkiksi hengityksen tukihoidot tulee rajata erikseen potilaan hoitotoimien ulkopuolelle. Tärkeää on huomata, että saattohoitopäätös sisältää DNR-päätöksen, mutta DNR-päätös ei sisällä saattohoitopäätöstä. Hoitopaikkasiirtoihin tulee ottaa kantaa ennakoivassa hoitosuunnitelmassa, erityisesti mikäli kyseessä on muistisairas potilas. Sairaalsiirtojen rajaaminen edellyttää suunnitelmaa siitä, miten hoito toteutetaan potilaan omassa hoitoyksikössä saattohoitotilanteessa. Eli esimerkiksi on oltava lääkärinkonsultaatiomahdollisuus, henkilökunnalla tulee olla oirehoidon osaamista, yksiköstä tulee löytyä tarvittaessa oirelääkkeet ja kotisairaalan tuki olisi hyvä olla saatavilla. Mikrobilääkkeitä suositetaan yleensä vain, mikäli ne helpottavat oireita kuten esimerkiksi virtsatieinfektion hoidossa käytettävät antibiootit. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019.)

### 3.4 Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma

Elämän loppuvaiheen potilaille tulee laatia ennakoiva hoitosuunnitelma, jota päivitetään sairauden edetessä. Suunnitelma tehdään hoitoneuvottelussa läpi käytyjen asioiden perusteella yhdessä potilaan tai tarvittaessa hänen läheistensä kanssa. Hoitoneuvottelussa käydään läpi keskustelut ja kirjaukset sairauden vaiheesta, hoitomenetelmistä sekä mitä menetelmillä tavoitellaan, hoitolinjauksista, hoidon rajoituksista, hoidosta vastaavasta tahosta sekä potilaan toiveista ja peiloista sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä. Hoitoneuvottelussa yhteisymmärryksessä potilaan kanssa tehdyt päätökset auttavat potilasta ja hänen lä-

heisiään keskittymään potilaan oireiden helpottamiseen ja kuolemaan valmistautumiseen. Hoitoneuvotteluun osallistuneista, neuvottelussa käydyn keskustelun sisällöstä sekä tehdyistä hoitopäätöksistä tehdään merkinnät potilasasiakirjoihin. Hoitosuunnitelmaa tulee päivittää ja tarkentaa sairauden edetessä. (Valvira 2020.)

Mikäli potilas on laatinut hoitotahtdon, se on olennainen osa ennakoivaa hoitosuunnitelmaa. Hoitotahto on potilaan joko suullinen tai kirjallinen tahdon ilmaisu hoidostaan siltä varalta, ettei potilas enää pysty itse osallistumaan hoitoaan koskeviin päätöksiin. Hoitoon osallistuvien on noudatettava potilaan hoitotahtoa, mutta potilaan hoidon tulee olla lääketieteellisesti perusteltua. (Valvira 2020.) Elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman kirjaamisen tärkeyttä potilastietojärjestelmään ei voine liikaa korostaa, tällöin tieto välittyy esimerkiksi päivystyksiköihin sekä kaikille muille potilaan hoitoon osallistuville (Lehto ym. 2019).

### 3.5 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen järjestämismalli

Sosiaali- ja terveysministeriön asiantuntijaryhmän julkaisemassa raportissa (STM 2019) kuvataan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen järjestämismalli. Mallin mukaan Suomessa rakentuu palveluketju, jolla pyritään turvaamaan tasa-arvoinen sekä tarvelähtöinen hoitoon pääsy koko maassa. Palveluketjun lähtökohtana on, että jokaisella on oikeus asuinpaikasta riippumatta sairautensa ja hoidon tarpeensa edellyttämään, niin perustason kuin vaativan erityistasonkin palliatiiviseen hoitoon. (STM 2019.)

Kolmiportaaisen mallin perustason muodostavat kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt, joissa hoidetaan kuolevia potilaita eivätkä yksiköt kuuluu A-, B- tai C-tasoille. Perustason yksiköitä ovat esimerkiksi terveyskeskuksen vuodeosastot, tehostettu palveluasuminen tai muut ympärivuorokautista hoivaa tarjoavat loppuelämän hoivayksiköt. Perustasolla työskentelevien, saattohoitoa toteuttavien lääkäreiden sekä hoitajien tulee hallita palliatiivisen hoidon sekä saattohoidon perusteet. Heillä tulee olla myös riittävät tiedot ja taidot tehdä ja toteuttaa elämän loppuvaiheen ennakoivaa hoitosuunnitelmaa sekä lisäksi lääkäreiden tulee osata tehdä saattohoitopäätös. (STM 2019.)

A-tason yksiköitä ovat esimerkiksi terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosasto, joissa saattohoito on yksi perustehtävä muun toiminnan ohella ja yksikössä on kehitetty saattohoitotoimintaa. Saattohoitotoiminnan kehittäminen tarkoittaa sitä, että saattohoito on huomioitu henkilöstömitoituksissa ja saattohoitokoulutukseen panostetaan. (STM 2019.)

Erityistason eli B-tason yksiköitä ovat sairaanhoitopiireissä toimivat palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon erikoistuneet yksiköt. Näissä yksiköissä palliatiivinen hoito on pääasiallinen tehtävä ja yksiköiden henkilöstö on saattohoitoon erikoistunutta. Tällaisia yksiköitä voivat olla esimerkiksi palliatiiviset kotisairaalat, palliatiiviset osastot tai palliatiiviset poliklinikat sekä päiväsaarialat. Erityistasolla tarjotaan psykososiaalista, henkistä sekä eksistentiaalista tukea. Erityistaso toimii myös konsultaatiotukena perustasolle. (STM 2019.)

Vaativan erityistason eli C-tason yksiköt muodostuvat yliopistosairaaloiden palliatiivisista keskuksista, joiden sisällä ovat poliklinikat, vuodeosastot, koti- ja päiväsaarialat ja saattohoitokodit. Keskukset koordinoivat palliatiivista hoitoa eräalueellaan sekä vastaavat tutkimuksesta, opetuksesta ja yhteistyöasioista. (STM 2019.)

Olennaista oikean hoitoyksikön valinnassa ja hoitoon ohjauksessa on, että kaikilla elämän loppuvaiheen potilailla on ajantasaiset ja asianmukaisesti tehdyt hoitosuunnitelmat sekä hoitolinjat. Lisäksi kaikilla yksiköillä, joissa hoidetaan elämän loppuvaiheen potilaita, on oltava selvästi etukäteen sovittu erityistason yksikkö, joka toimii konsultaatiotukena vuorokauden ympäri vuoden jokaisena päivänä. (STM, 2019.) Kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulee hallita vähintään palliatiivisen hoidon perusteet ja tarpeen mukaan jokaisen tulee osata konsultoida alueensa palliatiivisen hoidon erityisosaajia (Käypä hoito-suositus 2019).

### 3.6 Toimintakykyä ylläpitävä työote

Palliatiivisen potilaan hoitamisessa tulisi lähteä siitä, että mihinkään ei ole kiire ja potilaalle tulisi luoda tunne pystyvyydestä. On hyvä muistaa, että kyvyllä tehdä asioita itse on suuri merkitys psyykkisen hyvinvoinnin kannalta. Hoitotyötä ohjaa



ajatus, että asioita ei tehdä potilaan puolesta vaan asiat tehdään yhdessä potilaan kanssa ja tämän ajatuksen tulisi toteutua myös palliatiivisessa hoidossa. Potilaan oman aktiivisuuden pysyessä vähintään ennallaan tai aktiivisuuden lisääntyessä verenkierto paranee, hengitys tehostuu ja ruoansulatus aktivoituu. Liikkumattomuus aiheuttaa herkästi vain lisäoireita sekä lisääntyviä kipuja. Mikäli hoitaja kokee epävarmuutta potilaan fyysisen aktiivisuuden tukemisessa, tulee tarvittaessa konsultoida esimerkiksi fysioterapeuttia. Ennen liikkumisaktiviteetteja tulee huolehtia potilaan riittävästä kipulääkityksestä ja että kaikki mahdolliset liikkumista estävät tekijät ovat huomioitu sekä että riittävät siirtymisen apuvälineet ovat saatavilla. (Surakka, Mattila, Åstedt-Kurki, Kylmä & Kaunonen 2015, 68-76.)

Mahdollisuuksien mukaan potilaan olisi hyvä päästä myös ulos. Tämä vaatii toiminnan suunnittelua ja esimerkiksi vapaaehtoisten ja omaisten hyödyntämistä. Hoitotyön keinoja toteuttaa liikkumisaktiviteetteja ovat esimerkiksi potilaan avustaminen istumaan, osallistaa potilasta asennonvaihtoihin tai vaatteiden vaihdossa sekä avustaa ohjattua yskimistä. Suihkuhetkistä saa oikeanlaisilla apuvälineillä turvallisia ja miellyttäviä hetkiä arkeen. Mikäli vain on mahdollista, tulisi vuodelepoa välttää, sillä vuodelepo jo itsessään aiheuttaa monenlaisia komplikaatioita. Mikäli potilaan vuodelepo lisääntyy, tulee asentohoitoa toteuttaa aktiivisesti, jälleen myös potilasta itseään osallistamalla mahdollisuuksien mukaan. (Surakka ym. 2015, 68-76.)

## 4 KUOLEVAN POTILAAN TYYPILLISET OIREET JA HOITOTYÖ

### 4.1 Oireiden arviointi

Kuoleman lähestyessä potilaat kärsivät useista fyysisistä sekä psyykkisistä oireista. Kivun ja hengitystieoireiden lisäksi potilailla esiintyy muun muassa gi-kanavan eli ruoansulatuskanavan ja virtsateiden oireita, ruokahaluttomuutta, väsymystä ja uupumusta sekä iho-oireita. (Hänninen 2015b, 32-37; Hänninen 2018, 16.) Huomionarvoista on, että saattohoitovaiheen potilaiden oireiden lisääntymistä ennakoita, jotta mahdollisimman hyvä oirehoito pystytään suunnittelemaan. Avoin keskustelu sekä potilaan ja potilaan luvalla potilaan omaisten oikea-aikainen informointi lähestyvistä kuolemasta lisäävät luottamussuhdetta. (Rahko & Rajala 2020.)

Laadukas oireiden arvioiminen luo perustan laadukkaaseen hoitotyön toteuttamiselle. Oireet usein kasaantuvat ja sekoittuvat, jolloin ne yhdessä mahdollisen potilaan kognitiivisen tilan heikkenemisen kanssa voivat luoda haasteita oireiden arvioimiselle. Oireiden arvioimisen avuksi on olemassa erilaisia oiremittareita, joiden avulla voidaan järjestelmällisesti selvittää potilaan oireita. Mittareiden tulee olla nopeita ja helppoja käyttää. Samoja mittareita käytettäessä potilaan oma arvio oireen voimakkuudesta suhteutetaan potilaan omaan aiempaan arvioon samasta oireesta, eli mittareiden tulokset perustuvat potilaan subjektiiviseen kokemukseen oireiden laadusta sekä voimakkuudesta. (Hänninen 2015b, 34-35; Hänninen 2018, 16.)

Tunnetuimpia mittareita ovat visuaalinen analogiasteikko VAS, numeerinen asteikko 0-10 tai verbaalinen asteikko VRS, jossa potilas kuvaa esimerkiksi kipua olevan ei lainkaan, vähän, jonkin verran, melko paljon tai hyvin paljon. Heikosti tai ei lainkaan vuorovaikutuksessa olevien potilaiden kohdalla tulee myös arvioida oireita ja apuna arvioinnissa voi käyttää esimerkiksi kuvallisia asteikkoja tai PAINAD-mittaria. (Hänninen 2015b, 34-35; Hänninen 2018, 16.) PAINAD-kipumittarissa hoitaja arvioi potilaan kokemaa kipua tarkkailemalla ja havainnoimalla potilaan hengitystä, ääntelyä, kasvojen ilmeitä, kehon kieltä sekä lohduttamista (Björkman, Palviainen, Laurila & Tilvis 2007).

## 4.2 Suun alueen ongelmat ja hikka

Elämän loppuvaiheessa olevat potilaat ovat erityisen alttiita suun alueen ongelmille. Syy ongelmien taustalla voi olla toiminnallinen tai esimerkiksi liittyä lääkehoitoon. (Nousiainen & Nivala-Huhtaniska 2015, 116.) Ongelmien huomaimiseksi suu tulee systemaattisesti tutkia, mikäli epäily ongelmista syntyy: limakalvot, kieli, suupohja ja suulaki tarkistetaan. Terveen suun merkkejä ovat kosteat, vaalean punertavat, aristamattomat limakalvot eikä veristä tai märkäistä vuotoa esiinny. Tulehdukseen suussa viittaa toiminnallinen haitta, punoitus, kipu sekä turvotus. (Nousiainen & Nivala-Huhtaniska 2018, 48.) Myös esimerkiksi imusolmukkeiden laajentuminen tai kosketusarkuus kertovat tulehduksesta. Suu on liian kuiva, mikäli tutkimuskäsine tai kielilastain tarrautuu limakalvoihin. (Mäkinen 2017.)

Infektiot, kuten esimerkiksi sieni- tai herpesinfektio, limakalvojen arkuus, suun alueella esiintyvä kipu, ientulehdus, parodontiitti, sekä erilaiset haavaumat tai proteesiongelmien ovat yleisiä suun alueen ongelmia. Herpesinfektiossa suun limakalvoille ilmestyy kivuliaita rakkuloita ja rakkuloiden puhjetessa suuhun syntyy kivuliaita haavaumia. Sieni-infektiot aiheuttavat usein kipua, suun kuivumista, polttelua sekä vaikeuksia niellä tai maistaa. Merkkejä sieni-infektiosta ovat limakalvoille ilmestyvät vaaleat peitteet, joiden alla oleva limakalvo on punoittava. Suuhun voi myös ilmestyä aftoja, erityisesti ikenien, suun pohjan, huulien ja suulaen pehmeän osan alueelle. (Mäkinen 2017.)

Suun päivittäinen puhdistaminen kuuluu hyvään perushoitoon ja mikäli se ei potilaalta itseltään onnistu, on hoitohenkilökunnan huolehdittava siitä (Mäkinen 2017). Suu ja hampaat tulee puhdistaa aamuin illoin ja myös hampaiden väliden puhdistamisesta tulee huolehtia (Nousiainen & Nivala-Huhtaniska 2015b, 121). Puhdistamisessa voidaan käyttää erilaisia hammasharjoja ja riittävän mietoa fluorihammastahnaa. Hoitajien käyttämiä apuvälineitä ovat esimerkiksi sormisuoja ja suunavaaja. (Mäkinen 2017.)

Hammasproteeseja käyttävällä potilaalla proteesien alle jäävä ien on riskialuetta. Ikenen tulehtumista estetään proteesien sekä proteesirasian päivittäisellä puhdistamisella. (Surakka ym. 2015, 53.) Hammasproteesien pesussa voidaan käyttää esimerkiksi tiskiainetta sillä tavalliset hammastahnat ovat usein liian karkeita. Kerran viikossa proteesit voidaan laittaa desinfiioivaan porekylpyyn ja proteesit tulee säilyttää puhdistettuna. Hampaaton suu puhdistetaan sideharsotaitoksella tai superlonkärkisillä tikuilla, puhdistusaineeksi riittää vesi tai keittosuola. (Mäkinen 2017.)

Kuivan suun taustalla ovat usein lääkkeet kuten opioidit, diureetit, pahoinvointi-, masennus- sekä verenpainelääkkeet ja rauhoittavat neuroleptit. Suun kuivuuden hoidossa riittävä juominen on tärkeää, nestettä tulisi juoda noin 1,5-2 litraa päivän aikana. Juomisessa voidaan käyttää apuvälineinä pilliä, nokkamukia tai tuttipulloa. (Mäkinen 2017.) Jos juominen on hankalaa, voidaan potilaalle tarjota jääpaloja ja jäämurskaa imeskeltäväksi tai vettä purskuteltavaksi. Mikäli nesteiden nauttiminen ei enää onnistu, suuta kostutetaan pumpulipuikolla vähintään parin tunnin välein. (Nousiainen & Nivala-Huhtaniska 2018, 52-53.)

Syljen eritystä lisäämään voidaan kokeilla ksylitolipurkan pureskelua. Suuta voidaan kostuttaa pyyhkimällä harsolla ruokaöljyä limakalvoille. Kuivaa suuta voidaan hoitaa myös paikallistuotteilla, kuten geeleillä tai suihkeilla (esim. Xerostom®). Huulten rasvaaminen sekä suun puhtaus on myös huomioitava. (Mäkinen 2017.) Huulten rasvaukseen suositellaan esimerkiksi Bebanthen® -voidetta mutta vaseliinia ei suositella käytettäväksi, sillä se on mahdollinen kasvualusta bakteereille (Nivala-Huhtaniska & Nousiainen 2015, 132). Lääkkeellisiä keinoja suun hoitoon ovat nelosgeeli, kolmoisgeeli, morfiinisuuvesi, puuduttavat suuveudet, puudutegeelit sekä antibiootit ja sienilääkkeet. Tarvittaessa suun ongelmista konsultoidaan suun hoidon ammattilaisia. (Nousiainen & Nivala-Huhtaniska 2018, 48-52.)

Joillakin potilailla voi esiintyä elämänlaatua merkittävästi huonontavaa hikkaa, tällöin potilaan hikka kestää pitkään ja hikottelua voi esiintyä 4-60 kertaa minuutissa. Hikan hoitoon tulee kiinnittää huomiota, sillä hoitamattomana hikka on ki-

vulias ja voi aiheuttaa esimerkiksi maha-suolikanavan eritteiden aspirointia keuhkoihin, oksentelua sekä ahdistuneisuutta. Hikkaa aiheuttavia lääkkeitä ovat muun muassa opiaatit ja bentsodiatsepiinit. Hikan hoidossa voidaan kokeilla lyhytaikaisesti lääkehoitoa, esimerkiksi baklofeenia tai midatsolaamia. Lääkkeettömiä hoitotyön keinoja ovat kitalaen ja nielun stimulointi vanupuikolla, kitakielekkeen kottaminen lusikalla, kulmakarvojen yläpuolelta painaminen, kylmän nesteen juominen, hengityksen pidättäminen sekä paperipussiin hengittäminen. (Pöyhä & Lehto. 2015, 105-107.)

#### 4.3 Ummetus ja ripuli

Ummetuksesta puhutaan, kun suoli toimii harvemmin kuin kolme kertaa viikon aikana tai mikäli uloste on kovaa, kuivaa ja ulostaminen vaatii ponnisteluja (Tunturi 2022). Palliatiivisilla potilailla ummetus on yksi yleisimmistä ongelmista. Ummetukseen liittyy usein elämänlaatua hankaloittavia liitännäisoireita kuten kipua vatsan sekä peräaukon alueella, pahoinvointia ja vatsan turvottelua. Päivystyksellistä hoitoa vaativassa ulostetukkeumassa esiintyy edellä mainittujen oireiden sijaan sydänperäisiä ja hengitykseen liittyviä, potilaan hemodynamiikan huononemiseen liittyviä oireita. Ummetus voi aiheuttaa myös esimerkiksi virtsaumpea tai sekavuutta. Ummetuksen taustalla ovat usein opioidit ja muut palliatiivisessa hoidossa käytettävät lääkkeet. Siksi on tärkeää huomioida, että opioidin aloittamisen yhteydessä potilaalle aloitetaan yhtä aikaa laksatiivi ennaltaehkäisemään ummetusta. Taustalla voi olla myös elimistön kuivuminen, elektrolyyttihäiriöt tai esimerkiksi yksityisyyden puute sekä toisten hoidettavaksi joutuminen. (Hillilä 2015b, 143.) Ummetuksen ennaltaehkäisemisessä ja hoitamisessa hoitotyön keinoilla pyritään parantamaan potilaan elämänlaatua ja ennaltaehkäisemään ummetuksesta aiheutuvia lisäongelmia. On tärkeää turvata potilaan yksityisyys sekä antaa riittävästi aikaa ulostamista varten. (Hillilä 2015a, 144.)

Hoitotyössä perusasioihin kuuluu, että potilaalle tarjotaan kuitupitoisia ruokia ja potilaan riittävästä nesteiden saannista huolehditaan. Liikkumiseen kannustetaan ja liikkumista tuetaan mahdollisuuksien mukaan. Potilas autetaan mahdollisimman hyvään ulostamisasentoon ja ulostamisen säännöllisyyttä seurataan. (Tunturi 2022.)

Riittävä nesteiden saanti on tärkeää myös laksatiivien vaikutuksen tehostajana. Yleisimmin palliatiivisten potilaiden ummetuksen lääkehoidoksi valikoituu suolen nestepitoisuutta suurentavia makrogoleja (esim. Pegorion) sekä suolen seinämiä stimuloivia laksatiiveja (esim. Laxoberon). Kuituvalmisteet eivät sovellu palliatiivisille potilaille, sillä niiden kanssa runsas nesteiden nauttiminen tulisi olla osa hoitoa ja tämä voi palliatiivisen potilaan kohdalla olla haasteellista. Mikäli suun kautta otettavilla valmisteilla ulostaminen ei käynnisty, voidaan tarvittaessa käyttää peräruiskeita tai -puikkoja. (Hillilä 2015a, 144; Hillilä 2018, 55-59.) Opioidista aiheutuvaa ummetusta voidaan joissakin laukaista myös ihon alle tai suun kautta annosteltavilla opioidiantagonisteilla (Käypä hoito-suositus 2019). Kuoleman lähestyessä, kun potilaan yleistila ja tajunta laskee, suolen toiminta ei useinkaan ole enää ongelma vaan tällöin suun kautta otettavat laksatiivit lopetetaan eikä peräpuikkoja tai -ruiskeita enää käytetä. (Hillilä 2015b, 144; Hillilä 2018, 55-59.)

