



Vanhuus

JÄ HOIDON ETIIKKA

Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen
neuvottelukunnan (ETENE) raportti

Valtakunnallinen
terveydenhuollon
eettinen neuvottelukunta
(ETENE)

Vanhuus ja hoidon etiikka

Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen
neuvottelukunnan (ETENE) raportti

ISBN 978-952-00-2572-4 (nid.)

ISBN 978-952-00-2573-1 (PDF)

ISSN 1458-6193

2. painos

Taitto: AT-Julkaisutoimisto Oy

Kansikuva: Matti Kolho, Kuvasuomi Ky

Paino: Kirjapaino Keili Oy, Vantaa 2008

Vanhuus ja hoidon etiikka

Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti on suunnattu vanhusten parissa työskenteleville sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöille, kuntien ja valtion poliittisille päättäjille sekä vanhuksille, näiden omaisille ja muille läheisille. Se tukee myös niitä, jotka laativat alueensa vanhusväestön hoitolinjauksia ja pohtivat vanhusten hoidon perus-, jatko- ja täydennyskoulutusta.

ETENE kokosi vuonna 2001 terveydenhuollossa toimivien yhteiset eettiset periaatteet. Neuvottelukunta pitää nyt tärkeänä syventää ja tämentää niiden soveltamista vanhustenhuoltoon. Samalla se haluaa osallistua keskusteluun siitä, miten ikääntyville ihmisille voidaan turvata hoidon tarpeesta ja hoitopaikasta riippumaton, eettiset ihanteet täyttävä ihmisarvoinen elämä. Toivomme, että raportti auttaa tunnistamaan alueen haasteita, arvioimaan ja kehittämään eettistä toimintaa sekä kasvattaa alan toimijoiden eettistä herkkyyttä. Haluamme sen myös saavan aikaan jatkuvaa eettistä keskustelua vanhusten hoidosta suomalaisessa sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmässä.

ETENE:n keväällä 2007 perustama työryhmä valmisteli neuvottelukunnalle raportin vanhusten hoitoon liittyvistä eettisistä periaatteista. Työryhmään kuuluivat yleislääketieteen erikoislääkäri Kari Eskola, professori Jyrki Jyrkämä, OTT Anna Mäki-Petäjä-Leinonen, LKT Leena Niinistö, OTT, VT Irma Pahlman, TtT Aira Pihlainen, LT Minna Raivio, professori Raimo Sulkava sekä ETENE:n pääsihteeri, dosentti Ritva Halila. Neuvottelukunta hyväksyi raportin kokouksessaan 25. maaliskuuta 2008.

Raportti on syntynyt ETENE:n keskustelun ja työryhmän työn tuloksena. Siinä tarkastellaan vanhenemisen sitä vaihetta, jolloin toimintakyky heikkenee ja ihminen tarvitsee yhä enemmän toisten apua sekä yhteiskunnan, erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Vanhuksen hoitaminen on sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä. Siksi raportissa käsitellään molempien alueiden tähän elämänvaiheeseen liittyviä eettisiä kipupisteitä.

ETENE esittää tiivistettynä kannanottonaan seuraavaa:

- Vanhuksen kohtelu yksilönä on keskeinen eettisesti kestävä hoidon perusta. Hoito lähtee vanhuksen omista tarpeista ja toiveista, kunnioittaa hänen arvojaan ja arvostaa hänen näkemyksiään. Hoito suunnitellaan ottaen huomioon terveydentila ja toimintakyky, läheisten apu ja vanhuksen koko sosiaalinen verkosto.