Palliatiivisilla potilailla ripuli on huomattavasti harvinaisempi vaiva kuin ummetus (Käypä hoito-suositus 2019). Tavallisimpia palliatiivisen potilaan ripulin aiheuttajia ovat ummetuslääkkeet tai osittainen suolitukos, joka aiheuttaa ohivuotoripulia. Syynä voivat olla myös erilaiset imeytymishäiriöt tai infektiot ja joillakin potilailla myös eri lääkkeet voivat ripulia aiheuttaa. (Surakka ym. 2015, 56.) Pitkittyneestä ripulista puhutaan, kun ulostamiskertoja on yli kolme vuorokauden aikana, uloste on vesimäistä tai löysää ja ripulia on ollut kauemmin kuin 3-4 viikkoa (Duodecim 2022).

Ripulin hoito tulisi mahdollisuuksien mukaan olla syynmukaista, esimerkiksi ulostuslääkkeiden tarkistus tai suolitukoksen sekä infektion hoitaminen on aiheellista. Potilaan nestetasapainosta tulee huolehtia. Palliatiivisilla potilailla yleisimmin käytetty ripulilääke on suolen peristaltiikkaa hidastava heikko opioidi loperamidi (Lopex®). (Saarto 2018, 59-61.) Mekaaninen peräsuolikatetri voi soveltua joillekin potilaille (Käypä hoito-suositus 2019).

#### 4.4 Virtsaumpi ja virtsankarkailu

Palliatiivisella potilaalla nesteiden nauttiminen on usein vähäistä ja siten myös virtsamäärät vähenevät. Virtsaamisen yhteydessä voi esiintyä kipua tai virtsaa-

misen onnistuminen on vaikeaa, toisaalta voi esiintyä runsastakin virtsankarkailua. (Surakka ym. 2015, 56.) Virtsaummella tarkoitetaan tilannetta, kun virtsaa kertyy rakkoon mutta sitä ei saada ulos. Äkillisesti syntynyt virtsaumpi on usein kivulias, mutta vähitellen syntyneessä tilanteessa kivuttomampi vaiva. Molemmissa tilanteissa suurimpana riskinä on munuaisten vaurioituminen. Yleisimpiä syitä virtsaummelle ovat mekaaninen este, kuten esimerkiksi miehellä suuri eturauhanen sekä virtsaputken vammat, kivet, verihyytymät tai tulehdukset. Myös hankala ummetus voi olla virtsaummen taustalla. (Saarelma 2022). Useat lääkkeet, kuten esimerkiksi opioidit, voivat aiheuttaa virtsaumpea (Surakka ym. 2015, 56).

Virtsaamisongelmat ovat kivuttomina usein vaiettuja oireita. Hoitotyön perusasioihin tulee kuitenkin luontevasti kuulua tämän osa-alueen selvittäminen osana kokonaisvaltaisen hoidon suunnittelua ja toteutusta. (Surakka ym. 2015, 56). Mikäli virtsaumpi selkeästi liittyy stressiin tai jännittämiseen, voi jo virtsaamistilanteen rauhoittaminen auttaa. Lääkkeisiin liittyvässä tilanteessa voi mahdollisuuksien mukaan odottaa lääkkeen vaikutuksen heikkenemistä. Pidempään jatkuneessa tilanteessa oloa helpotetaan kertakatetroimalla ja äkillisesti kehittyneessä tilanteessa kertakatetrointi voi riittää tilanteen hoitamiseksi. Mikäli virtsaumpi on pitkäaikainen ongelma ja rakko on jo ylivenyttänyt, voidaan harkita pysyvämpää katetria. (Saarelma 2022.)

Palliatiivisten potilaiden kohdalla katetria voidaan myös harkita, mikäli virtsaamistoimet aiheuttavat esimerkiksi hengenahdistuksen pahenemista (Surakka ym. 2015, 56). Sydämen vajaatoimintapotilaita katetroitaessa tulee huomioida riittävän hidas, noin 15 minuuttia kestävä, rakon tyhjentäminen pitämällä katetria välillä kiinni. Liian nopeasti tyhjennetty rakko voi lisätä laskimopaluuta alaraajoista ja näin kuormittaa liikaa sydäntä. Toistokatetrointeja tehdessä katetrointiväli on 4–5 kertaa vuorokaudessa ja mikäli virtsamäärä kerralla on yli 500ml, tulee potilas katetroida useammin. (Taari 2015b, 151.)

Virtsankarkailu eli virtsainkontinenssi voi olla pakkovirtsankarkailua, ponnistusvirtsankarkailua, ylivuotovirtsankarkailua, jälkitiputtelua tai yökastelua. Virtsankarkailu voi olla myös sekamuotoista sekä tiedostamatonta. Pakkoinkontinens-

sissa potilaalle tulee voimakas tarve virtsata ja tarvetta ei pysty hillitsemään. Ponnistusinkontinenssi liittyy nimensä mukaisesti ponnistustilanteisiin kuten yskimiseen, jolloin virtsa karkaa. Ylivuotoinkontinenssissa virtsa valuu ylivenyttyneestä rakosta ulos potilaan tahdosta riippumatta. Tiedostamattomassa inkontinenssissa ensimmäinen havainto virtsan karkaamisesta on kastuminen. Jälkitutustelussa virtsaa tulee vielä virtsaamisen lopettamisen jälkeen. (Taari 2015a, 151-152.) Virtsankarkailun yhtenä ratkaisuna voi potilaan suostumuksella olla vaipan käyttäminen ja wc-käynteihin tuetaan mahdollisuuksien ja potilaan voinnin mukaan (Surakka ym. 2015, 58).

#### 4.5 Väsymys, kuivuminen, kuihtuminen

Elämänsä loppuvaiheessa olevilla potilailla esiintyy usein poikkeavaa uupumusta ja väsymystä eli fatiikkia. Fatiikkiin liittyy suorituskyvyn sekä energian vähyys, uneliaisuus, haluttomuus tehdä mitään, kyllästyneisyys ja apaattisuus. Masentuneisuus tulee myös ottaa huomioon. (Surakka ym. 2015, 58.) Väsymyksen taustalla voi olla sairauden etenemisen lisäksi eri lääkeaineet kuten opioidit. Väsymysoireyhtymän voi ilmetä kolmella eri tapaa: Yhtenä ilmenemismuotona on potilaan herkkä fyysinen väsyminen, jolloin potilas joutuu ponnistelemaan toiminnoissa ja potilaan suorituskky on alentunut. Toisena muotona potilas voi tuntea yleistä heikkoutta, jolloin potilaan aloitekyky vähenee, tarve lepäillä lisääntyy ja potilaan aloitekyky heikkenee. Kolmas esiintymismuoto on henkinen väsymys: tällöin potilaalla voi ilmetä muistihäiriöitä, ailahtelevuutta tunteiden kirjossa, keskittymiskyky voi heikentyä eikä potilas välttämättä ole motivoitunut toimintoihin. (Hänninen & Pöyhiä 2018b, 68.)

Väsymyksen hoidossa tärkeää on, että potilas ymmärtää mistä on kyse. Sairaalahoidossa olevan potilaan vuorokausirytmä pyritään turvaamaan ja toiminnot potilaan kanssa pyritään ajoittamaan potilaan voimavarat huomioiden sekä voimavaroihin sopeuttaen. Lääkehoito tarkistetaan ja sitä tarkennetaan, kuitenkin oirehoito turvaten. Väsymyksen hoidossa nestehoidosta, ravintomäärien lisäämisestä tai anemian korjaamisesta punasolutiputuksilla on elämän loppuvaiheessa olevilla potilailla harvoin hyötyä. (Hänninen & Pöyhiä 2015, 158.)



Kuivumiseen johtavia yleisiä syitä ovat esimerkiksi ripulin, oksentelun ja diureettien aiheuttama nesteiden menetys tai riittämätön nesteiden saaminen. Saattohoitopotilaan kuivumisen taustalla voi olla myös nesteen siirtyminen niin sanotusti väärään paikkaan eli soluvälitilaan. (Käypä hoito-suositus 2019.) Kuivumisen ensimmäinen oire on virtsamäärän väheneminen, toissijaisena oireena on jano. Kuivumiseen viittavia muita oireita ovat pulssin kohoaminen, virtsan tummuus, limakalvojen kuivuus ja silmien syvälle painuminen. Verikokeita kuivumisen arvioimiseksi tulisi ottaa vain harkitusti palliatiivisen potilaan kohdalla, saattohoitovaiheen potilailla ne eivät ole hyödyllisiä. (Hänninen & Pöyhiä 2018a, 69.)

Jos odotetun elinajan ennuste on kohtalainen tai pitkä, voidaan noudattaa tavanomaisia kuivumisen hoito-ohjeita (Hänninen & Pöyhiä 2018a, 69). Saattohoitovaiheessa olevan potilaan kohdalla ajatellaan suun kautta nautittavien nestemäärien olevan riittäviä (Käypä hoito-suositus 2019). Nestehoitoa käytetään saattohoitopotilaille vain erityistilanteissa ja harkiten (Hänninen & Pöyhiä 2018a, 69). Ihon alle tai laskimonsisäisesti annettu nesteytys saattaa jonkin verran kohentaa potilaan yleistilaa, mutta nesteytyksellä ei voida vaikuttaa ennusteeseen ja nesteytyksen haittavaikutukset voivat olla merkittäviä (Käypä hoito-suositus 2019). Mikäli nestehoidolle ei arvioida olevan selkeää estettä ja nesteytys katsotaan tarpeelliseksi, voidaan potilaan oirevastetta seuraten kokeilla 2-3 vuorokauden nestehoitoa (Hänninen & Pöyhiä 2018a, 69). Toisaalta laskimonsisäisen oirelääkityksen toteuttamisen ja laskimokanyylin auki pysymisen turvaamiseksi hidas infuusio voi myös olla tarpeellinen (Rahko & Rajala 2020).

Nestehoidon aiheuttamia haittavaikutuksia tulee seurata. Nesteytyksellä voidaan pahentaa turvotuksia ja hengenahdistusoiretta sekä rajoittaa potilaan liikkumista. Myös pleura- ja askitesnesteiden muodostuminen voivat nesteytyksen seuraamuksena lisääntyä. (Käypä hoito-suositus 2019.) Esimerkiksi kanyloinnin komplikaatiot, kanyylin käytön epämukavuus sekä toistuvat kanylaatiot kanyyliä menetyksen seurauksena ovat nestehoidon haittavaikutuksia (Hänninen & Pöyhiä 2018a, 69). Usein omaisten väärinkäsitykset nestehoidosta ja sen tarpeellisuudesta voivat vaikeuttaa potilaan tilanteen arviointia, joten omaisten kanssa tuleekin riittävän usein keskustella nestehoitoon liittyvistä riskeistä sekä nestehoidon mahdol-

lisistä vaikutuksista potilaan vointiin (Pöyhiä & Hänninen 2015, 161). Saattohoidossa puhutaankin usein ”omaistipasta”, joka aloitetaan potilaan luvalla mutta omaisen tahdosta ja pyynnöstä. ”Omaistipassa” kohdataan kuolevan ihmisen läheisen hätä, mikä taas mutkien kautta usein auttaa myös potilasta, joka ei halunnut pahoittaa omaisen mieltä kieltämällä tämän vaatimuksia ja käsityksiä hyvästä hoidosta. (Surakka ym. 2015, 50.)

Kakeksialla tarkoitetaan oireyhtymää, jota kuvastaa tahaton laihtuminen tai ravinnon vähyydestä johtuva laihtuminen (Käypä hoito-suositus 2019). Ruokahaluttomuus on haaste hoitotyössä ja sairauden edetessä sekä yleisvoinnin heikentyessä jo pelkkä ruoan tuoksu saattaa saada potilaan voimaan pahoin. Toisaalta potilaalle voi syntyä myös uusia mielihaluja ruokaa kohtaan. Sairauden edetessä myös ravinnon imeytyminen heikkenee ja potilaan paino laskee, vaikka ruoka maistuisikin. Tämä tapahtumaketju johtaa kakeksia-anoreksiaan. (Surakka ym. 2015, 51.) Sydämen vajaatoiminnassa esiintyvä kakeksia on yleistä. Se on liitoksissa huonoon ennusteeseen ja se johtaa lihaskatoon sekä väsymiseen. Kakeksia ja huonontunut verenkierto yhdessä vähentävät potilaan hapenottokykyä. (Ukkola 2005.)

Elämän loppuvaiheessa kuolevan potilaan ruokahalu ja ravitsemustilanne kulminoituu sanontaan ”ihminen ei kuole, koska hän ei syö, vaan hän ei syö, koska on kuolemassa”. Ruokailua tulee silti tukea; kuunnellaan aktiivisesti potilaan mielihaluja sekä toiveita ja pyritään toteuttamaan niitä mahdollisuuksien mukaan. Läheisiä ja omaisia voidaan kannustaa myös tuomaan mieluisia herkkuja potilaalle. Potilas ei välttämättä ota kuin suupalan, mutta jo pienen palan tuoma makuelämys piristää mieltäkin. Huomioitavia seikkoja ravinnon tarjoilusta ovat annoskoot sekä ruoan lämpötila. Suuri, tarjottimelle ajattele mattomasti laitettu annos voi jo itsessään aiheuttaa pahoinvointia ja usein kylmät välipalat maistuvat paremmin kuin lämmin ja raskas ruoka. (Surakka ym. 2015, 47-51.)

Ruokailutilanteen potilaalle miellyttäväksi tekeminen voi auttaa ruokailun onnistumisessa. Tuuletetaan tila, jossa ruokailu tapahtuu, siistitään ympäristö, mahdollisuuksien mukaan ollaan ruoka seurana tai avataan tv potilaan niin halutessa.

Potilaan kanssa on hyvä yhdessä etsiä hyvä ruokailuasento ja oikeanlaiset välineet ruokailun onnistumiseksi; esimerkiksi nokkamuki ei sovellu kaikille vuoteessa ruokaileville. Pahoinvointilääkitys tulee antaa riittävän ajoissa, noin puoli tuntia ennen ruokailua annettu lääke voi vähentää ruokailuun liittyvää pahoinvointia. Potilaan sekä omaisten kanssa tulee huolellisesti ja riittävän usein käydä läpi, että esimerkiksi nenä-mahaletkun asettaminen ravinnon sekä nesteen saannin turvaamiseksi ei ole aiheellista ja nenä-mahaletkun haitat ovat suuremmat kuin hyödyt. (Surakka ym. 2015, 47-51.)

#### 4.6 Pahoinvointi ja oksentelu

Pahoinvointia ja oksentelua esiintyy hyvin suurella osalla elämän loppuvaiheessa olevista potilaista. Pahoinvoinnin taustalla on usein ummetus, lääkkeet kuten opioidit, mahasuolikanavan vetovaikeudet kuten suolitukos, metaboliset syyt kuten aliravitsemus tai esimerkiksi infektiot. (Rahko & Koskela 2018, 52-53.) Toisaalta sydämen vajaatoimintapotilailla pahoinvointi on varsin harvinainen oire itse sairaudesta johtuvana saattohoitovaiheessakin ja suurin osa pahoinvointia kokevista saa oireensa esimerkiksi opioidilääkityksen seurauksena (Blinderman ym. 2008; Årestedt ym. 2021).

Lääkkeettömiä pahoinvoinnin hoitotyön keinoja ovat suonensisäinen tai ihon alainen nesteytys, mieliruokien tarjoaminen ja esimerkiksi lisäravinnejuomat kylmänä sekä joissakin tapauksissa nenämahaletkun käyttö (Rahko & Koskela. 2018, 55). Pahoinvointia voidaan hoitaa lääkkeellisesti monin eri tavoin, esimerkiksi opioidi-pahoinvointia hoidetaan yleisesti haloperidolilla sekä levomepromatsiinilla. Suositeltavaa onkin hoitaa pahoinvointia sen alkuperän mukaisesti. (Käypä hoitosuositus 2019.)

#### 4.7 Keskushermosto-oireet

Sekavuus eli delirium on akuutti tila, joka alkaa yleensä nopeasti. Sekavuuden voi laukaista stressi, kipu, univaje, vieras ympäristö tai esimerkiksi opioidien sekä bentsodiatsepiinien käyttäminen. Myös esimerkiksi palliatiivisen potilaan hoitamaton henkinen ahdistus voi johtaa sekavuuteen. Hoitamattomana delirium voi

johtaa potilaan ennenaikaiseen kuolemaan. Viimeisien elinpäivien niin kutsuttu kuolevan potilaan sekavuus ei välttämättä enää korjaannu, mutta oireita voidaan lievittää. Tyypillistä deliriumille on, että potilas ei ole enää aikaan orientoitunut, hän ei tiedä missä on, eikä välttämättä ole enää omaan tilanteeseensa orientoitunut ja tyypillisesti oireet alkavat nopeasti. Potilaan tajunnantaso saattaa heitellä, vireystila vaihdella ja tunnetilat ailahtella, potilaan vuorokausirytmii menee usein sekaisin ja hänellä saattaa ilmetä harhoja. (Janes 2015, 170-171.)

Sekavuuden hoidon lähtökohtana on rauhoittaa tilanne ja selvittää mahdollinen syy. Milloin vatsa on toiminut, onko diureesi käynnissä, onko mahdollista infektiota tai miten potilas nukkuu? Opioidien käyttöön voi liittyä niin kutsuttua opioiditoksisuutta ja siitä voi aiheutua harhoja ja hallusinaatioita. Tällöin voidaan kokeilla haloperidolia lievittämään oireita, jonka jälkeen opioidiannos arvioidaan uudelleen. Hoidon kulmakivenä on turvata potilaalle rauhallinen, turvallinen ja valvottu hoitoympäristö. (Korhonen & Poukka 2013.) Ensisijaisina hoitokeinoina käypä hoito suosittaa lääkkeettömiä hoitokeinoja (Käypä hoito-suositus 2019). Pöydällä oleva kello, kalenteri, potilaan tutut esineet ja turvalliset ihmiset ympärillä auttavat potilasta orientoitumaan, musiikki ja kevyt hieronta saattavat rauhoittaa potilasta (Huttunen 2018). Ellei deliriumpotilaan psykoottisia oireita saada lääkkeettömillä keinoilla hallintaan on varauksellisesti harkittava psykoosilääkkeitä kuten esimerkiksi haloperidolia tai risperidonia (Käypä hoito-suositus 2019).

#### 4.8 Iho-oireet

Elämän loppuvaiheessa potilaalla esiintyvä kutina voi olla monisyistä, syyt voidaan jakaa iholähtöiseen, neuropaattiseen, neurogeeniseen ja psykogeeniseen kutinaan (Käypä hoito-suositus 2019). Kutina voi johtua esimerkiksi lääkkeistä mutta on myös muistettava, että kutinan taustalla voi olla tavallinen ihon kuivuus (Surakka ym. 2015, 38). Kutina on oireena haasteellinen ja elämänlaatua heikentävä. Kutinan hoidossa voidaan käyttää erilaisia paikallishoitokeinoja: iho voidaan pestä perusrasvalla, ihoa rasvata perusvoiteilla sekä tarvittaessa käyttää jaksoittain kortisonivoiteita. Potilaalle puetaan ylle kutiamattomia ja väljiä vaatteita sekä kynnet pidetään lyhyinä. Kutiaville ihoalueille voidaan myös kääriä keittosuolaliinnoja kutinaa lievittämään. (Isoherranen 2018d, 86-87.)

Lääkkeellisiä keinoja on useita kutinan tyypin ja mekanismin perusteella harkittavaksi, esimerkiksi gabapentiini saattaa helpottaa neuropaattista kutinaa. Elämän loppuvaiheen potilailla kutina on harvoin histamiinivälitteistä eli antihistamiineista on vain vähän hyötyä. Jonkin verran potilas voi hyötyä paikallishoitona 1-prosenttisesta mentoliliuoksesta, 2,5-prosenttisesta lidokaiiniliuoksesta tai -geelistä. (Käypä hoito-suositus 2019.)

Kuolevien potilaiden yleisenä oireena on liukahikoilu ja yöhikoilupuuskat. Hikoilun syy on hyvä selvittää ennen hoidon aloittamista ja liiallisen hikoilun hoitaminen on tärkeää myös painehaavoja ehkäistäessä. Hikoilun taustalla voi olla myös perussairauksien lisäksi erilaiset lääkeaineet. Hikoiluun voidaan potilaskohtaisesti harkiten kokeilla esimerkiksi masennuslääkkeitä. (Isoherranen 2018b, 88.) Hikoilevan potilaan kohdalla ihon kunnon tarkkailu korostuu ja painehaavaumien riski on otettava huomioon (Surakka ym. 2015, 39).

Iho-ongelmien syntymiselle altistaa perushygieniasta tinkiminen ja se, ettei ymmärretä toimintakykyä ylläpitävien liikkumisaktiviteettien merkitystä ja tärkeyttä. Ihon kunnosta huolehtiminen lähtee siitä, että potilasta itseään kannustetaan omatoimisuuteen mahdollisuuksien mukaan. Liikkeiden ei tarvitse olla suuria ja jo se, että istuva potilas kurottelee tavaroita, aktivoi häntä liikkumaan. On myös huomioitava, että makuuasento kuuluu yö- ja päiväunille. Suihkussa käyntien aikana hoitajan on tärkeää huomioida ihon kuntoa ja tarvittaessa hoitaa ihoa. Ihon perusrasvaus on tärkeää infektioiden välttämiseksi, mutta ihon rasvaamisen ei ole todettu ehkäisevän painehaavojen syntymistä. Eritteet tulee poistaa iholta mahdollisimman nopeasti. (Surakka ym. 2015, 39-40.)

Mikäli haavoja pääsee syystä tai toisesta syntymään on haavojen hoidossa tärkeintä määritellä haavan synty tapa ja haavan hoidon tavoitteet. Hoidon tavoitteet kuolevan potilaan kohdalla ovat erilaiset kuin potilailla, joiden elinajan ennuste on pidempi. Kuolevalla potilaalla haavan hoidon tavoitteena voi olla esimerkiksi hajan ja erittämisen väheneminen tai kivun hallinta. Haavan hoito voidaan jakaa myös perussyyn hoitoon, paikallishoittoon ja oireiden kuten esimerkiksi kivun hallintaan. (Isoherranen 2018a, 182-183.) Haavan lisäksi myös haavan hoito voi

tuottaa potilaalle kipua ja siksi haavaa hoidettaessa suositellaan käytettäväksi paikallispuudutteita (Surakka ym. 2015, 41-42).

Elämän loppuvaiheessa voimien ehtyessä ja kuoleman lähestyessä ihminen joutuu pitkiksi ajoiksi vuoteeseen, jolloin potilaalla on aina suuri riski painehaavaumiin. Palliatiivisella potilaalla huono ravitsemustila ja perussairaus lisäävät myös riskiä painehaavaumille. (Surakka ym. 2015, 40.) Painehaava-nimitys on hieman harhaan johtava ja siksi on tärkeää ymmärtää, että ongelman taustalla on useita muitakin tekijöitä kuin paine. Painehaavauman syntyyn vaikuttavat paikalliset tekijät kuten kitka, paine, kosteus ja luisen ulokkeen kohdalla tapahtuva kudosten venyminen. Painehaavojen ilmaantumista voidaan pitää tietyssä määrin yhtenä hoidon laadun mittarina. (Hietanen & Juutilainen 2018, 322-324.)

Painehaavat syntyvät yleensä kehon kontaktista alustaa vasten potilaan istuessa tai makoillessa tai se voi myös syntyä potilaan kontaktista liikkumisen apuvälineeseen. Yleisimmät alueet mihin haavaumat syntyvät ovat ristiselkä, istuinkyhmyjen seutu sekä lonkkien ja kantapäiden luisten ulokkeiden seutu. Ulkoisen paineen aiheuttama vaurio voi syntyä myös muusta syystä kuin kontaktista alustaan, esimerkiksi dreenit, nenämahaletku, happiletku, virtsakatetri tai sängyn reunat voivat aiheuttaa painevaurion. (Hietanen & Juutilainen 2018, 322-324.)

Painehaavojen hoidossa tärkeintä on ennaltaehkäisy, ja pääperiaate on, että kaikki painehaavat ovat periaatteessa ehkäistävissä. Mikäli painehaava syntyy, on ensisijaisena hoitona paineen poistaminen. Hoitoa vaativaa haavaa hoidetaan paikallisesti painehaavaluokituksen mukaisesti sekä tarvittaessa haava hoidetaan kirurgisesti. Haavan paikallishoidossa tärkeintä on haavan puhdistaminen sekä oikean haavanhoitotuotteen valinta erityksen ja haavapohjan mukaan. Haavojen aiheuttamaa pahaa hajua voidaan poistaa esimerkiksi hopeaa tai aktiivihiihtä sisältävillä tuotteilla. (Isoherranen 2015, 182.) Hajun poistamiseksi voidaan uloimpiin sidoskerroksiin sipaista esimerkiksi piparminttuöljyä tai hajustettua talkkia (Surakka ym. 2015, 43). Erityksen kontrollointi on erityisen tärkeää, sillä haavasidoksen yli vuotava eritys maseroittaa ja vaurioittaa herkästi ympäröivää ihoa (Isoherranen 2015, 182).

Vuoteessa olevan potilaan asentoa tulee muuttaa riittävän tiheästi, vähintään parin tunnin välein. Vuoteessa olevalle potilaalle tulee vaihtaa kevennyspatja ja kevennystyyny. (Isoherranen 2015, 182.) Mikäli painetta keventäviä tuotteita ei ole saatavilla eikä potilas kykene itseänsä liikuttamaan, tulee asentoa vaihtaa vähintään 1-2 tunnin välein. Potilaan asentoa muutettaessa tulee varmistaa, etteivät katetrit ja letkut jää painamaan potilaan ihoa. Vuodepotilaalla vältetään kohtisuoraa kylkiasentoa lonkan seudun painehaavariskin vuoksi, tyynyillä tuettu noin 30 asteen kylkiasento on turvallisempi. Asentoa vaihdellaan kyljeltä toiselle sekä myös vatsalleen potilaan tilan salliessa. (Hietanen 2018, 343-344.)

Istuva sekä etenkin puoli-istuva asento voivat aiheuttaa painetta ja venymistä pakarän sekä ristiselän seudulle kehon valuessa kohti sängyn jalkopäätä. Painehaavauman riskiä vähennetään rajoittamalla puoli-istuvassa asennossa olemista. Mikäli sängyn säädöt sen mahdollistavat voidaan polvia nostaa ja estää kehon valumista sängyn jalkopäätä kohti. Kantapäiltä tulisi poistaa paine kokonaan aina sen ollessa mahdollista. Kantapäitä kohottava tyyny tulee asettaa koko säären alueelle painon jakautumiseksi sekä polvien asennon tueksi. (Hietanen 2018, 343-344.)

Painehaavoilta suojaavia apuvälineitä on runsaasti saatavilla ja niitä tulee käyttää potilaan yksilölliset tarpeet huomioiden. Potilaan siirtämisen apuvälineitä ovat esimerkiksi erilaiset nosturit, nostoliinat sekä siirtovyöt. Apuvälineiden käyttö mahdollistaa potilaan siirtämisen niin ettei potilaalle aiheudu siirrosta ihovaurioita ja samalla ne keventävät myös hoitohenkilökunnan taakkaa siirtotilanteissa. Makuualustat ja istuinalustat ovat painetta jakavia erikoistuotteita ja niihin kuuluvat esimerkiksi patjat sekä integroidut vuodejärjestelmät, erilaiset istuintyyny sekä istuintyynyjen päälliset. Aktiivisia vaihtuvapaineisia patjoja käytetään potilailla, joiden painehaavariski on suuri. (Hietanen 2018, 343-344.)

Mahdollisia ihon infektioita ovat sieni-, bakteeri- ja virusinfektiot. Tyypillisin bakteeri-infektio on ruusuinfektio, johon hoitona käytetään mikrobilääkehoitoa ensisijaisesti suun kautta annettuna. Virusinfektioista yleisin on herpesviruksen aiheuttama infektio, johon hoitona käytetään asiklo- tai valasikloviiriä sekä riittävää

kipulääkitystä. Sieni infektioissa käytetään ensisijaisesti paikallistuotteita ja tarvittaessa systeemistä lääkehoitoa. (Isoherranen 2018c, 88-89.)



## 5 SYDÄMEN VAJAATOIMINTAPOTILAAN SAATTOHOIDON ERITYISPIIRTEET

### 5.1 Hengitystieoireet sekä niiden hoitotyö

Kun sydän ei pysty pumppaamaan keuhkoista saapuvaa hapettunutta verta eteenpäin elimistön normaalitarpeisiin, verenkierron vaje aiheuttaa verentun-gosta laskimoissa sekä riittämätöntä verenvirtausta eri elinjärjestelmissä. Se taas aiheuttaa monenlaisia, potilaan elämänlaatua hankalasti vaikeuttavia oireita, joista tyypillisin on hengenahdistus. (Ahonen ym. 2020, 237–240.) Hengenahdis-tus johtuu nesteen kertymisestä keuhkoihin, kun sydämen vasen kammio ei riit-tävästi pysty pumppaamaan verta eteenpäin (Partanen & Lommi 2011, 330). Hengenahdistus on hengittämiseen liittyvä epämiellyttävä tunne ja potilas kuvaa hengenahdistusta usein tunteena, että ilma loppuu ja hengitys on työlästä, tuntuu että tukehtuu tai että rintakehää kiristää (Ahonen ym. 2020, 237–240).

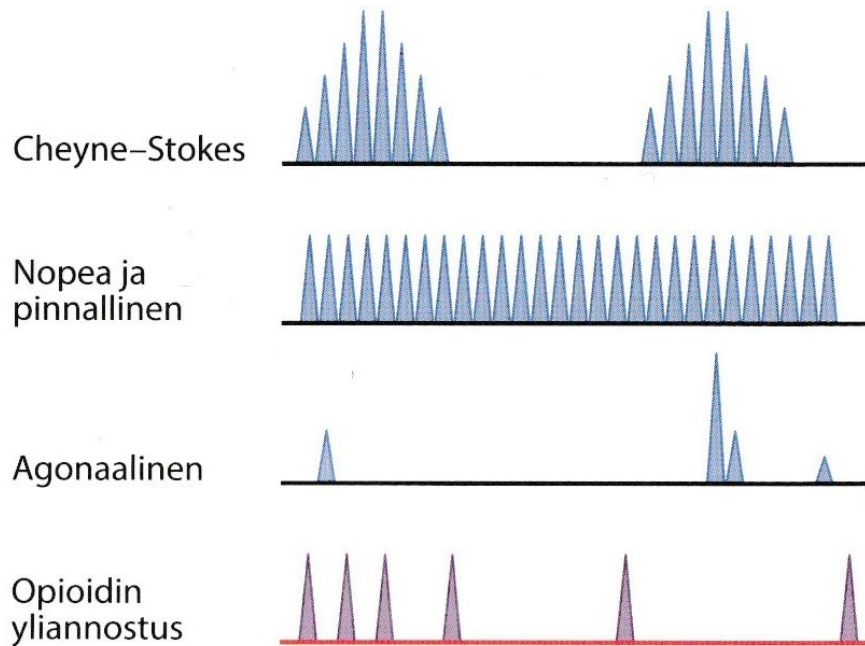
Elämän loppuvaiheessa hengenahdistus on yleistä, arviolta 60–80% loppuvai-heen sydämen vajaatoimintapotilaista kärsii siitä. Hengenahdistusta tulee arvi-oida ja hoitaa aktiivisesti sillä se heikentää potilaan elämänlaatua, toimintakykyä ja unta merkittävästi. Usein ilmenee myös kipua sekä psyykkisiä oireita saman-aikaisesti hengenahdistuksen kanssa. (Lehto & Pöyhiä 2015c, 92.) Surakka ym. (2015, 44) esimerkillistää tilannetta kuvittelemalla, että vetäisi nestettä ”väärään kurkkuun”. Parantumattomasti sairaan oireiden vaikeusasteeseen vaikuttaa poti-laan oma mutta myös ympäristön suhtautuminen ja reaktio oireeseen. Potilaan kokema pelko ja turvattomuus pahentavat usein myös potilaan hengenahdistus-oiretta. (Surakka ym. 2015, 44.)

Hengenahdistuksen syy on hyvä olla tiedossa ja se voidaan selvittää esimerkiksi kuvantamisilla (Lehto & Pöyhiä 2015d, 94-96). Hengenahdistuksen taustalla voi olla esimerkiksi keuhkohtaumataudin aiheuttama hengitystieahtaus, hengitys-tilavuuden pientyminen esimerkiksi pleura- tai askitesnesteen aiheuttamana, nesteen kertyminen keuhkokudokseen, verenkierrollinen ongelma kuten vaikea sydänsairaus tai keuhkoveritulppa, hengityslihasteikkoutta aiheuttava sairaus tai

aliravitseminen. Syynä voivat olla myös esimerkiksi ahdistuneisuus, anemia tai elimistön happamuustila. (Käypä hoitosuositus 2019.)

Lehto ym. (2013) toteaa, että hengenahdistuksen syy tulee pyrkiä selvittämään huomioiden potilaan kokonaistilanne ja että paras oirevaste saavutetaan yleensä syynmukaisilla hoitotoimilla. Palliatiivisessa hoidossa hoidon kannalta ensisijaista on kuitenkin selvittää oireiden voimakkuus ja minkä tyyppistä oire on. Jälleen on muistettava, että happisaturaatio ja verikaasuanalyysit eivät kerro oireen voimakkuudesta vaan potilaan oma kokemus oireesta on merkitsevä. Hengenahdistusoireen vaikeusasteen arvioinnissa voidaan apuna käyttää esimerkiksi VAS, NRS 0-10 tai Borgin asteikkoja. On olemassa myös erilaisia kyselylomakkeita, joita voi täyttää potilas itse tai esimerkiksi hoitaja yhdessä potilaan kanssa. Yksinkertaisimmillaan oiretta voidaan arvioida kysymällä, onko potilaalla hengenahdistusta. Hyviä hoitotyön keinoja oireiden arviointiin ovat potilaan hengitystaajuuden arviointi, hengityslihasten käytön arviointi, hengityssäniä kuuntelu, hengitystyypin arviointi sekä potilaan ihon värin tarkkailu. (Lehto & Pöyhiä 2015d, 94–96; Lehto & Pöyhiä 2018, 38.)

Kuoleman lähestyessä potilaalla alkaa usein esiintyä tietynlaisia hengitystyyppejä (Kuvio 1). Nopeassa ja pinnallisessa hengityksessä sisään hengitettävän ilman määrä on vähentynyt. Kuolemaa edeltävässä agonaalisessa hengityksessä havaitaan satunnaisia hengitysliikkeitä muttei varsinaista hengittämistä. Cheyne-Stokes hengityksessä kerta-sisäänhengitystilavuudet vaihtelevat saman mallin mukaan ja hengitysjaksoissa on pitkiä taukoja. (Lehto & Pöyhiä. 2015B, 95.) Ikään kuin hengityskatkoja seuraisi toistuvasti kiihtynyt hengittäminen. Haukova hengitys voi kertoa hapenpuutteesta, syvä ja raskas hengitys taas viittaa hiilidioksidin kertymiseen tai asidoosiin. Tajunnantason alentuessa hengitys voi muuttua kuorsaavaksi. (Ahonen ym. 2020, 430.) Opioidien liikavaikutus näkyy hengityksessä yleensä niin, että hengitystaajuus laskee mutta sisäänhengitys voi olla hyvinkin syvä (Lehto & Pöyhiä 2018a, 39).



Kuvio 1. (Lehto & Pöyhiä. 2015b, 95.)

Potilaan kokonaistilanteen sallimissa rajoissa hengenahdistuksen syy pyritään selvittämään, sillä paras vaste hoidolle saavutetaan, kun tiedetään mikä oiretta aiheuttaa. Esimerkiksi jos hengenahdistusoiretta pahentaa askites- tai pleuranesteily, lääkäri voi helpottaa tilannetta punktiolla tai asettamalla dreenin nesteen poistamiseksi. Sydämen vajaatoimintapotilailla oirevaste voi pleuran tyhjentämisessä jäädä heikoksi, mikäli pleuranesteily on vähäistä. (Lehto & Sioris. 2015, 108-109.)

Palliatiivisessa hoitotyössä hoitajan tehtävä on auttaa ja opastaa omatoimisuuteen sekä itsehoitoon potilaan lisäksi myös potilaan läheisiä. Kun hengenahdistusta ilmenee, vointia voidaan kokeilla helpottaa auttamalla potilas puoli-istuvaan asentoon ja tukea tyynyillä asentoa. Mikäli potilas haluaa istua, voidaan asentoa kokeilla tukea etunojaan olon helpottamiseksi. Huonetta kannattaa tuulettaa avaamalla ikkuna ja joskus pelkkä tuulettimella aikaansaatu ilmavirta kasvoille riittää helpottamaan potilaan oloa. (Surakka ym. 2015, 45.) Rentoutushoidot tai nebulisoidun keittosuolan antaminen voi myös auttaa (Korhonen & Poukka 2013). Päivän toimintojen sopeuttaminen hengenahdistuksen mukaan sekä toimintaohjeiden opettaminen ja neuvonta ovat myös osa hengenahdistuksen hoitoa. Ahdistuneisuus ja turvattomuus usein lisäävät hengenahdistusoiretta ja siksi

hoidon oleellisena osana ovat potilaan pelkojen aito kuunteleminen, hoitomahdollisuuksista kertominen sekä potilaan vakuuttaminen siitä, että kaikki mahdollinen tehdään, jotta hänen oireitansa voitaisiin lievittää. (Saarto ym. 2015, 101.)

Liikunnan hyödyistä sydämen vajaatoimintapotilailla on saatu tutkittua näyttöä lähinnä sairauden etenemisen alku- ja keskivaiheissa, mutta kokemuksen mukaan liikunta varsinkin hengitysharjoitteiden osalta soveltuu käytettäväksi myös palliatiivisen sekä saattohoitovaiheen potilaille (Kiilavuori 2015; Käypä hoito -suositukset 2017b). Hengitysharjoitteista näyttöön perustuvina harjoitteina voidaan mainita erilaiset vastapaineharjoitteet, kuten esimerkiksi Acapellan käyttö tai perinteisemmät pulloon puhallukset (Piepoli ym. 2015). Vajaatoimintapotilaalla käytetyt harjoitteet tulee sovittaa potilaan toimintakyvyn ja voinnin mukaan varsinkin saattohoitovaiheessa (Käypä hoito-suositus 2016).

Happea voidaan potilaalle antaa viiksillä tai maskilla (Surakka ym. 2015, 45). Potilaat usein kuvaavat hengenahdistusta hapen loppumisen tunteena ja siksi potilaan usko happihoitoon on usein vahva. Hapenannosta voi olla jonkin verran tai ei ollenkaan hyötyä, mikäli potilaalla ei ole varsinaista hapenpuutetta. Viiksien kautta annettu happi ja ilmapirta voivat kuitenkin tuoda joillekin potilaille hengenahdistukseen helpotusta, mutta tutkimuksissa on havaittu tuulettimen aikaan saaman ilmapirran tuovan samankaltaista vaikutusta, mikäli potilaalla ei ole hapenpuutetta. Mikäli hapenpuutetta esiintyy, on hapen annosta todettu olevan paljon hyötyä. On muistettava, että hapenpuute ja hengenahdistus eivät ole sama asia vaan potilaalla voi olla varsin vaikea hengenahdistus ilman hypoksemiaa ja toisaalta myös kohtuullisen vaikea hypoksemia ennen kuin potilas alkaa kokea hengenahdistusta. Varsinaiseen hapen puutteeseen viittaa, mikäli potilaan happisaturaatio on alle 88–90% tai a-astrupissa eli verikaasuanalyysissa PaO<sub>2</sub> on alle 7,3-8,0 kPa ja tällöin hapenantoa suositellaan. Lievemässä hypoksiassa suositetaan muita hoitokeinoja kuin happea. Hapen antoa jatketaan, mikäli potilaalle siitä selvästi on hyötyä, oli syy potilaan hengenahdistukselle mikä tahansa. (Lehto & Pöyhiä 2015a, 99; Lehto & Pöyhiä 2018, 39; Mustonen 2018, 210.)

Vaikka happihoito harvoin aiheuttaa merkittävää haittaa, happihoito voi rajoittaa tai vähentää esimerkiksi potilaan liikkumista sekä sosiaalisuutta. Happihoito voi

aiheuttaa myös psyykkistä riippuvuutta ja jatkuva happivirta kuivattaa myös limakalvoja. Liiallinen happi voi aiheuttaa hyperkapniaa eli hiilidioksidin liiallista nousua veressä, josta voi taas seurata lisää ongelmia. Happihoitoa mietittäessä tulee käyttää yksilöllistä harkintaa ja hoidon vastetta tulee arvioida. Saattohoitovaiheessa olevalle potilaalle ei tule aloittaa happihoitoa, mikäli sitä ei ole aiemmin ollut käytössä tai ellei potilas sitä erityisesti toivo. (Lehto & Pöyhiä 2015a, 99–100.)

Lehdon ja Pöyhjän (2018a, 39) sekä Surakan ym. (2015, 45) mukaan non-invasiivisia eli ei kajovia hengityksen tukikeinoja suositellaan lähinnä ALS- tai COPD potilaille mutta kasvomaskilla toteutettavaa non-invasiivista ventilaatiohoitoa voidaan kokeilla esimerkiksi akuutissa infektion aiheuttamassa hengitysvajauksessa palliatiivisessa hoidossa muillakin sairausryhmillä. Lehto & Pöyhiä (2015c, 100–101) kuitenkin muistuttavat, ettei NIV hoidon tulisi johtaa potilaan kärsimyksen tai kuolinprosessin tarpeettomaan pitkittämiseen ja NIV-hoitoa aloittaessa tulisi jokaiselle potilaalle määritellä yksilölliset hoidon tavoitteet sekä arvioida hoidon vastetta aktiivisesti.

Sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden kohdalla turvotusten ja nesteen kerääntymisen aiheuttaman hengenahdistuksen lääkehoidon kulmakivi ovat diureetit eli nesteenpoistolääkkeet. Diureetit ovat nopein ja tehokkain tapa vähentää turvotuksia ja poistaa nestettä kehosta ja siksi niiden merkitys korostuu palliatiivisessa vaiheessa. Saattohoitovaiheeseen siirryttäessä hengenahdistuksen hoidossa keskitytään oireen aiheuttajan hoitamisen sijaan helpottamaan itse oiretta. (Poukka & Korhonen 2015, 262.)

Hengenahdistuksen lääkehoidossa käytetään yleisimmin opioideja. Lisäksi usein käytetään bentsodiatsepiineja, vaikka täysin varmaa tutkimusnäyttöä niiden käytöstä ei olekaan. (Rahko & Rajala 2020.) Opioidien hyötyjä tulisi aina harkita potilaskohtaisesti ja niiden käyttäminen on mielekästä vain, mikäli ne potilaan oirekuvaa helpottavat. Opioidien vaikutus perustuu niiden kykyyn vähentää keskushermoston herkkyyttä hiilidioksidin kertymiselle, pienentää hapen kulutusta ja hengitystaajuutta, kyvyllä lievittää hengenahdistuksen aistimista sekä todennä-

köiselle kyvyllä vähentää vaikeutuneen hengitystyön aiheuttamaa kipua ja ahdistusta. Kohtauksittaisiin hengenahdistustilanteisiin voidaan tarvittaessa käyttää lyhytvaikutteisia opioideja mutta mikäli hengenahdistus on luonteeltaan jatkuvaa, aloitetaan usein pitkävaikutteinen opioidi. Myös lyhytvaikutteisien opioideja tiheä tarve on aihe aloittaa pitkävaikutteinen opioidi. Eniten käytettyjä opioideja ovat morfiini ja kodeiini, ja valmisteet voidaan yksilöllisesti harkiten antaa joko suun kautta tai esimerkiksi kerta-annoksina tai jatkuvana infuusiona ihon alle tai laskimoon. (Lehto & Pöyhiä 2015b, 97–98.)

Opioidien kyky vähentää keskushermoston herkkyyttä hiilidioksidille aiheuttaa harkitsemattomasti käytettynä riskin hengitysvajaukselle. Kuitenkaan pelko hengitysvajauksen kehittymisestä ei saa olla esteenä asianmukaiselle opioidien käytölle hengenahdistuksen hoidossa. Asianmukaisia annoksia käytettäessä tutkimusten mukaan hengitysvajetta ei kehity. Opioidilääkitystä aloitettaessa tulee myös huomioida ummetuksen ehkäisy. (Lehto & Pöyhiä 2015b, 97–98.)