- Hoito on sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä, ja se on suunniteltava kokonaisvaltaisesti. Hyvään hoitoon kuuluvat tutut, turvalliset ja ammattitaitoiset toimijat sekä riittävästi aikaa sen toteuttamiseen.
- Vanhuksella on oikeus osallistua hoitoaan ja hoitopaikkaansa koskevaan päätöksentekoon. Osallistumiseensa hän tarvitsee tietoa eri vaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista. Vanhuksella on oikeus luottaa saavansa asianmukaista hoitoa ja palveluja arkensa kohtuullisten tarpeiden tyydyttämiseen. Pitkäaikaisessa hoitopaikassa vanhuksen toiveita, itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä on kunnioitettava aivan kuin oltaisiin hänen kodissaan.
- Vanhuksella on oikeus turvalliseen lääkehoitoon. Monien oireiden kritiikitön hoitaminen lääkkeillä voi aiheuttaa merkittäviä haittoja. Sen sijaan harkittu monilääkitys voi lisätä hyvinvointia. Lääkehoitoa tulee arvioida kokonaisvaltaisesti ja toistuvasti. Lääketutkimuksista saatavaa tietoa on vanhustenhoidossa sovellettava harkiten.
- Vanhuksille määrätään Suomessa runsaasti erilaisia psyykenlääkkeitä. Niitä on syytä käyttää vain niiden omien käyttötarkoitusten mukaisesti. Henkilöstön puutetta ei saa korvata psyykenlääkkeillä.
- Ikä sinänsä ei saa olla syy evätä jotakin hoitoa. Hoidon suunnittelussa on kuitenkin otettava huomioon, suurentavatko iän mukana tulleet sairaudet ja toimintakyvyn muutokset riskejä hoitojen ja yksittäisten toimenpiteiden haitoista. Niillä voi olla vaikutuksia hoitolinjapäätöksiin.
- Vanhuksella on oikeus yhteiskunnan tarjoamaan suojaan toisten hyväksikäyttöä ja itse aiheuttamaansa vahinkoa vastaan, kuitenkin kunnioittaen mahdollisuuksien mukaan hänen itsemääräämisoikeuttaan.
- Omaishoitajan asemaa tulee vahvistaa ja hänen jaksamistaan turvata. Omaisten ja läheisten mahdollisuutta osallistua vanhuksen hoitoon pitää parantaa erityisesti silloin, kun vanhus ei itse pysty sitä koskevaan päätöksentekoon.
- Vanhuksella on oikeus hyvään oireenmukaiseen hoitoon ja arvokkaaseen kuolemaan. Vanhuksen hoitotahtoa on kunnioitettava. Hoitolinjauksen päätökset on syytä tehdä hyvissä ajoin yhdessä ikääntyneen tai hänen läheistensä kanssa kunnioittaen vanhuksen omia toiveita ja elämänarvoja. Yksilöllisesti valitun hoitolinjan selkeä dokumentointi helpottaa hoitohenkilöstön työtä, vähentää omaisten ahdistusta ja lisää vanhuksen hyvinvointia.

Johdanto

Yli 65-vuotiaiden määrä kasvaa länsimaissa voimakkaasti lähivuosisikymmeninä, näin myös Suomessa. Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan maassamme asui vuonna 2006 noin 870 000 65 vuotta täyttänyttä, mutta vuonna 2030 heitä arvioidaan olevan jo noin 1,4 miljoonaa. Yli 85-vuotiaiden lukumäärä kasvaa erityisen nopeasti. Heitä oli vuonna 2006 94 000, ja vuonna 2030 heidän määränsä on ennusteen mukaan 220 000. Elämme yhä vanhemmiksi, mikä näkyy siinä, että yli 60 % meistä kuolee yli 75-vuotiaina.

Eliniän pidentyminen merkitsee yleensä kohentunutta hyvinvointia, aiempaa lukuisampia terveitä elinvuosia ja entistä pitempään jatkuvaa mahdollisuutta osallistua aktiivisesti yhteiskunnan toimintaan työuran päätyttyä. Vanhusväestön sekä absoluuttisen että suhteellisen määrän kasvu on kuitenkin herättänyt myös huolta hoidon järjestämisestä. Ikävuosien karttuessa sairastumisen ja vammautumisen riski suurenee, henkinen ja fyysinen toimintakyky heikkenee ja hoidon ja hoivan tarve lisääntyy.