Hengenahdistus on usein luonteeltaan kohtauksittaista ja siihen usein liittyy ahdistusta ja jopa paniikkioireita. Bentsodiatsepiinien käytöllä pyritään hallitsemaan hengenahdistuksen taustalla mahdollisesti olevaa henkistä ahdistusta, jolloin yleensä hengenahdistuskin helpottaa. Vaikutus on yleensä myös toisin päin eli kun hengenahdistus helpottaa, usein myös henkinen ahdistus helpottaa samalla. Lehto & Pöyhiä (2015d, 98) kertovat pienestä tutkimuksesta, jossa midatsolaamin oli todettu tehostaneen morfiinin vaikutusta hengenahdistuksen lievittämisessä sekä toisesta tutkimuksesta, jossa midatsolaamin oli todettu olevan jopa morfiinia tehokkaampi hengenahdistuksen hoidossa. Bentsodiatsepiinit voidaan annostella suun kautta, tai mikäli suun kautta ottaminen ei onnistu voidaan lääke annostella kerta-annoksina tai infuusiona ihon alle tai laskimoon. (Lehto & Pöyhiä 2015d, 98.)

Yksilölliseen ja potilaskohtaiseen harkintaan perustuen palliatiivisen hoidon potilailla hengenahdistuksen helpottamiseksi voidaan kokeilla myös kortikostereiteita, inhaloitua furosemidia sekä teofylliinia. Bronkodilataattoreiden eli keuhkoputkia laajentavien lääkkeiden käyttöä ei kuitenkaan suositella sydämen vajaatoiminta-

potilaiden kohdalla, mikäli potilas ei sairasta myös keuhkohtaumatautia. Nitraattien käytöstä nukkumaan mennessä on todettu jonkin verran olevan hyötyä hengenahdistusoireeseen. (Mustonen. 2015, 498–499.)

Partanen & Lommi (2011) kuvaavat potilailla esiintyvän myös niin kutsuttua kuivaa yskää nesteen kertyessä keuhkoihin. Kuivalla yskällä kuvataan yskää, johon ei liity liman erittymistä tai yskösten nousemista. Yskä on hengitysteiden suojamekanismi mutta myös häiritsevä oire. Yskän laukaisevana tekijänä pidetään kemiallista ärsytystä reseptoreissa, joita sijaitsee esimerkiksi hengitysteissä, keuhkopussissa, ruokatorvessa sekä sydänpussissa. Yskä oireena heikentää elämänlaatua yskän vaikuttaessa esimerkiksi nukkumisen laatuun ja lisäksi yskään voi liittyä oksentelua, kipua sekä uupumista. (Partanen & Lommi 2011, 330.)

Yskän hoitokeinot liittyvät syyn hoitamiseen. Esimerkiksi yhtenä helpottavana hoitokeinona voi olla pleuranesteen punktoiminen. Lääkehoidossa voidaan kokeilla opioideja, kuten kodeiinia tai morfiinia. Puuduteinhalaatioita ja hengitysteiden kuivuutta sekä sitkeitä eritteitä irrottavaa keittosuolainhalaatiota voidaan kokeilla harkiten. Kurkunpään sulkeutumista lamaavaan puuduteinhalaatioon liittyy aspiraatoriski, joten ravintoa tai nesteitä ei voi nauttia noin tuntiin inhalaation jälkeen. Molempiin inhalaatioihin liittyy keuhkoputkia ahtauttavan reaktion riski ja tällöin edeltävästi tulisi potilasta lääkittää esimerkiksi salbutamolilla. (Lehto & Pöyhiä 2015e, 102-103.) Bronkodilataattoreita eli keuhkoputkia laajentavia lääkkeitä ei kuitenkaan suositella ensisijaisena vaihtoehtona sydämen vajaatoimintapotilaille (Mustonen 2015, 499).

Yskää ja hengenahdistusta aiheuttavat myös runsaat hengityseritteet, eli potilas on limainen. Yskää ja eritteiden irtoamista voi yrittää helpottaa esimerkiksi tekemällä pulloon puhalluksia tai käyttämällä flutter-laitetta (esimerkiksi Acabella®). Saattohoitovaiheessa asentohoito on hoitotyön keinoista tehokkain tapa vaikuttaa liman poistumiseen tai sen häiritsevyyteen ja myös esimerkiksi erilaisia täristely tai taputteluhoitoja voidaan kokeilla. (Lehto & Pöyhiä 2015e, 104.)

Limaisuuden lääkehoitoina voidaan käyttää antikolinergejä, kuten glykopyrronia tai butyyyliskopolamiinia. Olemassa olevia valmisteita ovat olemassa esimerkiksi

skopolamiini-laastarit leukakulmiin tai esimerkiksi atropiinisilmätippojen käyttö kielelle annosteltuna. Antikolinergien käyttöön liittyvät kuitenkin limakalvojen kuivuus sekä liman paksuuntuminen, joten tällöin antikolinergeja ei suositella jatkettavaksi palliatiivisessa hoidossa ja vaihtoehtoisena hoitona voidaan kokeilla keittosuolainhalaatioita tai mukolyyttejä. Antibiootteja voidaan muutaman päivän ajan kokeilla hengitysinfektioissa, kuitenkin hoitamatta pelkästään tulehdusarvoja vaan käytön tulisi perustua potilaan tilan parantamisen mahdollisuuteen. (Lehto & Pöyhiä 2015e, 104.)

Lähellä kuolemaa hengitysteiden irtoton lima ja sylki saavat aikaan niin kutsuttua kuolevan potilaan limarohinaa. Kuolinrohinää eli niin kutsuttua ”death rattlea” pidetään lyhyen ennusteen merkinä ja yleensä kolme neljästä potilaasta kuolee kahden vuorokauden kuluessa. (Lehto & Pöyhiä 2018b, 42.) Oletettua on, että kuolinrohinan alkaessa potilaan tajunnan taso on jo heikentynyt ja oire ei yleensä potilasta itseään häiritse. Potilaan läheisiä ääni saattaa huolestuttaa ja tällöin on tärkeää kertoa oireen luonteesta. Kuolinrohinan hoitotyön keinoja ovat lääkehoito ja limaimut. Liman imeminen voi helpottaa potilaan oloa ja vähentää rohinan ilmenemistä, mikäli limaa on pääasiassa suun ja ylänielun alueella. Alempiin hengitysteihin limaimuja ei tule tehdä. (Korhonen & Poukka, 2013.) Glykopyrrolaattia kerta-annoksina tai infuusiona voidaan käyttää, lääkehoidon tutkimusnäyttö tämän käytöstä kuitenkin puuttuu (Lehto 2021, 522).

Joillakin potilailla voi esiintyä elämänlaatua merkittävästi huonontavaa hikkaa, tällöin potilaan hikka kestää pitkään ja hikottelua voi esiintyä 4-60 kertaa minuutissa. Hikan hoitoon tulee kiinnittää huomiota, sillä hoitamattomana hikka on kivulias ja voi aiheuttaa esimerkiksi maha-suolikanavan eritteiden aspirointia keuhkoihin, oksentelua ja ahdistuneisuutta. Hikkaa aiheuttavia lääkkeitä ovat muun muassa opiaatit ja bentsodiatsepiinit. Hikan hoidossa voidaan kokeilla lyhytaikaisesti lääkehoitoa, esimerkiksi baklofeenia tai midatsolaamia. Lääkkeettömiä hoitotyön keinoja ovat kitalaen ja nielun stimulointi vanupuikolla, kitakielekkeen kottaminen lusikalla, kulmakarvojen yläpuolelta painaminen, kylmän nesteen juominen, hengityksen pidättäminen tai paperipussiin hengittäminen. (Pöyhiä & Lehto. 2015, 105-107.)



## 5.2 Turvotukset ja niiden hoitokeinot

Sydämen vajaatoiminta aiheuttaa laskimopaineen nousua, joka taas aiheuttaa nesteen kertymistä eri puolelle kehoa näkyvien turvotusten muodossa. Yleisimmät näkyvien turvotusten ilmenemispaidat ovat potilaan molemmat alaraajat. Vajaatoiminnan aiheuttama turvotus ilmenee pitting-ödeemana, eli kuoppaturvotuksena, jossa turvotusaluea painettaessa painettu alue jää selkeästi kuopalle eikä palaudu paineen poistuessa. Vuodepotilaalla nestettä voi kertyä myös lantion ja selän alueelle. Sydämen oikean kammion vajaatoiminta aiheuttaa nopeasti molemminpuolista alaraajaturvotusta mutta vasemman kammion vajaatoiminta yleensä kerryttää nestettä ensin mm. keuhkoihin, jolloin hengenahdistus yleensä ilmenee oireena ennen alaraajaturvotuksia. (Korhonen & Laine 2021.)

Lääkkeellisenä hoitona näkyviin turvotuksiin toimivat diureetit. Lääkkeettöminä hoitoina voidaan pitää esimerkiksi asentohoitoja kohoasentojen muodossa, alaraajojen kompressiohoitoja sekä potilaan mobilisointia mahdollisuuksien mukaan. Mikäli potilas seisoo tai istuu pitkiä aikoja paikoillaan, laskimopaine nousee ja aiheuttaa lisää turvotuksia. Pienikin liikkuminen esimerkiksi kävelyn tai jalkojen liikuttelun muodossa laskee tehokkaasti laskimopainetta alaraajoissa, jolloin turvotusten määrät laskevat. (Korhonen & Laine 2021; Käypä hoito -suositus 2017b.) Potilas voi myös esimerkiksi pyrkiä istumaan pitkään paikoillaan pyörätuolissa, jolloin tätäkin olisi hyvä mahdollisuuksien mukaan välttää. Mikäli potilas on jo vuodepotilas, huolehditaan asentohoidosta ja huomioidaan siinä mm. turvonneiden alueiden kohoasennot.

Kompressiohoitoa suositellaan muidenkin kuin laskimojen vajaatoimintaperäisten haavojen hoidoksi, ellei kompressiohoidolle ole vasta-aiheita. Ehdottomia vasta-aiheita ovat keuhkopöhö sekä merkittävä valtimoiden vajaatoiminta. Sydämen vajaatoiminta ei itsessään ole vasta-aihe mutta NYHA-IV-vaikeusasteen oireissa ei kompressiohoitoa suositella. (Käypä hoito -suositus 2021.)

## 5.3 Kipu ja kivun hoitokeinot

Kivulla tarkoitetaan epämiellyttävää kokemusta, joka liittyy kudonsvaurioon tai uhkaavaan kudonsvaurioon. Kipu on kuolevan potilaan oireena yleisin ja pelätty. On

arvioitu, että 41–77 %:lla sydänsairaista esiintyy kipua elämän loppuvaiheessa. Myös niin kutsuttua läpilyöntikipua esiintyy noin 63 %:lla potilaista. (Käypä hoitosuositus 2019.) Kivun päätyypit ovat nosiseptiivinen eli kudოსvauriokipu, neuropaattinen eli hermovauriokipu sekä näiden sekoitus. Kivun voimakkuutta tulee aktiivisesti arvioida, sillä arviointi ja kirjaaminen ovat edellytyksenä hyvälle kivun hoidolle. Arviointiin on kehitetty useampia erilaisia kipua mittaavia asteikkoja, kuten esimerkiksi VAS-kipujana, NRS numeerinen asteikko 0–10 sekä VRS sanallinen asteikko. Kivun hoidossa voidaan käyttää lääkkeellisten keinojen lisäksi myös lääkkeettömiä keinoja kuten esimerkiksi fysioterapiaa sekä psykologisia keinoja. (Heiskanen 2018.)

Kipu on oireena aliarvioitu sydämen vajaatoimintapotilailla verrattuna esimerkiksi syöpäpotilaisiin (Årestedt ym. 2021). Sydämen vajaatoimintapotilaat myös usein siirtyvät palliatiivisen hoidon piiriin myöhemmin kuin muut potilasryhmät, jolloin myös kivun hoidon aloitus voi viivästyä (Kiilavuori 2015; Lee & Hwang 2022). Kivusta ja kivun hoidosta on olemassa hyvin kattava Käypä hoitosuositus (Käypä hoito -suositus 2017a), jossa ohjeistetaan soveltaen noudattamaan samoja periaatteita sydämen vajaatoimintapotilaan kivun hoidossa kuin syöpäkivun hoidossa, sillä tutkimusnäyttöä palliatiivisen- tai saattohoitopotilaan muun kuin syövästä johtuvan kivun hoidosta ei ole ollut käytettävissä käypä hoito -suositusta tehtäessä.

Saattohoitovaiheen lääkehoito perustuu yleensä erivahvuisiin opioideihin. On suositeltavaa liittää hoitoon myös ei-opioidi kipulääke ja mahdollinen neuropaattisen kivun lääke, kuten esimerkiksi gabapentinoidi tai antidepressantti. Toisaalta esimerkiksi tulehduskipulääkkeet ovat vasta-aiheisia sydämen vajaatoimintapotilaan hoidossa. Parasetamolia ei enää suositella jatkuvan kivun hoitoon, mutta mikäli potilas kokee tästä hyötyvänsä, voidaan sitäkin edelleen käyttää. Pitkäaikaista, staattista kipua hoidetaan luonnollisesti jatkuvalla ja säännöllisellä lääkityksellä (esimerkiksi kipulaastarit, kipupumput, pitkävaikutteiset suun kautta otettavat opioidit) mutta varsinkin saattohoitovaiheessa tulisi varautua myös läpilyöntikipuun tarvittaessa annettavalla lyhyempivaikutteisella opioidilla tai esimerkiksi kipupumpun riittävillä bolus-määrillä. Hyvään kivun lääkehoitoon kuuluu myös ns.

kipukatastrofi- tai kipukriisi-tilanteeseen varautuminen, joka sisältää hyvän ennakosuunnitelman kivun hoidosta sekä kirjaukset tarvittavista kipulääkkeistä tällaista tilannetta varten, jotta hoitotiimi kykenee nopeasti reagoimaan nopeaan kivun kehittymiseen. Kivun tai muun oireen muututtua täysin sietämättömäksi voidaan elämän loppuvaiheessa harkita myös palliatiivisen sedaation toteutusta. (Käypä hoito -suositus 2017a.)

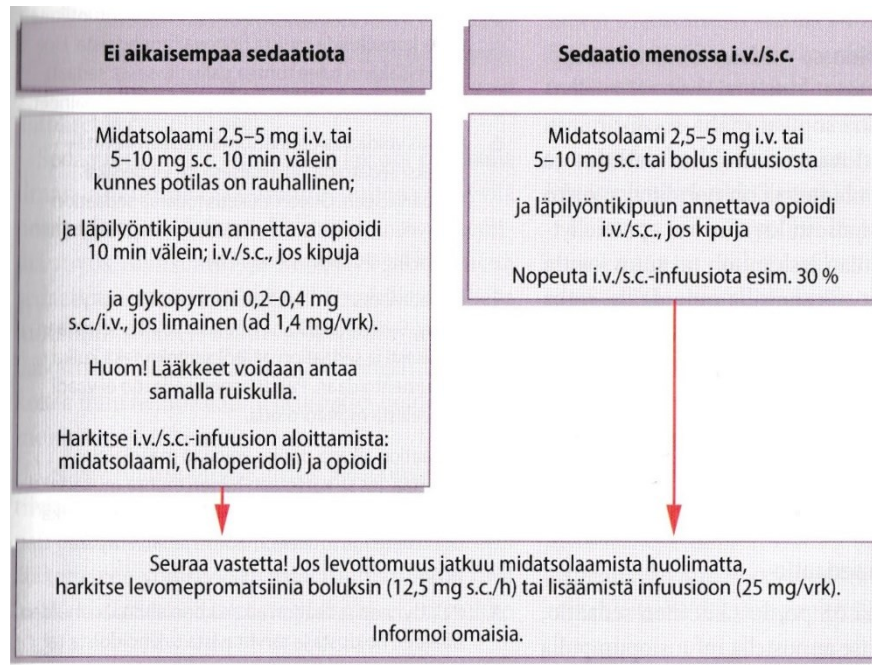
Lääkkeettömistä kivunhallintakeinoista saattohoitovaiheessa korostuvat erilaiset asentohoidot, psyykkisten tekijöiden osuus, liikkumisen aiheuttamien kipujen lievitys sekä esimerkiksi ruokailun aiheuttaman kivun lievitys. Potilasta tulisi pyrkiä tukemaan päivittäisissä toimissaan riittävillä apuvälineillä sekä riittävällä hoitajan avustuksella kivun kokemuksen minimoimiseksi. Potilaan kokema eksistentiaalinen kipu voi vahvistaa myös somaattisen kivun kokemusta, joten potilaan asianmukainen kohtaaminen sekä kuuleminen on tässä vaiheessa tärkeää. (Käypä hoito -suositus 2017a.)

Kivun on osoitettu olevan sydämen vajaatoimintapotilailla läheisesti yhteydessä uupumuksen sekä masennuksen kokemuksiin. Kivun hoidossa parhaan lopputuloksen saavuttamiseksi tulisi huomioida myös masennuksen ja uupumuksen vaikutus kipuun sekä toisaalta huomioida myös mahdollisen kivun vaikutus hoidettaessa potilaan ahdistus- tai masennusoireita. (Conley, Feder & Rederer 2015.)

#### 5.4 Palliatiivinen sedaatio

Palliatiivisella sedaatiolla tarkoitetaan sedaatiota, joka tehdään potilaan kanssa yhteisymmärryksessä joko hänen aiempien toiveidensa mukaisesti tai viimeistään sedaatiota harkittaessa, hänen viimeisiksi elinpäivikseen sietämättömän kivun tai muun sietämättömän oireen johdosta, mitä ei voida muilla keinoin riittävästi lievittää. Lääkäri voi lääketieteellisin perustein itsenäisesti päättää potilaan sedaatiosta, mikäli potilasta ei kyetä enää kuulemaan, mutta palliatiivisen sedaation mahdollisen tarpeen ennakkoinnilla pyritään mahdollistamaan myös potilaan tahdon kuuleminen asiasta päätettäessä. Palliatiivisen sedaation tavoitteena ei

ole edistää kuolemaa, vaan helpottaa kuoleman kriisin aiheuttamia oireita. Sedaatio tulisi pitää mahdollisimman kevyenä mutta riittävän syvänä oireiden lievittämiseen. (Pöyhiä 2015, 265-269; Käypä hoito-suositus 2019.)



Palliatiivinen sedaatio voidaan toteuttaa monilla eri lääkkeillä, esimerkiksi tässä taulukossa kuvatulla tavalla (Pöyhiä 2015, 269).

Potilaalla tai omaisilla voi olla vääriä käsityksiä esimerkiksi muiden hoitojen jatkuvuudesta sedaation aikana tai he voivat yhdistää sedaation eutanasiaan. Yleisimmät huolenaiheet ovat esimerkiksi ravitsemuksesta sekä nesteytyksestä huolehtiminen sedaation aikana. Palliatiivista sedaatiota toteutettaessa onkin erityisen tärkeää, että koko hoitotiimi sekä potilas ja hänen omaisensa ymmärtävät mistä on kyse ja mitä ollaan tekemässä ja että hoitotiimi kykenee omaisten / potilaan kysymyksiin sedaatioon liittyen vastaamaan. Palliatiivisen sedaation tavoitteet tulisi myös selkeästi määrittää sekä kirjata tavoitteet riittävän selkeästi, jotta sedaatiota toteuttavilla on riittävä ymmärrys sedaation tarkoituksesta. Sedaatio voidaan joissain tapauksissa toteuttaa myös jaksottaisena, esimerkiksi öiden ajaksi. (Pöyhiä 2015, 265-269.)

Palliativisen sedaation aikana toteutetaan potilaan perushoitoa sekä muuta oireenmukaista hoitoa normaaliin tapaan. Normaalit palliativisen hoidon erityisalueet korostuvat, esimerkkeinä asentohoidot sekä hygieniasta huolehtiminen. Sedaation aikana myös riittävästä kivun hoidosta on huolehdittava. Kuoleva sedoitettu potilas ei enää tarvitse erityistä ravitsemushoitoa tai nestehoitoa lääkemuutosten lisäksi. (Pöyhiä 2015, 265-269; Käypä hoito-suositus 2019.)

Erillistä koneellista monitorointia ei enää tässä vaiheessa tarvita, eikä esimerkiksi erilaisten laboratoriokokeiden tekeminenkään ole enää tarpeellista. Sedaatiota sekä potilaan tilaa tulisi kuitenkin arvioida 2–3 tunnin välein. Suoranaista omaa mittaria palliativisen sedaation seuraamiseen tai syvyyden arviointiin ei tällä hetkellä ole yleisesti käytössä, mutta potilaasta voidaan arvioida esimerkiksi kehon liikkeitä, kasvojen ilmeitä, hengitystä, ääntelyä, lihasjännityksiä sekä yleistä silmin ja käsin arvioitavissa olevaa olemusta. (Pöyhiä 2015 265-269; Käypä hoito-suositus 2019.)

## 5.5 Lääkehoidon sopeuttaminen

Elämän loppuvaiheessa olevan potilaan lääkityksestä karsitaan pääsääntöisesti kaikki sellaiset lääkkeet, joilla ei saavuteta välitöntä oireiden helpotusta. Lääkelistalla kuitenkin pidetään sellaisia lääkkeitä, joiden lopettaminen voisi aiheuttaa oireiden pahentumista tai lisääntymistä. Lääkemuotoihin kiinnitetään huomiota ja suun kautta otettavia tabletti-lääkkeitä voidaan vaihtaa nestemäisiin tai esimerkiksi nitrotabletit nitrolaastariin. Diabeetikoilla diabeteslääkkeitä karsitaan hypoglykemian eli matalan verensokerin välttämiseksi. Insuliinihoidot ja verensokerimittaukset lopetetaan potilaalla, jonka tajunnantaso on heikentynyt. (Rahko & Rajala 2020.)

Sekä diastolisessa että systolisessa vajaatoiminnassa oireisiin vaikuttava lääkehoito on samanlaista. Sairauden edetessä lääkehoitoa sopeutetaan palliativiseen vaiheeseen. Ennusteeseen vaikuttavia lääkkeitä aletaan purkamaan asteittain siinä vaiheessa, kun alkaa esiintyä merkittäviä haittavaikutuksia kuten oireita aiheuttavaa matalapaineisuutta, munuaisarvojen huonontumista tai kaliumarvon nousua. Ennusteeseen vaikuttavia lääkkeitä ovat beetasalpaajat, ACE-estäjät,

ATR-salpaajat tai esimerkiksi kaliumia säästävä diureetti. Tiatsidi ja loop-diureettien hyöty ja tärkeys potilaan oireiden hoitamisessa kuitenkin korostuu sairauden edetessä. Systolista vajaatoimintaa sairastavan potilaan kohdalla taustasairauksiin vaikuttavista lääkkeistä kohonneeseen verenpaineeseen käytetään samoja lääkkeitä kuin ennusteeseen vaikuttavissa lääkkeissä eli niitä jatketaan, kunnes haitat ohittavat hyödyt. Diastolista vajaatoimintaa sairastavan potilaan kohdalla verenpainelääkkeitä jatketaan, mikäli verenpaineet ovat korkeat, mikäli eivät niin lääkitys puretaan. Sydänlihasiskemian hoitoon tarkoitettuja lääkkeitä kuten nitraatteja jatketaan, mikäli ne potilaan oireita helpottavat. Sepelvaltimotautiläkkeet kuten statiinit yleensä lopetetaan, mikäli elinajan ennuste on alle viisi vuotta. (Mustonen 2015, 497; Käypä hoito -suositus 2019.) Rytmihäiriölääkkeiden kuten amiodaronia tai beetasalpaajien käyttöä jatketaan, mikäli niillä saadaan merkittävää hyötyä potilaan oireisiin (Käypä hoito -suositus 2017b).

Kuten hoitotyössä yleensäkin, lääkehoidon suunnittelu sekä sen vaikuttavuuden arviointi kuuluu lääkärille ja lääkehoidon toteutus ja sen vaikuttavuuden arviointi hoitohenkilökunnalle. Arvioinnissa hoitajan tekemien huomioiden lisäksi huomioidaan myös potilaan omat sekä hänen läheistensä tekemät huomiot ja nämä kirjataan potilasasiakirjoihin. Monilääkityksen ja sen tuomien riskien ymmärtäminen on palliatiivisessa hoitotyössä tärkeää, sillä monilääkitys saattaa lisätä potilaan oiretaakkaa ja olla jopa potilaalle vaarallista. (Surakka ym. 2015, 64-65.)

Lääkkeen vaikutuksia tulee arvioida jokaisen lääkkeen annon jälkeen, eikä mitään lääkettä tulisi antaa, ellei arvioita tehdä (Surakka ym. 2015, 65). Lääkehoitoa toteutetaan suun kautta niin kauan kuin potilas pystyy suun kautta niitä ottamaan ja niin kauan, kun lääkkeet suun kautta otettuina imeytyvät. Pieniä annoksia esimerkiksi opioideja voidaan antaa myös suun ja nenän limakalvoille. On kuitenkin tärkeää, että varaudutaan parenteraalisen lääkehoidon toteuttamiseen hyvissä ajoin. Tällöin ensisijaisena vaihtoehtona on ihon alainen lääkkeen anto, sillä lihaksen sisäiset injektiot tuottavat enemmän kipua ja laskimonsisäinen reitti voi olla toiminnaltaan epävarma. Lääkitys on mahdollista toteuttaa myös jatkuvana infuusiona lääkepumpulla tai kerta-annoksina ihonalaiskanyylin kautta. (Rahko & Rajala 2020.)

## 5.6 Tahdistinpotilaan palliatiivinen hoitotyö

Yleinen periaate on, että rytmihallintalaitetta ei poisteta saattohoitovaiheessa. Tätä perustellaan sillä, että poisto aiheuttaa potilaalle ylimääräistä kipua sekä altistaa komplikaatioille. Tahdistimen asentamista harkittaessa otetaan potilaan kokonaistilanne huomioon eikä esimerkiksi rytmihäiriötahdistinta lähdetä potilaalle asentamaan, mikäli muiden sairauksien vuoksi odotettu elinaika on alle vuoden mittainen. Tahdistimiin tehdään tarvittavia säätöjä elämän loppuvaiheessa, esimerkiksi DNR-päätöksen jälkeen rytmihäiriötahdistimen iskutoiminto tulisi kytkeä pois päältä. Tahdistimien säädöissä tausta-ajatuksena on mahdollisimman hyvä oireiden hoito. (Raatikainen 2018, 211.) Tahdistimen iskutoiminto tulee sulkea yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Mikäli iskutoiminto on päällä kuoleman lähestyessä ja laite alkaa antamaan iskutoimintoja, iskut saadaan lakkaamaan asettamalla magneetti tahdistimen päälle. (Käypä hoito -suositus 2017b.)

## 6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyömme tarkoituksena on laatia selkeä ja helppolukuinen sydämen vajaatoimintapotilaan saattohoidosta kertova opas akuuttiosaston henkilökunnan käyttöön. Oppaan tilaajana on Kuusamon terveyskeskuksen akuuttiosasto.

Opinnäytetyömme tavoitteena on lisätä sekä opinnäytetyön tekijöiden että akuuttiosaston henkilökunnan tietoisuutta hyvästä sydämen vajaatoimintapotilaan saattohoidosta sekä mahdollistaa heille tutkittuun tietoon perustuvien menetelmien käyttämistä sydämen vajaatoimintapotilaan hoitotyössä. Opinnäytetyön pohjalta tehdyn oppaan tavoitteena on olla hoitohenkilökunnan tukena sekä antaa tietoa ja valmiuksia laadukkaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteuttamiseen sydämen vajaatoimintaa sairastavien kohdalla.

Toiveenamme on, että aiheemme herättää keskustelua ja mielenkiintoa aihetta kohtaan. Tavoitteena on, että tulevat hoitotyön tekijät löytäisivät aiheemme äärelle ja ymmärtäisivät aiheemme tärkeyden. Kuten aiemmin on jo todettu, saattohoito usein mielletään syöpäsairauksiin liittyväksi ja muiden potilasryhmien kohdalla palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitovaiheeseen siirtyminen ajoitetaan usein liian myöhäiseksi. Siksi esimerkiksi juuri sydämen vajaatoiminnan loppuvaiheen potilaan oireiden vaikeus ja runsaus tulisi tulevaisuudessa ymmärtää paremmin, jotta potilaiden elämän loppuvaiheesta pystyttäisiin tekemään mahdollisimman hyvä. Tavoitteenamme on, että oppaamme innostaisi uusia opiskelijoita jatkamaan aiheemme parissa ja sisäistämään oppaidemme asioita osaksi omaa ammatillista kehittymistä.



## 7 MENETELMÄLLINEN TOTEUTUS

### 7.1 Toimeksiantajan kuvaus

Tämän opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Kuusamon terveyskeskuksen Akuuttiosasto. Akuuttiosasto on 34-paikkainen osasto, jolla hoidetaan akuuttia hoitoa tarvitsevia potilaita, tutkimus-, seuranta- ja jatkohoitopotilaita sekä syöpä- ja saattohoitopotilaita. Tarvittaessa osastolla hoidetaan myös eristystä vaativia potilaita. Osastolle tullaan joko Kuusamon terveyskeskuksen oman päivystyksen kautta tai jatkohoitopotilaina muista hoitolaitoksista, lähinnä OYS:sta.

Osastolla hoidetaan pääsääntöisesti sisätauti- sekä kirurgisia potilaita ja näin ollen sydämen vajaatoimintapotilas on varsin yleinen potilasryhmä osastolla. Osaston yhteydessä toimii myös syöpähoitaja ja osastolla onkin varsin hyvin keskitytty syöpäpotilaan hoitoon sekä saattohoitoon, mutta sydämen vajaatoimintapotilaan saattohoidon erityispiirteistä ei suoranaista ohjeistusta ole, joten tällaiselle oppaalle on tästä syystä tarvetta osastolla. Ehdotus tuottaa opinnäytetyönä opas osastolle tulikin aiemmin osastolla toimineelta sairaanhoitajalta, joka toimii nykyään terveyskeskuksen sydänhoitajana.

### 7.2 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee käytännön toiminnan kehittämistä, opastamista sekä järjeistämistä. Se voi tarkoittaa esimerkiksi oppaan tekoa, toiminnan ohjeistamista, toiminnan tai tapahtumien järjestämistä tai tuotteen valmistamista tai tuotteistamista. Tärkeää on, että toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus sekä sen raportointi. (Vilkka & Airaksinen 2003.) Meidän työssämme tämä käytännössä tarkoitti sitä, että valmistimme tuotteen eli oppaan sekä tuotimme prosessista raportin Lapin ammattikorkeakoulun käytäntöjen mukaisesti.

Oppaan teimme noudattaen lineaarista mallia. Lineaarinen malli on nimensä mukaisesti suoraviivainen malli, jossa opinnäytetyön valmistamista kuvataan lineaar-

risesti vaiheistettuna. Työskentelyssä edetään tavoitteen määrittelystä suunnitteluun, toteutukseen sekä prosessin päättämiseen ja lopuksi arviointiin. (Salonen 2013, Toikko & Rantanen 2009.)

### 7.3 Opinnäytetyön eteneminen vaiheittain

Opinnäytetyön etenemistä voidaan kuvata lineaarisena prosessina, johon kuuluvat ainakin neljä vaihetta; tavoitteen määrittely, suunnittelu, toteutus sekä päättäminen ja arviointi (Salonen 2013; Hakala 2022). Opinnäytetyötämme lähdimmeikin työstämään näiden vaiheiden mukaan.

Tavoitteen määrittämisvaiheessa hankimme opinnäytetyöllemme aiheen sekä päätimme toteuttaa opinnäytetyön toiminnallisena opinnäytetyönä oppaan tuottamisen muodossa. Aiheen hankimme lähettämällä sähköpostikyselyn Kuusamon terveyskeskuksen akuuttiosaston henkilökunnalle, joista valitsimme meitä kiinnostavan aihe-ehdotuksen.

Suunnitteluvaiheeseen kuuluvat mm. aiheeseen riittävä tutustuminen, tiedonhakumenetelmien valinta, yhteistyötahojen sekä toimijoiden määrittely, tekijöiden työnjaon suunnittelu, aikataulutuksen suunnittelu sekä käytettävien menetelmien valinta. Suunnitteluvaiheesta tulee myös laatia kirjallinen kehittämissuunnitelma, josta nämä asiat selviävät. (Salonen 2013). Meidän työhömmme peilaten tämä tarkoitti kirjallisen suunnitelman laatimista, jonka laadimme ennen toteutusvaihetta.

Tämän jälkeen siirryimme seuraavaan, eli toteutusvaiheeseen (tai työstövaiheeseen, kuten Salonen omassa mallissaan kuvaa), joka pitää sisällään varsinaisen työskentelyn ja tuotoksen valmistamisen. (Salonen 2013) Meidän tapaukssamme tämä tarkoitti sitä, että teimme vielä lopullisen tiedonhaun, jonka pohjalta tuotimme valmiit oppaat sekä laadimme työskentelystämme tämän opinnäytetyön raportin.

Prosessin päättämistä ja lopullista arviointia Salonen kuvaa myös viimeistelyvaiheena, johon kuuluvat sekä itse tuotoksen viimeistely että raportin viimeistely.

Tähän vaiheeseen kuuluvat myös tuotoksen esittely sekä levittäminen. (Salonen 2013.) Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että tässä vaiheessa viimeistelimme sekä oppaat että opinnäytetyön raporttimme sekä esittelemme molemmat tuotoksemme Lapin AMK:n käytäntöjen mukaisesti eli e-posterina julkistamistilaisuudessa. Tämä raportti liitteineen tullaan myös julkaisemaan Theseus- sekä Yksäpalveluissa.

## 8 OPINNÄYTETYÖN TUOTOS

Oppaat teimme noudattaen lineaarista mallia. Lineaarinen malli on nimensä mukaisesti suoraviivainen malli, jossa opinnäytetyön valmistamista kuvataan lineaarisesti vaiheistettuna. Työskentelyssä edetään tavoitteen määrittelystä suunnitteluun, toteutukseen sekä prosessin päättämiseen ja lopuksi arviointiin. (Salonen 2013, Toikko & Rantanen 2009.)

Oppaiden valmistuksessa noudatimme lineaarista mallia, mutta lisäsimme siihen yhden arviointi kierroksen, jossa pyysimme kommentteja akuuttiosaston henkilökunnalta sekä sydänhoitajalta. Spiraalimallin tai konstruktivisen mallin edellyttämiin koko prosessin jatkuviin arviointeihin tai edellisiin vaiheeseen palaamisiin emme siis kuitenkaan lähteneet, vaan rajasimme oppaan muokkaamisen kommenttien pohjalta yhteen kierrokseen.

Oppaiden suunnittelussa otimme huomioon hoitajat kohderyhmänä valitsemalla oppaassa käytetyn kielen ammattimaiseksi käyttämällä hoitajille tuttuja ammattitermejä. Välttääksemme tärkeäksi arvioimamme tiedon katoamista liiallisen tekstimäärän sekaan emme myöskään lyhyemmässä oppaassa aukaisseet asioita, joiden oletimme jo olevan osastolla pidemmän aikaa työskennelleen hoitajan tiedossa. Pidemmän version suunnittelimme vastaamaan paremmin uusien hoitajien sekä opiskelijoiden tarpeisiin, joilla ei vielä ole laajaa kokemusta saattohoidosta. Pidemmässä oppaassa avaamme kuolevan potilaan oireita kokonaisuutena, kuvaten kuitenkin näitä sydämen vajaatoimintapotilaan kautta.

Oppaiden valmistuksen aloitimme saatuaamme opinnäytetyön raportin tietopohjaosuuksien kirjoittamisen valmiiksi. Kävimme kokoamaamme tietopohjaa läpi ja koostimme eri vaiheista tärkeimmät asiat itse oppaisiin. Meillä molemmilla on aikaisemmalta lähihoitajan uraltamme kokemusta saattohoidosta ja sen toteuttamisesta sekä tietoa toimeksiantajatahon toimintaympäristöstä, joten valitsimme oppaisiin nostettavia aiheita osin tämän kokemuksemme perusteella sekä valikoimalla tutkimuksissa, teoksissa ja hoitosuosituksissa toistuvia ja korostuvia asioita.

Päädyimme tekemään oppaasta kaksi eri versiota: laajemman version lausemuotoon kirjoitettuna tietona, jossa käsittelemme myös yleisesti kuolevan potilaan oireita sekä lyhyemmän ”listaversion” jossa keskitytään enemmän sydämen vajaatoimintapotilaan kokemiin oireisiin. Lyhyemmän oppaan on tarkoitus mahdollistaa nopea perehtyminen aiheeseen jo itse sydämen vajaatoimintaan sekä saattohoitoon perehtyneelle henkilölle.

Oppaan toteutimme meille tutuimmalla työkalulla eli Power Point diaesityksenä. Päädyimme tähän ratkaisuun myös helpottaaksemme oppaiden jakelua henkilökunnalle sekä mahdollista oppaiden muokkausta jatkossa. Huomioimme oppaita tehdessämme kuitenkin myös mahdollisuuden tulostaa työ paperisena versiona ja oppaat ovat suunniteltu tulostettavaksi a4-kokoisena ilman että luettavuus kärsii.

Oppaista saimme henkilökunnalta yhden kommentin: *”Työnne on tiivis, asiallinen, kattava, opettava. Se oli hyvä ja tykkäsin! Oli mukava lukea työ, ja samalla olla onnellinen, että vihdoin; saattohoitoa saavat tulevaisuudessa myös sydämen vajaatoimintaa sairastavat potilaat, ehkä herkemmin, kuin aiemmin.”* Tämän perusteella oletamme, että oppaisiimme oltiin osastolla tyytyväisiä. Opinnäytetyötä ohjaavalta opettajalta saamamme palautteen perusteella hioimme vielä oppaan ulkonäköä sekä luettavuutta.

Koko prosessin ajan työnjakomme on sujunut moitteettomasti. Yhteisiä koontipalavereja on ollut helppo järjestää ja ymmärrystä on riittänyt molemmin puolin. Molempien elämässä on tapahtunut paljon kaikkea yhtä aikaa tämän prosessin aikana ja loppua kohden se on ehkä alkanut näkyä. Onneksi meillä molemmilla on ronski huumorintaju, joka on auttanut myös raskaan aiheen parissa. Alkuun jatkuva lukeminen kuolemasta ja kuolevan ihmisen kärsimyksen miettiminen oli uuvuttavaa. Molemmilla meillä on pitkä työkokemus lähihoitajina ja olemme kohdanneet kuolemaa niin työelämässä kuin yksityiselämässä. Vaikka aihe on raskas, tämän työn tekeminen kuitenkin antoi myös paljon ja auttoi meitä ymmärtämään yhä enemmän laadukkaan saattohoidon toteuttamisen tärkeyttä ja nimenomaan huomioimaan asian myös muiden kuin syöpäpotilaiden kohdalla.

## 9 POHDINTA

### 9.1 Eettiset lähtökohdat ja luotettavuuden tarkastelu

Opinnäytetyön eettisyyteen sisältyy luotettavuus sekä laatuarviointi. Eettisyyteen liittyy myös hyvä tieteellinen käytäntö, johon sisältyy tiedeyhteisön määrittelemien toimintatapojen noudattaminen sekä muiden aiempien töiden ja saavutusten kunnioittaminen ja huomioon ottaminen. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluvat avoimuus tuloksien julkistamisessa, sekä että tiedonhankinta-, arviointi-, sekä tutkimusmenetelmät soveltavat eettisesti kestäviä ja tieteellisen tutkimuksen mukaisia menetelmiä. (Tuomi & Sarajärvi 2018 & Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Opinnäytetyössämme emme käsittele henkilötietoja eikä työtämme ole kohdennettu kehenkään yksilöön tai rajattuun ihmisryhmään eikä työllämme myöskään ole rahoittajia tai tekijöillä sidonnaisuuksia. Näin ollen työmme eettiseen arviointiin kuului lähinnä tuotoksen luotettavuuden varmistaminen.

Eettisiin lähtökohtiin työmme valmistumiseen liittyen voitaneen mainita myös potilaan oikeus saada hyvää hoitoa (Laki potilaan asemasta sekä oikeuksista) sekä sairaanhoitajan velvollisuus tarjota mahdollisimman hyvää hoitoa sekä ylläpitää omaa osaamistaan hyvän ja laadukkaan hoidon mahdollistamiseksi (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä) jotka ohjaavat tavoitteitamme tämän työn valmistamisessa ja joita tukemaan valmistamaamme oppaita voidaan käyttää.

Opinnäytetyön tietoperustaa koostaessa olennaisinta on löytää ja käyttää mahdollisimman luotettavia sekä laadukkaita lähteitä (Kostamo, Airaksinen & Vilkkä 2022). Oppaan tietopohjaa koostaessa pyrimmekin käyttämään vain riittävän tuoreita sekä tutkimukselliseen näyttöön perustuvia lähteitä, joilla pyrimme varmistamaan oppaamme luotettavuuden. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että rajasimme lähteemme koskemaan tieteellisiä artikkeleita, käypähoito suosituksia, JBI-suosituksia sekä tarkasti arvioituja kirjallisia lähteitä. Lähteiden tuoreudessa py-

rimme noudattamaan kymmenen vuoden aikarajaa, mutta otimme vahvan harkinnan jälkeen mukaan muutamia vanhempiakin teoksia tuoreemman tiedon puuttuessa.

Tiedonhaussa käytimme Medic, Cinalh, Joanna Briggs instituten Ovid tietokantoja sekä hyvin rajatusti PubMedin tietokantaa. Hakusanojen muodostamisessa käytimme apuna Mesh/FinMesh sanastoa.

Myös plagiointi on vastoin opinnäytetyön tekemiseen (tai mihin tahansa muuhun akateemiseen kirjoittamiseen) liittyviä eettisiä periaatteita. Plagiointia voivat olla esimerkiksi epäselvät lähdemerkinnät tai keksityt lähteet sekä väitteet suoranaisen toisen tekstin varastamisen ohella (Vilkkä & Airaksinen 2003). Omassa työssämme merkitsemme käyttämämme lähteet selkeästi ja noudattaen Lapin ammattikorkeakoulun viitekäytäntöjä. Työmme tullaan myös tarkastamaan Turnitin plagioinnintunnistusohjelmalla.

## 9.2 Oman ammatillisen kasvun pohdinta

Sairaanhoitajan ammatillisista kompetensseista (Savonia AMK 2020) mielestämme yksi tärkeimmistä sekä työssämme eniten korostuvista on asiakaslähtöisyys. Tietoperustaa koostaessamme lähes jokaisessa kohdassa painotettiin sitä, että hoitotyön keinoja valittaessa sekä niitä toteuttaessa keskeistä on se, miten potilaat ne kokevat. Esimerkiksi hoitosuosituksissa oli usein maininnat ”voidaan kokeilla” tai ”jatketaan, mikäli se oireita helpottaa”.

Kompetensseista saattohoitotyön näkökulmasta korostuu kliininen hoitotyö. Jokaisen sairaanhoitajan tulee tietää perusasiat saattohoitoon liittyen, hallita tarvittava lääkehoidon osaaminen ja lääkkeettömien hoitokeinojen toteuttamismenettelmät sekä niiden hyödyntäminen hoitotyössä. (Savonia AMK 2020) Tämän opinnäytetyön tekeminen antoi meille työkaluja toteuttaa laadukkaampaa ja tuoreeseen, tutkittuun tietoon perustuvaa hoitotyötä saattohoitopotilaita hoitaessamme. Yhtenä tärkeänä seikkana opimme huomioimaan saattohoidon merkityksen ja tärkeyden nimenomaan sydämen vajaatoimintapotilaiden kohdalla. Pu-

huessamme opinnäytetyömme aiheesta muiden hoitotyötä tekevien kanssa aiheemme tärkeys kerta toisensa jälkeen korostui. Aiheemme tärkeyden ymmärtäminen oli meille erittäin merkityksellinen oppimiskokemus. Saimme opinnäyteprosessin aikana valmiuksia toimia tulevaisuudessa sydämen vajaatoimintapotilaan saattohoidon kehittäjinä, mikäli työuramme aikana saattohoitoa toteuttavassa yksikössä toimimme.