Lääketieteellisen tiedon ja sen sovellusten lisääntyminen on mahdollistanut uusien parantavien ja korjaavien hoitojen kehittämisen. Ripeät edistysaskeleet voivat kuitenkin muuttaa kehittyvän lääketieteen myös hyvän elämän uhkaksi, jos uusia hoitoja ja tekniikkaa käytetään harkitsemattomasti.

Sosiaali- ja terveydenhuolto joutuu tulevina vuosina kilpailemaan saadakseen rekrytoituksi aiempaa pienempien ikäluokkien joukosta työntekijät yhä suuremman väestöosanan hoitamiseksi. Sodan jälkeen syntyneet suuret ikäluokat siirtyvät lähivuosina eläkkeelle. Heidän mukanaan työelämästä siirtyy merkittävästi pois sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntemusta. Suurten ikäluokkien ehtiessä varsinaiseen vanhusikään heitä hoitamaan tarvitaan runsaasti hoitoalan ammattilaisia. On tärkeää, että hoitoalalle rekrytoituu ja siellä pysyy osaajia, jotka jaksavat työssään ja pystyvät sitä myös kehittämään.

Hyvän tekemisen ja vahingon välttämisen periaate on peräisin Hippokrateen ajoilta. Eettistä ajattelua on erityisesti 1900-luvulla edelleen tarkennettu. Nykyinen terveydenhuollon etiikka perustuu ammattieettisiin periaatteisiin, kansainvälisiin ihmisoikeussopimuksiin sekä perustuslakiin kirjattuihin perusoikeuksiin ja muihin säännöksiin.

Vanhus ja terveydenhuolto

Vanhus ja vanhuus

Käsitteelle "vanhuus" ei ole esitetty yleisesti hyväksyttyä tai yhtenäistä määritelmää. Vanhuuden määrittelemisen kalenteri-ian mukaan on ongelmallista, koska ikääntymisen mukanaan tuomat muutokset ovat varsin yksilöllisiä. Ikärajoja kuitenkin käytetään määriteltäessä esimerkiksi eläkeikää sekä laadittaessa erilaisia tilastoja.

Vanhuuden normaalin kulun määrittäminen on yksi vanhuustutkimuksen haasteista: Mikä on ikääntymiseen liittyvää normaalia toimintakyvyn heikentymistä ja millaisia muutoksia on syytä hoitaa? Voidaanko raihastumista estää, voidaanko sitä lykätä tai miten siihen eri tavoin voidaan vaikuttaa? Missä vaiheessa ja mitä tulisi hoitaa: pyritäänkö puuttamaan sairastumisriskiin, lievittämään oireita vai hoitamaan sairauksia? Mitkä hoidot ovat hyödyllisiä, mitkä hyödyttömiä, mitkä mahdollisesti jopa haitallisia?

Vanhuus on elämänvaihe, jossa ikääntyminen on yksilöllistä. Se saa kaikissa meissä väistämättä aikaan pysyviä fysiologisia muutoksia. Iän myötä elintoiminnat muuttuvat ja krooniset sairaudet lisääntyvät. Ikääntymisen vaikutus henkiseen ja fyysiseen toimintakykyyn vaihtelee, samoin kokemus sairauksista ja sairastamisesta sekä kyvystä selvitä arjesta. Suurin osa vanhuksista on pitkään terveitä ja hyväkuntoisia, arkiaskareista hyvin selviytyviä, omissa kodissaan asuvia, aktiivisia yhteisönsä jäseniä. Toimintakyvyn vähitellen heiketessä he alkavat kuitenkin tarvita yhä enemmän toisten tukea.

Ehkä eniten hoitoa ja hoivaa tarvitsevat dementoituvat henkilöt, sairastumisiästä ja dementian aiheuttajasta riippumatta. Suomessa on tällä hetkellä noin 120 000 hoitoa ja hoivaa tarvitsevaa dementoitunutta. Vuosittain Alzheimerin tautiin tai muuhun muistisairauteen sairastuu noin 12 000 henkilöä. Keskivaikeaa tai vaikeaa dementiaa sairastaa 65–74-vuotiaista noin 4 %, 75–84-vuotiaista noin 10 % ja 85 vuotta täyttäneistä noin 35 %. Suomessa on myös noin 6 500 alle 65-vuotiaista dementiaa sairastavaa henkilöä. Kun vuonna 2005 keskivaikeaa tai vaikeaa dementiaa sairastavia potilaita oli 85 300, on arvioitu, että heitä vuonna 2030 on jo 110 000. Dementian edetessä potilaan kyky tehdä päätöksiä ja toimia heikentyy vähitellen, minkä vuoksi hän tarvitsee yhä enemmän apua ja lopulta ympärivuorokautista valvontaa. Dementoituvan potilaan hoidossa korostuvat monet hoitoon liittyvät ja sitä sivuavat eettiset kysymykset.

Hoidon kokonaisuus

Vanhuksella on oikeus saada hoitotarpeensa arvioiduksi, tulla kuulluksi ja hoidetuksi kokonaisvaltaisesti. Kun ammattihenkilöt arvioivat tilannetta, on oireiden ja sairauksien lisäksi otettava huomioon vanhuksen terveyshistoria, sosiaalinen ympäristö ja tilanteen ennuste. Samoin on arvioitava muisti, mieliala, elämänarvot, henkiset ja hengelliset tarpeet sekä vanhuksen läheisverkosto.

Hyvässä hoidossa tuetaan ja vahvistetaan vanhuksen olemassa olevia fyysisiä ja henkisiä kykyjä ja voimavaroja. Hyvinvointia ja toimintakykyä ylläpitävät myös riittävä ja terveellinen ravinto, arkipäivän toimet, säännöllinen ulkoilu ja liikunta, harrastukset sekä asunnon ja asuinympäristön esteettömyys. Kotona selviämistä voidaan tukea tarjoamalla arjen askareita ja liikkumista helpottavia apuvälineitä sekä erilaisia tukipalveluita. Toimintakyvyn ylläpitämiseksi tarvitaan usein myös lääkkeitä ja kuntoutusta.

Huonokuntoinen vanhus tarvitsee monenlaista apua. Myös hoidon suunnitteluun tarvitaan monien osaajien yhteistyötä ja ammattitaitoa. Parhaimmillaan tämä moniammatillinen yhteistyö turvaa tarvittavan asiantuntemuksen sekä hyvät ja riittävät palvelut, mutta sen vaarana on pirstaleinen, monen työntekijän huonosti koordinoitu hoito. Hoitajien jatkuva vaihtuminen aiheuttaa turvattomuuden tunnetta ja jopa turvallisuusriskejä.

Hoidon tavoite ja usein myös vanhuksen oma toive on asua kotona tai muuten tutussa ympäristössä mahdollisimman pitkään. On kuitenkin huolehdittava siitä, etteivät huonokuntoiset, runsaasti palveluita tarvitsevat vanukset joudu elämään yksinäisinä ja kotiinsa eristettyinä jatkuvasti vaihtuvien palveluiden varassa. Myös vielä hyväkuntoisille ikääntyville olisi tarjottava mahdollisuus muuttaa asuinympäristöön, jossa hän voi elää, vaikka toimintakyky heikkenee. Jos vanhus ei pärjää kotona edes tukipalveluiden turvin, sijoituspäätösten on perustuttava vanhuksen elämäntilanteen, hänen näkemystensä ja hoidon tarpeen monipuoliseen ja moniammatilliseen arviointiin eikä pelkästään yksittäisiin mittareihin.