Lisäksi sairaanhoitajan ammatillisiin kompetensseihin kuuluvat esimerkiksi taito etsiä sekä ymmärtää erilaisia tutkimuksia, hoitosuosituksia sekä muuta hoitotieteellistä tietoa (Savonia AMK 2020). Tätä opinnäytetyötä tehdessämme pyrimme etsimään laadukasta ja tutkimuksellista tietoa mahdollisimman laajasti ja näin ollen taitomme sekä etsiä että lukea erilaisia lähteitä kehittyi. Opimme myös käyttämään yleisimpiä terveystieteiden tietokantoja.

Yhtenä kompetenssina on myös sairaanhoitajan riittävä osaaminen kehittämis-, innovaatio sekä tutkimuksellisessa toiminnassa (Savonia AMK 2020). Tämän opinnäytetyöprosessin aikana kehityimme näissä edellä mainituissa toiminnoissa, niiden suunnittelussa ja toteutuksessa sekä ymmärsimme kehittämistyön sisällön syvemmin sitä itse toteuttaessamme.

Sairaanhoitajan tulisi kyetä tuottamaan, jakamaan sekä hyödyntämään asiantuntijuutta erilaisissa hoitotiimeissä sekä ympäristöissä (Savonia AMK 2020). Tämän opinnäytetyön toteuttaminen oli meidän oman asiantuntijuutemme lisäämistä sydämen vajaatoimintapotilaan hoidosta perehtymällä tämän hetkiseen näyttöön perustuvaan tietoon aiheesta sekä sen koostamisesta lyhyeen muotoon.

Opinnäytetyötä tehdessämme perehdyimme saattohoitopotilaan hoitoketjuihin sekä palliatiivisen hoidon kolmiportaiseen järjestämismalliin. Opimme, mitä saattohoidon järjestäminen vaatii hoitoa järjestäviltä yksilöiltä sekä hoitoa toteuttavalta henkilökunnalta mallin eri tasoilla. Tämän opinnäytetyön tekeminen antoi meille valmiuksia jatkossa ohjata kuolevia potilaita ja sydämen vajaatoimintaa sairastavia potilaita sekä heidän omaisiaan.



### 9.3 Jatkokehittämisaiheet

Tuottamamme opas jää Akuuttiosaston henkilökunnan käyttöön ja olemme antaneet heille luvan jatkossa muokata opasta, mikäli tarvetta tähän ilmenee. Mikäli osastolla tulevaisuudessa tehdään saattohoitoon liittyviä ohjeistuksia tai oppaita henkilökunnan käyttöön, tai työntekijöiden sekä opiskelijoiden perehdytykseen, voidaan tuottamaamme opasta käyttää näiden osana.

Saattohoitoa on pitkään keskitytty kehittämään syöpäpotilaiden lähtökohdista ja näistä saatua tietoa sekä kehitettyjä toimintamalleja sovelletaan laajaan kirjoon eri potilasryhmiä. Suomessa kuitenkin kuolee enemmän potilaita esimerkiksi sydänperäisiin syihin kuin syöpäsairauksiin, joten tulevaisuudessa olisi hyödyllistä kehittää eri potilasryhmille omia saattohoidon suosituksia sekä tehdä tutkimusta eri potilasryhmien kokemista oireista elämän loppuvaiheen aikana.

## LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Buure, T., Ekola, S., Partamies, S. & Sulosaari, V. 2020. Kliininen hoitotyö. 8.-9. painos. Sanoma Pro Oy.

Björkman, M., Palviainen, J., Laurila, J., Tilvsi, R. 2007. Lääkärilehti. Iäkkäiden dementiapotilaiden kivun arviointi – Kahden kipumittarin vertailu. Viitattu 28.1.2023 <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/iakkaiden-dementiapotilaiden-kivun-arviointi-kahden-kipumittarin-vertailu/>

Blinderman, C. D., Homel, P., Billings, J.A., Portenoy, R.K & Tennstedt, L.J. 2008. Symptom Distress and Quality of Life in Patients with Advanced Congestive Heart Failure. Journal of pain and symptom management, Volume 35 Issue 6: 594-603. Viitattu 9.2.2023. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.06.007>

Conley, S., Feder, S. & Redeker, N.S. 2015. The relationship between pain, fatigue, depression and functional performance in stable heart failure. Heart & Lung: Volume 44, Issue 2:107-112, <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.07.008>.

Duodecim. 2022. Vatsatauti ja ripuli. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 1.2.2023 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00059#s3>

Evangelista, L.S., Sackett, E. & Dracup, K. 2009. Pain and Heart Failure: Unrecognized and Untreated. European Journal of Cardiovascular Nursing, Volume 8, Issue 3: 169–173. Viitattu 9.2.2023 <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2008.11.003>

Heiskanen, T. 2018. Kipu ja sen hoitoperiaatteet. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hietanen, H. & Juutilainen, V. 2018. Painehaava. Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. 4. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Hietanen, H. 2018. Painehaava. Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.) Haavanhoidon periaatteet. 4. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Hillilä, M. 2015a. Ummetuksen hoito. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hillilä, M. 2015b. Ummetus. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hillilä, M. 2018. Ummetus. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Huttunen, M. 2018. Sekavuustila (delirium). Duodecim. 30.11.2018. Viitattu 8.2.2023 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00357>

Hänninen, J & Pöyhiä, R. 2015. Väsymyksen diagnostisointi ja hoito. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hänninen, J & Pöyhiä, R. 2018a. Nestehoito. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Hänninen, J & Pöyhiä, R. 2018b. Väsymys. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Hänninen, J 2015a. Milloin saattohoitoa? Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hänninen, J 2015b. Oireiden esiintyvyys palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hänninen, J 2015c. Saattohoito. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hänninen, J. 2018. Oireiden ja ennusteen arviointi palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Isoherranen, K. 2015. Haavat. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Isoherranen, K. 2018a. Kutina. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Isoherranen, K. 2018b. Hikoilu. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Isoherranen, K. 2018c. Haavat. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Isoherranen, K. 2018d. Ihoinfektiot. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Janes, R. 2015. Deliriumin etiologia ja oireet. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas: Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kiilavuori, K. 2015. Liikunta sydämen vajaatoiminnan hoidossa. Suomen lääkärilehti 36/2015, 2242–2245. Viitattu 9.2.2023.  
[https://extra.epaper.fi/lehti/laakarilehti/\\_read/36-2015/123653.html?p=42](https://extra.epaper.fi/lehti/laakarilehti/_read/36-2015/123653.html?p=42)

Korhonen, P. & Laine, K. 2021. Alaraajaturvotus. Lääketieteellinen aikakauskirja duodecim: 2021;137(13):1407-14. Viitattu 9.2.2023.  
<https://www.duodecimlehti.fi/duo16317>

Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. 129(4):440-5. Viitattu 19.1.2023 <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10821#s4>

Kostamo, P., Airaksinen, T., & Vilkka, H. 2022. Kirjoita itsesi asiantuntijaksi: Opas toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Helsinki: Art House.

Käypä hoito -suositus 2016. Liikunta. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 9.2.2023.  
<https://www.kaypahoito.fi/hoi50075#K1>

Käypä hoito -suositus 2017a. Kipu. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 21.10.2022. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103>

Käypä hoito -suositus 2017b. Sydämen vajaatoiminta. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Viitattu 26.1.2023 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50113#s22>

Käypä hoito -suositus 2019. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 25.9.2022.  
<https://www.kaypahoito.fi/hoi50063?tab=suositus#K1>

Käypä hoito -suositus 2021. Krooninen alaraajahaava. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 11.2.2023. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50058>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559

Lee JH, Hwang KK. 2022. End-of-Life Care for End-stage Heart Failure Patients. Korean Circ J. 2022 Sep;52(9):659-679. Viitattu 9.2.2023.  
<https://doi.org/10.4070/kcj.2022.021>

Lehto, J & Pöyhiä, R. 2015a. Hengenahdistuksen lääkkeetön hoito. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Lehto, J & Pöyhiä, R. 2015b. Hengenahdistuksen oireenmukainen lääkehoito. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Lehto, J & Pöyhiä, R. 2015c. Hengenahdistus. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Lehto, J & Pöyhiä, R. 2015d. Hengenahdistusoireen arviointi. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Lehto, J & Pöyhiä, R. 2015e. Muut hengitysteiden oireet ja niiden hoito. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Lehto, J & Pöyhiä, R. 2018a. Hengenahdistus. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Lehto, J & Pöyhiä, R. 2018b. Hengitystie-eritteet. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Lehto, J & Sioris, T. 2015. Pleuraneste. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Lehto, J. 2015. Saattohoitopäätös. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Lehto, J. 2018. Hoitosuunnitelma. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Lehto, J. 2021. Keuhkosairauksien palliatiivinen hoito. Teoksessa: Kaarteenaho R., Halme, M., Koskela, H. & Saaresranta (toim.). Keuhkosairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Lehto, J., Anttonen, A. & Sihvo, E. 2013. Hengenahdistuksen ja muiden hengitystieoireiden palliatiivinen hoito. 129(4):395-402. Viitattu 27.1.2023 <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10828>

Lehto, J., Marjamäki, E., Saarto, T. 2019. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. 135(4):335-42. Viitattu 17.1.2023 <https://www.duodecimlehti.fi/duo14788>.

Lommi, J. 2011a. Akuutin vajaatoiminnan kehittyminen. Teoksessa: Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Lommi, J. 2011b. Sydämen vajaatoiminnan syyt ja mekanismit. Teoksessa: Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Lommi, J. 2011c. Vajaatoiminnan ja esiintyminen ja ennuste & Vajaatoiminnan laboratorio ja kuvantamistutkimukset. Teoksessa: Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Moryś, J., Bellwon, J., Höfer, S., Rynkiewicz, A. & Gruchała, M. 2016. Quality of life in patients with coronary heart disease after myocardial infarction and with ischemic heart failure. Arch Med Sci 2016;12(2):326–333. Viitattu 9.2.2023. <https://doi.org/10.5114/aoms.2014.47881>

Mustonen, P. 2015. Sydämen vajaatoiminnan yleiset hoitolinjat ja palliatiivinen hoito. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mustonen, P. 2018. Sydämen vajaatoiminnan loppuvaiheen hoito. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mäkijärvi, M. 2011. Sydänsairaudet ja niiden syyt. Teoksessa: Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mäkinen, T. 2017. Saattohoidossa suu on usein kipeä – näin helpotat potilaan oireita. Työelämä. Tehy-lehti. Viitattu 28.1.2023 <https://www.tehylehti.fi/fi/tyoelama/saattohoidossa-suu-usein-kipea-nain-helpotat-potilaan-oireita>

Nivala-Huhtaniska, N. & Nousiainen, A. 2015. Kuolevan potilaan suun hoito. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Nordgren, L. & Sörensen, S. 2003. Symptoms Experienced in the Last Six Months of Life in Patients with End-Stage Heart Failure, European Journal of Cardiovascular Nursing, Volume 2, Issue 3: 213–217. Viitattu 9.2 2023. [https://doi.org/10.1016/S1474-5151\(03\)00059-8](https://doi.org/10.1016/S1474-5151(03)00059-8)

Nousiainen, A. & Nivala-Huhtaniska, N. 2015. Suun oireet ja suun tutkiminen. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Nousiainen, A. & Nivala-Huhtaniska, N. 2015b. Suun stomatiitit ja mukosiitti. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Nousiainen, A. & Nivala-Huhtaniska, N. 2018. Suun oireet. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Partanen, L & Lommi, J. 2011. Tavallisimmat vajaatoiminnan vaikeutumiseen viittaavat oireet ja merkit. Teoksessa: Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Piepoli, M.F., Conraads, V., Corrà, U., Dickstein, K., Francis, D.P., Jaarsma, T., McMurray, J., Pieske, B., Piotrowicz, E., Schmid, J.-P., Anker, S.D., Solal, A.C., Filippatos, G.S., Hoes, A.W., Gielen, S., Giannuzzi, P. & Ponikowski, P.P. 2011. Exercise training in heart failure: from theory to practice: A consensus document of the Heart Failure Association and the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *European Journal of Heart Failure*, 13: 347-357. Viitattu 9.2.2023. <https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfr017>

Poukka, P & Korhonen, T. 2015. Hengitystieoireiden lääkehoito saattohoidossa. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Pöyhiä, R. & Hänninen, J. 2015. Kuivumistilan tutkiminen ja hoito. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Pöyhiä, R. & Lehto, J. 2015. Hikka. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Pöyhiä, R. 2015. Palliatiivinen sedaatio. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Raatikainen, P. 2018. Tahdistin- ja rytmihäiriötahdistinpotilaan palliatiivinen hoito. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Rahko, E & Koskela, R. 2018. Pahoinvointi ja oksentelu. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Rahko, E. & Rajala, K. 2020. Saattohoito terveyskeskuksen vuodeosastolla. 136(13):1605-13 *Duodecim-lehti*. Viitattu 8.2.2023 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103#s9>

Saarelma, O. 2022. Virtsaumpi. *Duodecim* 10.3.2022. Viitattu 3.2.2023 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00346>

Saarto, T. 2015. Palliatiivisen hoidon määritelmä. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Saarto, T. 2018. Krooninen ripuli. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Saarto, T. 2023. Palliatiivisen hoidon integraatio osaksi kuolemaan johtavien kroonisten sairauksien käypää hoitoa – Pääkirjoitus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim: 139(2):85-7. Viitattu 13.2.2023.  
<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2023/2/duo17207>

Saarto, T., Finne-Sorvari & asiantuntijatyöryhmä. 2019. Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4126-7>. Viitattu 24.9.2022.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön -Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 7.11.2022.  
<https://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Savonia AMK. 2020. Yleissairaanhoitajan (180 op) osaamisvaatimukset ja sisällöt. Viitattu 9.4.2023. <https://blogi.savonia.fi/ylesharviointi/2019/01/31/yleissairaanhoitajan-180-op-osaamisvaatimuslauseet-ja-sisallot-julkaistu/>.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt. 2020. Helsinki: Tilastokeskus viitattu: 7.11.2022. [http://www.stat.fi/til/ksyyt/2020/ksyyt\\_2020\\_2021-12-10\\_kat\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2020/ksyyt_2020_2021-12-10_kat_001_fi.html)

Surakka, T., Mattila, K-P., Åstedt-Kurki, P., Kylmä, J. & Kaunonen, M. 2015. Palliatiivinen hoitotyö – Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Helsinki: Fioca Oy

Taari, K. 2015a. Virtsankarkailu. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Taari, K. 2015b. Virtsateiden oireet. Teoksessa: Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Toikko, T & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta - Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. 3. korjattu painos. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Viitattu 7.11.2022.  
[https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko\\_Rantanen\\_Tutkimuksellinen\\_kehittamistoiminta.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko_Rantanen_Tutkimuksellinen_kehittamistoiminta.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Tolppanen, H. 2021. Sydämen kroonisen vajaatoiminnan diagnostiikka. Duodecim lehti. Viitattu 25.9.2022 <https://www-duodecimlehti-fi.ez.lapinamk.fi/xmedia/duo/duo16366.pdf>.



Tunturi, S. 2022. Ummetus. Duodecim 18.2.2022. Viitattu 31.1.2023  
<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00092>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta – Tenk ry. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa: tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 18.11.2022. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf).

Valvira. 2020. Elämän loppuvaiheen hoito. Valvira 20.4.2020. Viitattu 24.9. 21.10.2022 [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito).

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Årestedt, K., Brännström, M., Evangelista, L. S., Strömberg, A., and Alvariza, A. 2021. Palliative key aspects are of importance for symptom relief during the last week of life in patients with heart failure. ESC Heart Failure, 8: 2202– 2209. Viitattu 9.2.2023. <https://doi-org.ez.lapinamk.fi/10.1002/ehf2.13312>

## LIITTEET

- Liite 1. Sydämen vajaatoimintapotilaan saattohoidon erityispiirteet – Opas Kuusamon Akuuttiosaston henkilökunnalle, pidempi versio
- Liite 2. Sydämen vajaatoimintapotilaan saattohoidon erityispiirteet – Opas Kuusamon Akuuttiosaston henkilökunnalle, lyhyempi versio

Liite 1.

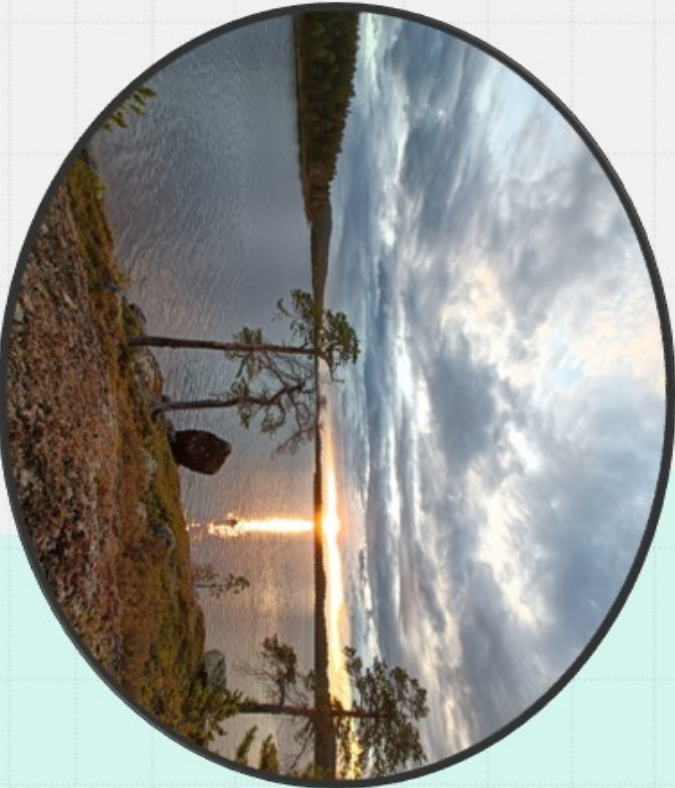
# Sydämen vajaatoimintapotilaan saattohoidon erityispiirteet

## Opas Kuusamon Akuutiosaston henkilökunnalle

Sairaanhoitajaopiskelijat:  
Tiia Kyrö & Veli-Pekka Huovinen

**LAPIN AMK**  
Lapland University of Applied Sciences

**Pohde**  
Pohjois-Pohjanmaan  
hyvinvointialue



*”Täällä pohjantähden alla on nyt kotomaamme  
Mutta tähtein tuolla puolen toisen kodon saamme  
Täällä on kuin kukkasella aika lyhyt meillä  
Siellä ilo loppumaton niin kuin enkeleillä”*

Tapio Rautavaara - Täällä pohjantähden alla

## SYDÄMEN VAJAAATOIMINTA & PALLIATIIVINEN HOITO

\* Vuonna 2020 Suomessa kuoli 55498 ihmistä, joista erilaisiin verenkiertoelimien sairauksiin 18496. Tilastoiduista 13 411 kuolemasta verenkiertoelimien sairaudet olivat yleisin kuolinsyy ja toiseksi yleisin kuolinsyy olivat erilaiset kasvaimet ja syövät.

\* Palliatiivinen hoito sekä saattohoito mielletään hyvin usein syöpäpotilaisiin liittyväksi mutta arviolta 60 % palliatiivisen hoidon tarvisijoista on muita kuin syöpäpotilaita. Usein myös palliatiiviseen vaiheeseen ja saattohoitoon siirtyminen viivästyy muilla potilasryhmillä kuin syöpäpotilailla

\* Sydämen vajaatoimintapotilaat kokevat elämänsä loppuvaiheessa monia vaikeita oireita kuten kipua, uupumusta, fatiikkia sekä hengenahdistusta. Heille kuitenkin harvoin tehdään selkeitä palliatiivisen tai saattohoidon päätöksiä tai selkeää elämän loppuvaiheen suunnitelmaa



## KUOLEVAN POTILAAN TYPILLISET OIREET

Suun alueen ongelmat sekä hikka

Ummetus / Ripuli

Virtsaamiseen liittyvät ongelmat

Väsymys, kiihtuminen, kuivuminen

Pahoinvointi sekä oksentelu

Keskushermosto-oireet

Ihon oireet

## SYDÄMEN VAJAATOIMINTAPOTILAILLA ERITYISESTI

Kipu

Hengenahdistus, yskä, limaisuus

Turvotukset / Nestelasti



## SUUN ALUEEN OIREET

- \* Ongelmien taustasy voi olla toiminnallinen tai liittyy esimerkiksi lääkahoitoon. Kuivan suun taustalla ovat usein opioidit, diureetit, neuroleptit sekä pahoinvointi-, masennus- ja verenpainelääkkeet.
- \* Oireina voivat olla esimerkiksi toiminnallinen haitta, punoitus, kipu sekä turvotus. Myös imusolmukkeiden laajentuminen tai kosketusarkuus voivat kertoa myös suun alueen tulehduksesta.
- \* Yleisimmät ongelmat ovat suun sekä limakalvojen kuivuminen (nesteiden p.o saannin loppumisen myötä), eri sienten aiheuttamat ongelmat sekä parodontiitti ja aftat.
- \* Herpesinfektiossa suun limakalvoille ilmestyy kivuliaita rakkuloita joiden puhjetessa syntyy kivuliaita haavaumia.
- \* Sieni-infektio oireilee usein kipuna, suun kuivumisena, poltteluna sekä nielemisvaikeuksina ja makuaisin puutoksena. Sieni-infektioista kertoo myös limakalvoille ilmestyvät vaaleat peitteet joiden alla oleva limakalvo on punoitava.
- \* Sydämen vajaatoimintapotilailla saattohoidossa suuta hoidetaan kuten muidenkin saattohoitovaiheen potilaiden suuta hoidetaan.
- \* Tärkeintä suun hoidossa on ylipäänsä se, että suun hoito huomioidaan hoitohenkilökunnan toimesta ja että suun tilanne tarkistetaan säännöllisesti.