Vanhuksella on oikeus luottaa siihen, että hän saa kotiinsa asianmukaisen hoidon ja palvelut niitä tarvitessaan mutta pääsee myös ympärivuorokautisen hoivan suojaan, kun kotona selviäminen käy ylivoimaiseksi. Hyvä hoitopaikka pystyy myös tehostamaan palvelujaan, kun vanhuksen kunto huononee. Näin vältytään siirtelemästä vanhusta tarpeettomasti hoitopaikasta toiseen.

Eri kunnissa palvelut ja niiden verkostot poikkeavat paljon toisistaan. Ammattitaitoinen hoitoyksikkö tuntee alueensa palvelut ja osaa käyttää niiden kokonaisuutta vanhuksen yksilöllisten tarpeiden tyydyttämiseen.

Yhteistyö eri ammattilaisten kesken mahdollistaa toimintatavan, joka on hyvä vanhukselle, mielekäs toimijoille ja myös kustannustehokas.

Vanhuksen hyvinvoinnin kannalta voi olla ratkaisevan tärkeää, saako hän hoidon ja palvelut terveys- vai sosiaalitoimesta, koska elämänlaatu voi näiden eri hallinnonalojen hoitopaikoissa olla kovin erilaista. Terveyskeskuksen vuodeosaston, vanhainkodin, tehostetun palveluasumisen ja tuetun kotihoidon hoitokäytännöt ja mahdollisuudet poikkeavat toisistaan. Hoitopaikka voi vaikuttaa merkittävästi siihen, millaiseksi elämä muodostuu, kuinka vanhus sen kokee ja miten hänen ihmisarvonsa toteutuu.

Vanhusten hoitoon liittyy myös erityiskysymyksiä, joista on poimittu esimerkinomaisesti muutamia, julkistakin keskustelua herättäneitä asioita.

Monet vanhukset kärsivät yksinäisyydestä, mikä lisää vakavan masennuksen ja muiden mielenterveyden häiriöiden riskiä. Heidän ei ole helppo pyytää apua pelkoihinsa ja ahdistukseensa. Julkinen keskustelu väestön ikääntymisen aiheuttamista taloudellisista kustannuksista yhteiskunnalle tai lääkekulujen kasvusta voi myös syyllistää vanhusta ja pahentaa hänen mielenterveysoireitaan.

On arvioitu, etteivät vanhukset aina saa riittävästi hoitoa kipuihinsa. Tämä johtuu osittain myös näiden omista asenteista: kivun valittamista on totuttu pitämään jopa häpeällisenä. Tilanteessa auttaa usein asiallinen ja empaattinen keskustelu.

Monipuolinen ja riittävä ravinto parantaa hyvinvointia ja vähentää muun hoidon tarvetta. Tässä on todettu usein puutteita, jotka voivat johtaa terveyden ja toimintakyvyn heikkenemiseen. Vanhusten suun alueen terveydenhoito ei kaikissa hoitopaikoissa ole riittävä. Tämä on merkittävä epäkohta, koska hammas- ja proteesiongelmien voivat haitata kommunikointia, altistaa infektioille ja jopa johtaa vajaaravitsemukseen. Suun terveys ja toimintakyky ovat merkittävä osa vanhuksen hyvinvointia.

Vanhusten turvallisuuden ja hoidon avuksi on kehitetty ja kehitetään uusia teknisiä apuvälineitä (esimerkiksi kulunvalvonta, kuunteluyhteydet, elektroninen seuranta). Niiden sopivuutta on arvioitava ennen muuta vanhuksen näkökulmasta mutta myös siltä kannalta, kuinka ne vaikuttavat työntekijöiden työhön ja työoloihin. Tekniset turvakeinot voivat parantaa ja helpottaa merkittävästi vanhuksen seurantaa ja hoitoa. Teknologia ei kuitenkaan korvaa inhimillistä hoivaa ja huolenpitoa.

Hyvä hoito edellyttää hyvää ammattitaitoa ja yhteistyötä

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden on varmistettava hyvä arki silloin, kun vanhus ei pysty siitä itse huolehtimaan. Kaikilla vanhuk-

sia hoitavilla yksiköillä pitäisi olla joustava ja nopea mahdollisuus konsultoida vanhusten erityiskysymyksiin erikoistuneita ammattihenkilöitä. Eri toimijoiden välisen yhteistyöverkoston rakentaminen parantaa mahdollisuuksia hyvään kokonaisvaltaiseen hoitoon. Yhteistyö edellyttää ammattihenkilöiltä toisten työn ymmärrystä ja ammattitaidon kunnioitusta. Hyvä johtaminen parantaa työyhteisöjen ilmapiiriä ja tukee myös ammattihenkilöstön työssä jaksamista ja pysymistä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden oikeus ja velvollisuus on kehittää ammattiosaamistaan, johon tärkeänä osana kuuluvat eettiset taidot. Ammattietiikan perusta luodaan jo peruskoulutuksessa, ja sitä pidetään yllä jatko- ja täydennyskoulutuksella. Koulutuksessa on tavoiteltava sitä, että vanhustenhoidon eettiset periaatteet ja eettinen herkkyyks tulevat olennaisiksi osaksi hoidon arkea. Tämä koskee niin käytännön hoitoa kuin vanhustenhoidon tutkimustakin.

Vanhusten hyvinvointiin vaikuttavat koko yhteiskunta ja kaikki sen sektorit. Kaikessa yhteiskuntasuunnittelussa on tärkeää ottaa huomioon vanhenevan väestön tarpeet.

Vanhus ja lääkkeet

Vanhuksen lääkehoito poikkeaa monesta syystä nuorempien lääkehoidosta. Iän karttuessa elimistön toiminta muuttuu. Veden osuus vähenee, rasvapitoisuus nousee, verenkierto ja samalla myös lääkkeiden kulku elimistössä hidastuu. Muutokset hidastavat elintoimintojen tasapainon palautumista, ja lääkehaitat ovat yleisempiä kuin nuoremmilla, vaikka annoksia pienennettäisiin.

Kotona asuvilla ikääntyneillä on käytössään keskimäärin 4–5 lääkettä, ja vanhainkodeissa ja laitoksissa asuvilla erilaisia lääkkeitä on jopa 8–10. Vanhus voi sairastaa diabetesta, sepelvaltimotautia ja sydämen vajaatoimintaa, hänellä voi olla tuki- ja liikuntaelimistön kipuja, muistihäiriö ja depressio. Vaikka näiden monien vaivojen hoitoon ei käytettäisikään kaikkia hoitosuosituksen mukaisia lääkkeitä, pelkästään välttämättömiä lääkkeitä voi kertyä kymmenkunta.

Sairauden estämiseen ja terveyden ylläpitämiseen tarkoitetut lääkkeet lisäävät monilääkityksen ja lääkehaittojen riskiä. Kohonneen verenpaineen alentaminen on osoittautunut hyödylliseksi ainakin 75. ikävuoteen saakka, mutta näyttö rasvoja alentavan ja luustoa vahvistavan lääkkityksen hyödystä vanhoille on niukkaa. Verenpaineen suositusten mukainenkin hoito voi aiheuttaa vanhukselle huimausta ja tasapainohäiriöitä, jopa kaatuilua.

Lääkehoitoa harkittaessa on arvioitava huolellisesti ehkäisevän lääkityksen mahdollisia etuja suhteessa koko sairauskirjoon, niiden hoitamiseksi välttämättömien lääkkeiden määrään, herkkyyteen saada lääkkeitä haittavaikutuksia sekä vanhuksen arjen kokonaisuuteen.