\* Kuivumista sekä "karstan" kertymistä voidaan hoitaa/estää säännöllisellä suun hoidolla, kostutus sitruunatikuilla, hieromalla öljyä suun pinnoille sekä puhdistamalla suuta säännöllisesti kahdesti vuorokaudessa joko harjaten tai esimerkiksi kostutetuilla taitoksilla.



## UMMETUS, RIPULI SEKÄ VIRTSAAMINEN

### UMMETUS:

- \* Ummetusta aiheuttavat usein eri lääkehoidot, kuten opioidit sekä muut palliatiivisessa hoidossa käytettävät lääkkeet. Taustalla voi olla myös kuivuminen, elektrolyytihäiriöt tai esimerkiksi yksityisyyden puute.
- \* Ummetus voi aiheuttaa myös virtsaumpea sekä sekavuutta.
- \* Ummetuksen hoidossa palliatiiviselle potilaalle kuituvalmisteet eivät sovi, koska niiden kanssa tulisi nauttia runsaasti nesteitä eikä tämä usein onnistu palliatiivisen potilaan kanssa.
- \* Opioidien aiheuttamaa ummetusta voidaan muiden keinojen ollessa riittämättömiä voidaan ummetusta yrittää laukaista opioidi-antagonisteilla.
- \* Kuoleman lähestyessä ja potilaan tajunnan laskiessa suolen toiminta ei enää ole ongelma, jota tarvitsisi hoitaa.

### RIPULI:

- \* Ripuli on palliatiivisilla potilailla harvinainen ja yleensä se johtuu liiallisesta ummetuslääkkeiden käytöstä tai se on osittaisen suolitukoksen aiheuttamaa ohivuotoripulia.
- Ripulia hoidetaan syymukaisesti. Palliatiivisilla potilailla yleisimmin käytettävä lääke on heikko opioidi Loperamidi.

### VIRTSAAMINEN:

- \* Saattohoitopotilaalla usein nesteiden saaminen on vähäistä, jolloin virtsämäärät luonnollisesti vähenevät. Virtsaaamisen ongelmat toki ovat yleisiä myös saattohoitopotilailla esimerkiksi virtsaummen tai virtsankarkailun muodossa.
- \* Sydämen vajaatoimintapotilaan rakko tulisi katetroida tyhjentää riittävän hitaasti (15min), koska rakon liian nopea tyhjentäminen voi lisätä laskimopaluuta raajoista ja näin ollen kuormittaa liikaa sydäntä.





## VÄSYMYS, KUIHTUMINEN

\* Väsymys, heikkous sekä energian puute ovat yleisiä palliativisilla potilailla. Näiden taustalla voivat olla sairauksien etenemisen lisäksi myös lääkehoidon sivuvaikutukset sekä psyykkiset tekijät.

- \* Väsymyksen hoidossa elämänloppuvaiheessa nestehoidoista, ravitsemuksen turvaamisesta sekä anemian korjaamisesta esimerkiksi punasoluputuksin voidaan luopua.

- \* Tärkeintä on ymmärtää, mistä on kyse. Sairaalahoidossa olevan potilaan vuorokausiyritymin turvaaminen, toimintojen ajoittaminen potilaan voimavarat huomioiden sekä toimintojen sopeuttaminen ovat hoitotyön keinoja.

- \* Lääkehoidon tarkistaminen ja tarkentaminen, oirehoito turvaten.

"Ihminen ei kuole koska hän ei syö, vaan hän ei syö koska on kuolemassa".



## PAHOINVONTTI JA OKSENTELU

- \* Pahoinvointi on yleistä kuolevalla potilaalla.
- \* Pahoinvoinnin taustalla voi olla ummetus, lääkkeet (opioidit), suolitukos, metaboliset syyt kuten aliravitsemus tai infektiot
- \* Toisaalta sydämen vajaatoimintapotilaalla pahoinvointi on harvinainen itse sairaudesta johtuvana vaan yleensä taustalla on lääkityksestä johtuva pahoinvointi
- \* Lääkkeettömiä hoitokeinoja ovat esimerkiksi s.c tai i.v - nesteytys, mieliruokien tarjoaminen, lisäravinne-juomat jne.
- \* Lääkkeellisinä keinoina voidaan käyttää haloperidolia (serenase) tai levomepromatsiinia

## KESKUSHERMOSTO-OIREET

\* Yleisenä oireena sekavuutta, deliriumia

\* Sekavuuden voi laukaista stressi, univaje, vieras ympäristö tai esimerkiksi opioidien tai bentsodiatsepiinien käyttö sekä myös palliatiivisen potilaan hoitamaton henkinen ahdistus voi johtaa sekavuuteen

\* Kuolevan potilaan viimeisten päivien sekavuutta ei voida välttämättä kokonaan korjata, mutta oireita voidaan lievittää

\* Sekavuuden hoidon lähtökohdانا on rauhoittaa tilanne ja selvittää sekavuuden syy, jotta tätä syytä päästäisiin hoitamaan

\* Opioidien käyttö voi johtaa sekavuuteen, tällöin voidaan sekavuutta yrittää hoitaa esimerkiksi haloperidolilla

\* Hoidon kulmakivenä tietenkin lääkkeettömät hoitokeinot, mutta tarvittaessa voidaan käyttää esimerkiksi haloperidolia tai risperidonia.



# IHO

\* Elämän loppuvaiheessa potilaalla esiintyvä kutina voi olla monisyistä. Syyt voidaan jakaa iholähtöiseen, neuropaattiseen, neurogeeniseen ja psykogeeniseen. Kutina voi johtua myös lääkkeistä.

\* Kutinan hoidossa voidaan käyttää erilaisia paikallishoitokeinoja kuten rasvapesuja, perusrasvauksia sekä kortisonivoiteita.

\* Lääkkeellisiä hoitokeinoja on useita eri synty/mekanismien mukaan, esimerkiksi gapabentiinillä voi helpottaa neuropaattista kutinaa kun taas elämän loppuvaiheen potilailla kutina on harvoin histamiini-välitteistä jolloin antihistamiineista on vain vähän hyötyä. Jonkun verran potilas voi hyöttyä paikallishoitona 1% mentoliliuoksesta tai 2.5% lidokaiini liuoksesta tai -geelistä.

\* Kuolevan potilaan yleisenä oireena on liika hikoilu sekä yöhikoilupuuskat. Hikoilun taustalla voivat olla lääkkeetkin. Hikoilun hoidossa voidaan potilaskohtaisesti kokeilla esimerkiksi masennuslääkkeitä.

\* Kuolevan potilaan haavojen hoidossa keskitytään enemmän kivunhallintaan sekä esimerkiksi erittämisen ja hajun vähentämiseen kuin haavojen suoranaiseen parantumiseen tähtäävään hoitoon.



## KIPU

\* On arvioitu että 41-77% sydänsairaista kokee kipua elämänsä loppuvaiheessa. Sydämen vajaatoimintapotilaat kokevat eri tutkimuksissa kipua 64-75%.

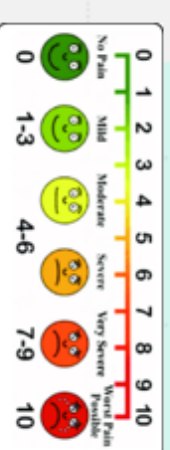
\* Kipu on oireena aliarvioitu sydämen vajaatoimintapotilaalla esimerkiksi syöpäpotilaisiin verrattuna.

\* Sydämen vajaatoimintapotilaat myös siirtyvät muita myöhemmin palliativisen hoidon piiriin, jolloin myös kivun hoidon aloitus voi viivästyä.

\* Lääkkeettöminä keinoina saattohoitovaiheessa korostuvat esimerkiksi erilaiset asentohoidot, psyykkisten tekijöiden osuus, liikkumisen sekä esimerkiksi ruokailun aiheuttama kipu. Potilasta tulisi pyrkiä avustamaan päivittäisissä toimissaan riittävällä apuvälineillä sekä riittävällä hoitajien tuella.

\* Potilaan kokema eksistentiaalinen kipu voi vahvistaa somaattisen kivun kokemusta tai toisinpäin, joten potilaan asianmukainen kohtaaminen korostuu saattohoitovaiheen kivunhoidossakin.

\* Kivun on osoitettu olevan sydämen vajaatoimintapotilailla läheisesti yhteydessä potilaan uupumuksen, ahdistuksen sekä masennuksen kokemuksiin, joten kivunhoidossa parhaan tuloksen saamiseksi tulisi huomioida myös masennuksen vaikutus kipuun sekä toisaalta huomioida mahdollisen kivun vaikutus hoidettaessa potilaan ahdistus- sekä masennusoireita.





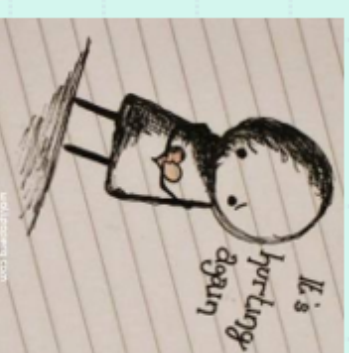
# KIPU

\* Saattohoitovaiheen kivun lääkehoito perustuu erivahvuisiin opioideihin. On suositeltavaa liittää hoitoon myös ei-opioidi kipulääke ja mahdollinen neuropaattisen kivun lääke kuten esimerkiksi gabapentinioidi tai antidepressantti.

\* Toisaalta esimerkiksi tulehduskipulääkkeet ovat vasta-aiheisia sydämen vajaatoimintapotilaan hoidossa. Parasetamolia ei myöskään enää tässä vaiheessa suositella kipulääkkeeksi, mutta mikäli potilas tästä kokee hyötyvänsä ei mitään estettäköön tämän käytölle ole.

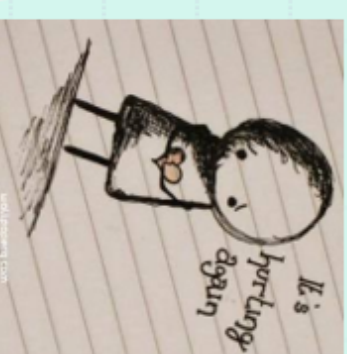
\* Saattohoitovaiheen kivunhoidossa tärkeintä on hyvä valmistautuminen kiputilanteen mahdolliseen pahentumiseen tai kipukatastrofitilanteeseen.

\* Hyvänä valmistautumisena voidaan pitää riittävän selkeää kivunhoidon suunnittelua, sen kirjaamista sekä hoitotiimin uskallusta näitä myös tarvittaessa käyttää. Käytettävät kipulääkkeet sekä niiden annostelu ja antoreitit sekä -tavat tulisi suunnitella jo hyvissä ajoin saattohoitovaiheen alkuvaiheessa, vaikkei kipua vielä välttämättä suurissa määrin potilaalla esiintyisikään.



# PALLIATIVINEN SEDAATIO

- \* Palliatiivinen sedaatio toteuttamista tulisi harkita mikäli potilaan kipu tai muu kokemana oire tulee potilaalle sietämättömäksi kestää. Palliatiiviseen sedaatioonkin tulisi valmistautua jo hyvissä ajoin ennen tämän ajankohtaiseksi tulemistä osana hyvää saattohoidon suunnittelua.
- \* Palliatiivisen sedaation mahdollisuudesta tulisi myös keskustella jo hyvissä ajoin potilaan itsensä sekä tarvittaessa omaisten kanssa, mutta lääketieteellisin perustein lääkäri voi tarvittaessa aloittaa sedaation omalla päätökselläänkin.
- \* Palliatiivisen sedaation tarkoituksena ei ole edistää kuolemaa vaan helpottaa kuoleman kriisin aiheuttamia oireita. Sedaatio tulisi pitää mahdollisimman kevyenä mutta riittävän syvänä oireiden lievittymiseen.
- \* Palliatiivinen sedaatio toteutetaan yleensä esimerkiksi morfiinin sekä midatsolaamin yhdistelmänä. Palliatiivisen sedaationkin aikana tulee muistaa huolehtia myös potilaan riittävästä kipulääkityksestä.
- \* Potilaalla tai omaisilla voi olla väärää käsityksiä esimerkiksi muiden hoitojen jatkuvuudesta sedaation aikana tai he voivat yhdistää sedaation eutanasiaan.



## PALLIATIVINEN SEDAATIO

\* Yleisimmät huolenaiheet ovat esimerkiksi ravitsemuksesta sekä nesteytyksestä huolehtiminen sedaation aikana. Palliatiivista sedaatiota toteutettaessa onkin erityisen tärkeää, että koko hoitotiimi sekä potilas ja hänen omaisensa ymmärtävät mistä on kyse ja mitä ollaan tekemässä ja että hoitotiimi kykenee omaisten / potilaan kysymyksiin asiasta vastaamaan

\* Palliatiivisen sedaation aikana toteutetaan potilaan perushoitoa sekä muita oireenmukaista hoitoa normaaliin tapaan. Normaalit palliatiivisen hoidon erityisalueet korostuvat, esimerkiksi asentohoidot sekä hygieniasta huolehtiminen.

\* Sedaation aikana myös riittävästä kivun hoidosta on huolehdittava. Kuoleva sedatoitu potilas ei tarvitse enää erityistä ravitsemushoitoa tai nestehoitoa lääkeinfuusioiden lisäksi

\* Erillistä koneellista monitorointia ei enää tässä vaiheessa tarvita, eikä esimerkiksi erilaisten laboratoriotekemien tekemisenkään ole enää tarpeellista. Sedaatiota sekä potilaan tilaa tulisi kuitenkin arvioida 2-3 tunnin välein. Suoranaista omaa mittaria palliatiivisen sedaation seuraamiseen tai syvyyden arviointiin ei tällä hetkellä ole yleisesti käytössä, mutta potilaasta voidaan arvioida esimerkiksi kehon liikkeitä, kasvojen ilmeitä, hengitystä, ääntelyä, lihasjännityksiä sekä yleistä silmin ja käsin arvioitavissa olevaa olemusta.





## TURVOTUKSET

\* Sydämen oikean kammion vajaatoiminta aiheuttaa nopeasti molemminpuolista alaraajaturvotusta mutta vasemman kammion vajaatoiminta kerryttää yleensä nestettä ensin mm. keuhkoihin, jolloin hengenahdistus yleensä ilmenee oireena ennen alaraajaturvotuksia

\* Lääkkeellisenä hoitona näkyviin turvotuksiin toimivat diureetit

\* Lääkkeettöminä hoitoina voidaan pitää esimerkiksi asentohoitoja kohoasentojen muodossa, alaraajojen kompressiohoitoja sekä potilaan mobilisointia mahdollisuuksien mukaan

\* Mikäli potilas seisoo tai istuu pitkiä aikoja paikoillaan, laskimopaine nousee ja aiheuttaa lisää turvotuksia. Pienikin liikkuminen esimerkiksi kävelyn tai jalkojen liikuttelun muodossa laskee tehokkaasti laskimopainetta alaraajoissa, joka taas laskee suoraan turvotusten määrää

\* Potilas voi myös esimerkiksi pyrkiä istumaan pitkään paikoillaan pyörätuolissa, jolloin tätäkin olisi hyvä mahdollisuuksien mukaan välttää. Mikäli potilas on jo vuodepotilas, huolehditään asentohoidosta ja huomioidaan siinä mm. turvonneiden alueiden kohoasennot

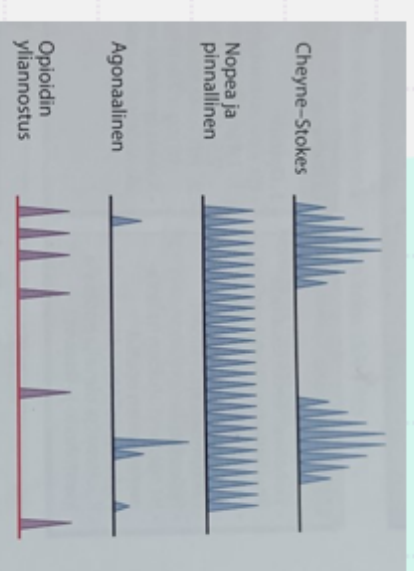
\* Kompressiohoitoa suositellaan muidenkin kuin laskimojen vajaatoimintaperäisten haavojen hoidoksi, ellei kompressiohoidolle ole vasta-aiheita. Ehdottomia vasta-aiheita ovat keuhkopöhö ja merkittävä valtimoiden vajaatoiminta. Sydämen vajaatoiminta ei itsessään ole vasta-aihe mutta NYHA

IV vaikeusasteen oireissa ei kompressiohoitoa suositella



## HENGENAHDISTUS

- \* Sydämen vajaatoiminnan aiheuttama hengenahdistus johtuu sydämen vasemman kammion heikentyneen toiminnan aiheuttamasta nesteen kertymisestä keuhkoihin
- \* Useiden tutkimusten mukaan sydämen vajaatoimintapotilaista 60-80% kokee hengenahdistusta elämän loppuvaiheessa
- \* Tosin yhdessä laajassa ruotsalaisväestöön kohdistuneessa tutkimuksessa saatiin huomattavasti alempi määrä hengenahdistusta kokevia, vain 28.8%, mutta tämä voi osin selittyä potilaiden "tottumuksella" tilaansa ennen viimeisen elinviikon alkua
- \* Hengenahdistuksen kokeminen on myös psyykkisesti raskasta, potilas kokee usein hengenahdistuksen yhteydessä pelkoa sekä turvattomuutta jotka osataan voivat vaikeuttaa myös hengenahdistusoiretta
- \* Palliatiivisessa vaiheessa hengenahdistusoiretta arvioitaessa tärkein mittari on potilaan subjektiivinen kokemus hengenahdistuksen voimakkuudesta eivätkä esimerkiksi saturaatioarvot tai astrup-tulokset
- \* Kuoleman lähestyessä potilaalla alkaa usein esiintyä tietyntyyppisiä hengitystyyppejä:
  - \* Nopeassa ja pinnallisessa hengityksessä sisään hengitettävän ilman määrä on vähentynyt. Kuolemaa edeltävässä agonaalisessa hengityksessä havaitaan satunnaisia hengitysliikkeitä muttei varsinaista hengittämistä.
- \* Cheyne-Stokes hengityksessä kerta-sisäänhengitystilavuudet vaihtelevat saman mallin mukaan ja hengitysjaksossa on pitkiä taukoja. Ilkään kuin hengityskatkoja seuraa toistuvasti kiihtynyt hengittäminen. Haukova hengitys voi kertoa hapenpuutteesta, syvä ja raskas hengitys viittaa hiiliidioksidin kertymiseen tai asidoosiin



## HENGENAHDISTUS

- \* Potilaan kokonaistilanteen sallimissa rajoissa hengenahdistuksen syy pyritään selvittämään, sillä paras vaste hoidolle saavutetaan, kun tiedetään, mikä oiretta aiheuttaa
- \* Esimerkiksi mikäli hengenahdistusoiretta pahentaa askites- tai pleuranesteily, lääkäri voi helpottaa tilannetta punktiolla tai asettamalla dreeni nesteen poistamiseksi.
- \* Sydämen vajaatoiminta potilailla oirevaste voi pleuran tyhjentämisessä jäädä heikoksi, mikäli pleuranesteily on vähäistä.
- \* Palliatiivisessa hoitotyössä hoitajan tehtävä on auttaa ja opastaa omatoimisuuteen ja itsehoitoon potilaan lisäksi myös potilaan läheisiä. Kun hengenahdistusta ilmenee, vointia voidaan kokeilla helpottaa esimerkiksi asentohoidoilla, huonetta tuuletamalla sekä tuulettimilla, rentoutushoidoilla tai esimerkiksi nebulisoitua keittosuolaa hengittämällä.
- \* Päivän toimintojen sopeuttaminen hengenahdistuksen mukaan sekä toimintaohjeiden opettaminen ja neuvonta ovat myös osa hoitoa. Ahdistuneisuus ja turvattomuus usein lisäävät hengenahdistusoiretta, joten siksi oleellisenä osana hoitoa on myös potilaan pelkojen aito kuunteleminen, hoitomahdollisuuksista kertominen sekä potilaan vakuuttaminen siitä, että kaikki mahdollinen tehdään, jotta hänen oireitansa voidaan lievittää.
- \* Tajunnantason alentuessa hengitys voi muuttua kuorsaavaksi
- \* Opioidien liika-vaikutus näkyy hengityksessä yleensä niin, että hengitystaajuus laskee mutta sisäänhengitys voi olla hyvinkin syvä



## HAPPIHOIDOT

- \* Potilaat usein kuvaavat hengenahdistusta hapen loppumisen tunteena. Siksi potilaan usko happihoitoon on usein vahva. Hapenannosta voi olla jonkin verran tai ei ollenkaan hyötyä, mikäli potilaalla ei ole varsinaista hapenpuutetta
- \* Tutkimuksissa on todettu esimerkiksi tuulettimen aiheuttaman ilmavirran tuovan samankaltaista vaikutusta kuin viiksienkin kautta annettu happi kun potilaalla ei ole selkeää hapenpuutetta
- \* Potilaalla voi olla varsin vaikea hengenahdistus ilman hapenpuutetta ja toisaalta myös kohtuullisen vaikea hapenpuute ennen kuin potilas alkaa kokea hengenahdistusta
- \* Varsinaiseen hapenpuutteeseen viittaa alle 88-90% saturaatioarvo tai a-astrupin matala happiosapaine
- \* Vaikka happihoito harvoin aiheuttaa merkittävää haittaa, se voi rajoittaa potilaan liikkumista sekä sosiaalisuutta ja aiheuttaa psyykkistä riippuvuutta
- \* Happihoitoa mietittäessä tulee käyttää yksilöllistä harkintaa ja hoidon vastetta tulee arvioida. Saattohoitovaiheessa olevalle potilaalle ei tule aloittaa happihoitoa, mikäli sitä ei ole aiemmin ollut käytössä tai ellei potilas sitä erityisesti toivo. Toisaalta jo aloitettua happihoitoa ei ole erityistä syytä lopettaa potilaan elämän viimeisinä päivinä, mikäli potilas tämän kokee oloaan helpottavan.
- \* NIV on palliatiivisen vaiheen sydämen vajaatoimintapotilaalla tarpeeton hoito, ellei potilaalla ole esimerkiksi selkeää ohimenevää infektiosta johtuvaa hengitysvajetta. Saattohoitovaiheessa NIV hoitoa ei tulisi käyttää ilman erittäin painavaa syytä, koska NIV-hoitojen käyttö voi johtaa potilaan kärsimyksen sekä kuolinprosessin pitkittymiseen