Nykyisin Suomessa käytetään melko aktiivisesti dementialääkkeitä, suhteellisesti jopa enemmän kuin muissa Pohjoismaissa. Vuoden 2006 Kelan tilastojen mukaan muistilääkkeiden lääkekorvausta sai noin 30 000 silloin avohoidossa olleista noin 40 000:sta ja laitoshoidossa olleista noin 30 000:sta Alzheimer-potilaasta.

Yli 80 % laitoshoidon vanhuksista ja 12 % kotona asuvista vanhuksista käyttää psyykenlääkkeitä, lähinnä bentsodiatsepiineja tai psykoosilääkkeitä. Nämä voivat aiheuttaa sekavuutta ja huonontaa muutenkin toimintakykyä, altistaa tapaturmille ja lisätä hoidon tarvetta.

Rauhoittavaa lääkitystä joudutaan joskus käyttämään vaihtoehtona levottoman ja sekavan vanhuksen liikkumisen estämiseen, jos muut rauhoittelukeinot osoittautuvat riittämättömiksi. Tällaisessa tapauksessa lääkärin on hallittava rauhoittavien lääkkeiden oikea käyttö ja tiedostettava haittavaikutusten mahdollisuus. Hoitohenkilöstön puutteen korvaaminen rauhoittavalla lääkityksellä on hoitoetiikan periaatteiden vastaista.

Vanhuksia, erityisesti yli 85-vuotiaita, koskevia kliinisiä lääketutkimuksia tehdään vähän. Lääkityspäätöksissä joudutaan siksi tukeutumaan nuoremmilla tehtyihin tutkimuksiin sekä yleiseen tietoon lääkeaineen ominaisuuksista ja vanhenemisen vaikutuksista elimistöön. Myös Käypä hoito -suositukset perustuvat usein nuoremmilla ikäryhmillä tehtyihin tutkimuksiin, eikä niitä sen vuoksi voi soveltaa sellaisenaan vanhusten hoitoon. Tutkimusten mukaan monet lääkkeet ja lääkeyhdistelmät eivät sovellu vanhuksille, ja yli 80-vuotiaan lääkeannosten pitäisi olla keskimäärin vain puolet kolmikymmenvuotiaan potilaan lääkeannoksesta.

Erityisesti dementoituneet vanukset eivät aina saa sairauksiinsa riittävää hoitoa, minkä vuoksi monet joutuvat turhaan kärsimään hoidettavissa olevista vaivoista. Riittämätön hoito ei ole eettisesti korkeatasoista. Hoitoa tarvitsevaa vanhusta ei saa jättää hoidotta vain siksi, ettei lääkeainetta ole tutkittu vanhuksilla, tai siksi, että ikääntyneellä on jo monta muiden vaivojen hoitamiseksi tarkoitettua lääkettä. Tasapainon löytäminen hyvän ja tehokkaan lääkitsemisen ja haittavaikutusriskin välillä ei kuitenkaan ole helppoa.

Mitä useampia lääkkeitä vanhus käyttää, sitä todennäköisemmin niillä on ennakoimattomia ja epäsuotuisia yhteisvaikutuksia. Toisaalta monen lääkkeen käyttö samanaikaisesti pieninä annoksina voi parantaa vointia ja vähentää lääkehaittoja. Lääkkeiden määrää ja annoksia onkin syytä arvioida toistuvasti ja kriittisesti pyrkien hyötyjen maksimointiin ja haittojen minimointiin. Hyvä hoitosuhde ja pitkäjänteisyys ovat tärkeitä edellytyksiä sopivimman lääkityksen löytämiseksi.

Omaiset ja läheiset

Tukena oleva läheisverkosto vaikuttaa vanhuksen omatoimisuuteen ja kotona selviytymiseen usein enemmän kuin hänen sairautensa. Uhrautuvasti ja sinnikkäästi vanhusta auttavat omaiset voivat mahdollistaa vaikeastikin sairaan kotona asumisen. Dementoituvan tai muuten raihnaituvan omaisen hoitaminen on usein erittäin raskasta. Joskus vanhusta voi hoitaa samanikäinen ja lähes yhtä huonokuntoinen puoliso tai muu läheinen. Tällöin hän joutuu sellaiseen hoitovastuuseen, jossa omat voimat eivät riitä.