## HENGENAHDISTUKSEN LÄÄKEHOITO

- \* Sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden kohdalla turvotusten ja nesteiden kerääntymisen aiheuttaman hengenahdistuksen lääkehoidon kulmakivi on diureetit
- \* Diureetit ovat nopein ja tehokkain tapa vähentää turvotuksia, siksi niiden merkitys korostuu palliatiivisessa vaiheessa. Saattohoitovaiheeseen siirryttäessä hengenahdistuksen hoidossa keskitytään oireen aiheuttajan hoitamisen sijaan helpottamaan itse oiretta
- \* Hengenahdistusoiretta lievittämään käytetään yleisesti opioideja. Usein käytetään myös bentsodiatsepiineja, vaikkei näiden tehosta selkeää tutkimusnäyttöä olekaan.
- \* Opioidien vaikutus perustuu niiden kykyyn vähentää keskushermoston herkkyyttä hiilidioksidin kertymiselle, pienentää hapen kulutusta ja hengitystaajuutta, lievittää hengenahdistuksen aistimista sekä todennäköisesti vähentää vaikeutuneen hengitystyön aiheuttamaa kipua ja ahdistusta
- \* Kohtauksina ilmenevään hengenahdistukseen lyhytvaikutteisia opioideja, jatkuvaan pidempivaikutteisia. Saattohoitovaiheessa herkästi infusiona.
- \* Opioidien hengitystä lamaava vaikutus ei saa olla esteenä asianmukaiselle opioidien käytölle hengenahdistuksen hoidossa



## HENGENAHDISTUKSEN LÄÄKEHOITO

- \* Bentsodiatsepiinien käytöllä pyritään hallitsemaan hengenahdistuksen taustalla mahdollisesti olevaa henkistä ahdistusta, jolloin yleensä hengenahdistuskin helpottaa
- \* Toki sekä opioidien että bentsodiatsepiinien käyttö helpottavat myös hengenahdistuksen aiheuttamaa psyykkistä ahdistusta..
- \* Yhdessä pienessä tutkimuksessa midatsolaamin on todettu tehostaneen morfiinin vaikutusta hengenahdistuksen lievittämisessä sekä toisessa tutkimuksesta midatsolaami oli todettu jopa morfiinia tehokkaammaksi hengenahdistuksen hoidossa
- \* Yksilölliseen ja potilaskohtaiseen harkintaan perustuen palliatiivisen hoidon potilailla hengenahdistuksen helpottamiseksi voidaan kokeilla myös kortikostereiteita, inhaloitua furosemidia sekä teofylliinia.
- \* Bronkodilataattoreiden eli keuhkoputkia laajentavien käyttöä ei kuitenkaan suositella sydämen vajaatoiminta potilaiden kohdalla, mikäli potilas ei sairasta myös keuhkoahdistautautia.
- \* Nitraattien käytöstä nukkumaan mennessä on todettu jonkin verran olevan hyötyä hengenahdistusoireeseen



## YSKÄ

\* Potilailla voi esiintyä niin kutsuttua kuivaa yskää nesteen kertyessä keuhkoihin.

\* Yskä on hengitysteiden suoja mekanismi mutta myös häiritsevä oire. Laukaisevana tekijänä pidetään kemiallista ärsytystä reseptoreissa, joita sijaitsee esimerkiksi hengitysteissä, keuhkopussissa, ruokatorvessa ja sydänpussissa.

\* Yskä oireena heikentää elämänlaatua vaikuttaessa esimerkiksi nukkumiseen sekä lisäksi yskään voi liittyä oksentelua, kipua ja uupumista

\* Yskän hoitokeinot liittyvät syyn hoitamiseen kuten esimerkiksi yhtenä helpottavana hoitokeinona voi olla pleuranesteen punktoiminen.

\* Lääkehoidossa voidaan kokeilla opioideja, kuten kodeiinia ja morfiinia. Puuduteinhalaatioita ja hengitysteiden kuivuutta sekä sitkeitä eritteitä irrottavaa keittosuolainhalaatiota voidaan kokeilla harkitusti.

\* Kurkunpään sulkeutumista lamaavaan puuduteinhalaatioon liittyy aspiraatoriski, joten ravintoa tai nesteitä ei voi nauttia noin tuntiin inhalaation jälkeen. Molempiin inhalaatioihin liittyy keuhkoputkia ahtauttavan reaktion riski ja tällöin edeltävästi tulisi potilasta lääkittää esimerkiksi salbutamolilla

\* Bronkodilataattoreita eli keuhkoputkia laajentavia lääkkeitä ei kuitenkaan ensisijaisena vaihtoehtona sydämen vajaatoimintapotilaille suositella



## LIMA

\* Yskää ja hengenahdistusta aiheuttavat myös runsaat hengityseritteet, eli potilas on limainen. Yskää ja eritteiden irtaamista voi yrittää helpottaa esimerkiksi tekemällä pullon puhalluksia tai käyttämällä flutter-laitetta (esimerkiksi Acabella®). Saattohoitovaiheessa asentohoito on hoitotyön keinoista tehokain tapa vaikuttaa liman poistumiseen tai sen häiritsevyyteen, myös esimerkiksi erilaisia täristely ja taputteluhoidoja voi kokeilla.

\* Lääkkeinä limaisuuteen voidaan käyttää antikolineergejä, kuten glykopyrronia tai butyyliskopolamiinia. Valmisteita on olemassa esimerkiksi skopolamiini laastari leukakulmiin tai esimerkiksi atropiinisilmätippoja kielelle.

\* Antikolineergeihin kuitenkin liittyy limakalvojen kuivuus sekä liman paksuuntuminen, tällöin antikolineergeja ei suositella jatkettavaksi palliatiivisessa hoidossa ja vaihtoehtoisena hoitona voidaan kokeilla keittosuolainhalaatioita tai mukolyyttejä.





Liite 2.

# Sydämen vajaatoimintapotilaan saattohoidon erityispiirteet - pikaopas

Pikaopas Kuusamon Akuuttiosaston  
henkilökunnalle



*”Täällä pohjantähden alla on nyt kotomaamme  
Mutta tähtein tuolla puolen toisen kodon saamme  
Täällä on kuin kukkasella aika lyhyt meillä  
Siellä ilo loppumaton niin kuin enkeleillä”*

Tapio Rautavaara - Täällä pohjantähden alla

## TAUSTAA

\* Vuonna 2020 Suomessa kuoli 55498 ihmistä, joista erilaisiin verenkiertoelimien sairauksiin 18496. Tilastoiduista 13 411 kuolemasta verenkiertoelimien sairaudet olivat yleisin kuolinsyy ja toiseksi yleisin kuolinsyy olivat erilaiset kasvaimet ja syövät.

\* Palliatiivinen hoito sekä saattohoito mielletään hyvin usein syöpäpotilaisiin liittyväksi mutta arviolta 60 % palliatiivisen hoidon tarvitsijoista on muita kuin syöpäpotilaita. Usein myös palliatiiviseen vaiheeseen ja saattohoitoon siirtyminen viivästyy muilla potilasryhmillä kuin syöpäpotilailla

\* Sydämen vajaatoimintapotilaat kokevat elämänsä loppuvaiheessa monia vaikeita oireita kuten kipua, uupumusta, fatiikkia sekä hengenahdistusta. Heille kuitenkin harvoin tehdään selkeitä palliatiivisen tai saattohoidon päätöksiä tai selkeää elämän loppuvaiheen suunnitelmaa

## KROONINEN SYDÄMEN VAJAATOIMINTA PÄHKINÄNKUORESSA

\* Voidaan jakaa toiminnallisesti systoliseen tai diastoliseen vajaatoimintaan sekä sijainniltaan vasemman tai oikean kammion vajaatoimintaan tai näiden yhdistelmiin

Huonosti yksinkertaistettuna:

\* Diastolisessa eli kammion täyttymisvaiheen vajaatoiminnassa supistuminen on normaalia mutta sydän laajenee ja täyttyy huonommin sydänlihaksen ollessa jäykempi

\* Systolisessa eli kammion supistumisvaiheen vajaatoiminnassa sydänlihaksen supistumisvoima on heikentynyt joten tällöin sydän ei jaksa pumpata verta tehokkaasti eteenpäin

\* Sydämen oikean puolen vajaatoiminnassa nestettä kertyy kudoksiin ja oireina ovat turvotukset etenkin nilkoissa ja säärimissä

Vasemman puolen vajaatoiminta ilmenee veren pakkautumisena keuhkoverenkierron puolelle, joka aiheuttaa pääsääntöisesti hengenahdistusta, kuivaa yskänä sekä nopeaa sykettä

Yleisin sydämen vajaatoimintapotilas on vasemman kammion diastolista vajaatoimintaa poteva potilas

\* Ja kaikkien näiden yhdistelmätkin ovat mahdollisia..

## **VAJAATOIMINTAPOTILAAN HENGENAHDISTUS**

\* Hengenahdistus on tunne, jota potilas usein kuvaa hapen loppumisen tunteena, tukehtumisen tunteena ja rintakehän kiristämisen tunteena

### **SYY:**

Nesteen kertyminen keuhkokudokseen  
Verenkierrollinen ongelma  
Pleura- tai askitesneste  
Ahdistuneisuus tai metaboliset syyt

### **ARVIOINTI:**

Saturaatio  
A-astrup  
Hengityksen laatu, hengitystiheys  
Potilaan subjektiivinen kokemus  
VAS, NRS 0-10, Borgin asteikko  
Hengityssäät  
Ihon väri

### **LÄÄKKEETTÖMÄT HOITOKEINOT:**

Rentoutus  
Nebulisoitu keittosuola  
Päivän toimintojen sopeuttaminen  
Asentohoito  
Rauhoittelu, Aito kuuntelu  
Turvallisuuden tunteen turvaaminen  
Askites- tai pleurapunktiot  
Happihoito (myös niv)  
Ilmavirta esim. tuulettimella, ikkunasta  
Liikunta / Hengitysharjoitteet (esim. acapella, pupu)

### **LÄÄKKEELLISET HOITOKEINOT:**

Diureetit  
Opiaatit / Bentsodiatsepaamit





## **HENGENAHDISTUS SAATTOHOITOVAIHEESSA**

\* Saattohoitovaiheessa on tärkeämpää keskittyä oireen voimakkuuteen sekä siihen millainen oire on kuin selvittää oireen varsinaista syytä

\* Hengenahdistuksen voimakkuutta ei ole enää syytä selvittää saturaation tai esimerkiksi a-astrupin kautta vaan potilaan kokemus oireesta on riittävä, myöskään koneellista monitorointia ei yleensä enää tarvita

\* Happihoito ei välttämättä enää olennaisesti helpota potilaan kokemaa hengenahdistusta – kuitenkin potilaan usko happihoitoon voi olla vahva, joten määräävänä tekijänä on potilaan subjektiivinen kokemus hoidon hyödyllisyydestä, NIV ei ole enää aiheellinen

\* Sietämätön hengenahdistuskin voi olla peruste palliatiivisen sedaation aloittamiseen

\* Hengenahdistus voi aiheuttaa psyykkistä ahdistusta ja toisaalta taas psyykkinen ahdistus hengenahdistusta, joten psyykkisenkin ahdistuksen lääkkeellinen hoito on aiheellista

\* Voidaan käyttää esimerkiksi morfiinia sekä bentsodiatsepiineja joko p.o tai kerta-annoksina / infuusiona s.c / i.v

\* Hengitysharjoitteita voidaan jatkaa mikäli potilas näitä jaksaa vielä tehdä

\* Päivän toimintojen sopeuttamisen sekä riittävän hoitajan tuen määrä perustoiminnoissa korostuu

\* Yksilölliseen ja potilaskohtaiseen harkintaan perustuen palliatiivisen hoidon potilailla hengenahdistuksen helpottamiseksi voidaan kokeilla myös kortikostereiteita, inhaloitua furosemidia sekä teofylliinia.

\* Bronkodilataattoreiden eli keuhkoputkia laajentavien käyttöä ei kuitenkaan suositella sydämen vajaatoiminta potilaiden kohdalla, mikäli potilas ei sairasta myös keuhkohtaumatautia.

\* Nitraattien käytöstä nukkumaan mennessä on todettu jonkin verran olevan hyötyä hengenahdistusoireeseen

# YSKÄ, LIMAISUUS JA KUOLINROHINA

## YSKÄ:

- Vajaatoimintapotilaalla voi esiintyä ns. kuivaa yskää nesteen kertyessä keuhkoihin
- Yskää hoidetaan syyn mukaan, esimerkiksi pleurnesteen aiheuttaman yskän hoitona voidaan kokeilla pleurapunktiota
- \* Yskän lääkehoitona voidaan kokeilla opioideja, esimerkiksi kodeiinia tai morfiinia

## LIMAISUUS:

- \* Puuduteinhalaatioita ja hengitysteiden kuivuutta sekä sitkeitä eritteitä irrottavaa keittosuolainhalaatiota voidaan kokeilla harkitusti: kurkunpään sulkeutumista lamaavaan puuduteinhalaatioon liittyy aspiraatoriski, joten ravintoa tai nesteitä ei voi nauttia noin tuntiin inhalaation jälkeen. Molempiin inhalaatioihin liittyy keuhkoputkia aiheuttavan reaktion riski ja tällöin edeltävästi tulisi potilasta lääkittää esimerkiksi salbutamolilla.
- \* Bronkodilataattoreita eli keuhkoputkia laajentavia lääkkeitä ei kuitenkaan ensi-sijaisena vaihtoehtona sydämen vajaatoimintapotilaille suositella
- \* Saattohoitovaiheessa limaisuutta hoidetaan asentohoidoilla, limaimuilla tai limaisuutta vähentävällä lääkityksellä (esim. antikolinergit tai vaihtoehtoisesti NaCl-inhalaatiot tai mukolyytit)
- Saattohoitovaiheen potilaan hengitystieinfektioiden hoitoon voidaan vahvalla harkinnalla käyttää myös lyhyitä ab-hoitoja mikäli näiden arvioidaan potilaan tilaa helpottavan

## KUOLINROHINA:

- \* Lähellä kuolemaa hengitysteiden irtonainen lima ja sylki saavat aikaan niin kutsuttua kuolevan potilaan limarohinaa.
- \* Kuolinrohinaa eli niin kutsuttua "death rattlea" pidetään lyhyen ennusteen merkinä ja yleensä kolme neljästä potilaasta kuolee kahden vuorokauden kuluessa.
- \* Oletettua on, että kuolinrohinan alkaessa potilaan tajunnan taso on jo heikentynyt ja oire ei yleensä potilasta itseään häiritse.
- \* Potilaan läheisiä ääni saattaa huolestuttaa, tällöin on tärkeää kertoa oireen luonteesta. Kuolin rohinan hoitotyön keinoja ovat lääkehoito ja limaimut. Liman imeminen voi helpottaa, mikäli limaa on pääasiassa suun ja ylänielun alueella, alempiin hengitysteihin limaimuja ei tule tehdä.
- \* Glykopyrrolaattia kerta-annoksina tai infuusiona voidaan kokeilla, lääkehoidon tutkimusnäyttö kuitenkin puuttuu



## **TURVOTUKSET VAJAATOIMINTAPOTILAALLA**

- Turvotuksia esiintyy yleensä alaraajoissa kuoppaturvotuksen muodossa ja esimerkiksi käsien turvotukset ovat mahdollisia. Vuodepotilailla turvotuksia usein esiintyy alimpina olevissa kehon osissa, kuten selässä ja lantion alueella

\*Nestettä voi kertyä myös muualle kehoon esimerkiksi askites- tai pleuranesteen muodossa

\* Potilaalla voi olla reilujakin turvotuksia nestekertymien vuoksi mutta hän voi silti olla kliinisesti kuivunut ja aliravittu. Käytännössä neste voi kertyä "väärään paikkaan" ja potilas nauttia tästä syystä entistä vähemmän nesteitä reilun diureettien käytön yhteydessä jolloin nestettä ei riitä "oikeaan paikkaan"

### **ARVIOINTI:**

Nestetasapainon seuranta (esim. nestelista + virtsamäärä)t  
Laboratoriokokein

Turvotusten visuaalinen seuranta, kuoppaturvotuksen seuranta  
ja tarvittaessa raajaturvotusten seuranta mittaamalla raajojen  
ympärysmittaa

Kuvantamiset (thorax-rtg, uä:lla askites)

### **LÄÄKKEELLISET HOITOKEINOT:**

Käytännössä diureetit. Yleisimmin esimerkiksi furesis p.o tai i.v

### **LÄÄKKEETTÖMÄT HOITOKEINOT:**

Asentohoidot

Kannustus riittävään liikkumiseen / mobilisointi

Kompressiohoidot ellei vasta-aiheita ja NYHA-luokka 1-3

## **VAJAATOIMINTAPOTILAAN NESTEHOITO JA TURVOTUKSET SAATTOHOITOVAIHEESSA**

- \* Diureetteja voidaan vielä käyttää mikäli ne oloa helpottavat ja antoreitti pystytään järkevästi pitämään
- \* Kompressiohoidot eivät enää ole sinänsä tarpeellisia ellei potilas näitä toivo, tarvittaessa voidaan keskittyä esimerkiksi alaraajoista tihkuvan nesteen hoitoon imevillä sidoksilla
- \* Asentohoitojen merkitys korostuu entisestään potilaan tilan heikentyessä
- \* Suonensisäinen nestehoito ei enää saattohoitovaiheessa ole yleensä tarpeellista. Usein ”aukiolotippaa” voidaan tarvittaessa pitää mikäli potilas kokee tämän tärkeäksi tai i.v reittiä on tarpeen ylläpitää esimerkiksi kipulääkityksen vuoksi
- \* Potilailla ja omaisilla on usein väärinkäsityksiä nestehoidon tarpeellisuudesta sekä sen vaikutuksesta potilaan ennusteeseen - onkin tärkeää että nestehoidosta luopuminen kyettäisiin tarpeeksi selkeästi selittämään sekä kertomaan myös nestehoidon mahdolliset haittavaikutukset
- \* Nestehoidon haittavaikutuksia voivat esimerkiksi olla nesteen lisääntyvä kertyminen (myös askites- sekä pleuranesteeksi), hengenahdistuksen lisääntyminen sekä toistuviin kanylointeihin liittyvät ongelmat
- \* Suun kautta nautittavien nesteiden määrän vähentyessä tulee suun huolellisesta hoidosta huolehtia.

## **VAJAATOIMINTAPOTILAAN KIVUNHOITO SAATTOHOITOVAIHEESSA**

- \* Kipu on vajaatoimintapotilaalla usein aliarvioitu oire ja täten myös alihoidettu.
- \* Tutkimuksissa on todettu vajaatoimintapotilaiden kokevan saman verran tai jopa enemmän kipua elämänsä loppuvaiheessa kuin syöpäpotilaiden
- \* Vajaatoimintapotilaan kivunhoitoon elämän loppuvaiheessa tulisi varautua kuten muidenkin potilasryhmien elämän loppuvaiheen hoidossa
- \* On syytä myös varautua mahdolliseen kipukatastrofi-tilanteeseen hyvissä ajoin, jo suunniteltaessa elämän loppuvaiheen hoitoa vaikei-aktiivista kiputilannetta vielä olisikaan
- \* Vajaatoimintapotilaan kivunhoidossa sovelletaan samoja periaatteita kuin syöpäkipunkin hoidossa
- \* Lääkehoito perustuu erivahvuisiin opioideihin. On suositeltavaa liittää hoitoon myös ei-opioidi kipulääke sekä neuropaattisen kivun lääke kuten gabapentiini tai antidepressantti.
  - \* Lääkehoidon antoreitti valitaan tilanteen mukaan  
p.o / laastarit -> s.c / i.v
- \* S.c on jatkuvan kipulääkeinfuusion antoreittinä yhtä tehokas kuin i.v, toki tehokas annostus muuttuu antoreitin mukaan
- \* Vajaatoimintapotilaalla NSAID-lääkkeet ovat vasta-aiheisia koska ne voivat pahentaa vajaatoiminnan aiheuttamia oireita heikentämällä munuaisten toimintaa ja aiheuttamalla turvotuksia. NSAID-lääkkeillä voi usein olla yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa.

## **PALLIATIIVINEN SEDAATIO:**

Palliatiivisen sedaation aiheena voi olla myös muu oire kuin kipu, aiheeksi riittää mikä tahansa potilaan sietämättömäksi kokema oire kuten esimerkiksi sietämätön hengenahdistus

Palliatiivisen sedaation mahdollisuutta tulisi ainakin harkita kaikille saattohoitopotilaille jo saattohoidon alkuvaiheessa – tällöin on vielä helpompaa selvittää potilaan oma

Lääkäri kuitenkin voi aloittaa palliatiivisen sedaation omalla harkinnallaan lääketieteellisin perustein

Voidaan toteuttaa esimerkiksi morfiini-haloperidoli infuusiona + midatsolaami bolukset

## **TAHDISTINPOTILAAN SAATTOHOITO:**

Uuden tahdistimen asennus ei ole aiheellista potilaalle jonka odotettu elinaika on alle yksi vuosi

Tahdistinta ei tarvitse poistaa saattohoitovaiheessa poiston aiheuttaman kivun sekä komplikaatiovaaran johdosta

Tahdistimen mahdollinen iskutoiminto tulisi kuitenkin kytkeä pois dnr-päätöksen yhteydessä tai viimeistään saattohoitoon siirtyessä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa

Mikäli iskutoiminto on päällä kuoleman lähestyessä ja laite alkaa antamaan iskutoimintoja, iskut saadaan lakkaamaan asettamalla magneetti tahdistimen päälle