Läheistään hoitavat tarvitsevat jaksakseen vapaapäiviä ja muuta yhteiskunnan tukea sekä usein myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden neuvoja. Vain pieni osa läheisiään hoitavista on sopimuksen tehneitä omaishoitajia. Heiltäkin puuttuvat usein mahdollisuudet viettää laissa määrätyt vapaapäivät. Vanhusta kotona hoitavien toimintakyvyn vahvistaminen erilaisin tukitoimin ja palveluin lisää myös hoidettavien hyvinvointia. On kaikkien etujen mukaista, että tukea suunnataan myös niille läheisille, jotka eivät ole omaishoidon tuen piirissä.

Kun vanhus on yksinäinen tai lähiomaiset asuvat eri paikkakunnalla, yhteiskunnan on huolehdittava hänestä. Kaukana asuvat lähiomaiset ovat usein huolissaan hoidosta, ja välimatka voi haitata henkilökunnan ja omaisten yhteydenpitoa. Yhteisen hoitolinjan ja luottamuksen löytämiseksi on kuitenkin pyrittävä avoimeen neuvotteluun, jossa omaisten huolia ja toiveita kuunnellaan ja arvostetaan. Erityisen tärkeää yhteydenpito omaisiin on silloin, kun vanhus ei enää itse pysty osallistumaan hoitolinjaukseen.

Omaiset ovat hyvinvoinnin merkittävä voimavara myös silloin, kun vanhusta hoidetaan ympärivuorokautisessa hoidossa kodin ulkopuolella. Heidän osallistumisestaan läheistensä hoitoon on syytä tukea.

Tutkimuksen ja hoidon rajat

Lääketieteen ja teknologian kehityksen ansiosta iäkkäällekin ihmiselle voidaan tehdä vaativia toimenpiteitä, jos hänen voidaan olettaa hyötyvän niistä. Tutkimusten ja hoidon hyödyn arvioinnissa painottuvat odotettavissa oleva elämänlaatu ja toimintakyky sitä enemmän, mitä iäkkäämpi potilas on. Arvioinnissa on myös otettava huomioon vanhuksen muut sairaudet sekä hänen toimintakykynsä ennen ja jälkeen suunnitellun toimenpiteen.

On tärkeää pohtia, mitä tutkimuksella ja hoidolla voidaan saavuttaa. Iso leikkaus on fyysisesti ja psyykkisesti raskas, siihen voi liittyä suuria riskejä, ja siitä toipuminen voi edellyttää potilaalta ponnistelua ja pitkäaikaista kuntoutusta. Mitä suurempi toimenpide, sitä tärkeämpää on hyötyjen ja haittojen puntarointi. Mittava kuntouttaminen ja kalliit apuvälinehankinnat ovat perusteltuja, jos niillä voidaan palauttaa tai ylläpitää vanhuksen liikunta- ja toimintakyky tai edesauttaa hänen itsenäistä selviytymistään.

Ikä ei ole peruste jättää jotain henkilöä hoidon ulkopuolelle. Ikä tuo kuitenkin mukanaan erilaisia sairauksia, elimistön toiminnan muutoksia ja toimintakyvyn laskua, jotka vähentävät hoidoista ja toimenpiteistä saatavaa hyötyä ja lisäävät niihin liittyvien haittojen riskiä. Jos mahdolliset haitat ja niiden todennäköisyys kasvavat suuremmaksi kuin hoidosta odotettavissa olevat hyödyt, hoitoa ei ole syytä antaa.

Elämän loppuvaiheen hoito

Vanhuksen sairastaessa etenevää sairautta joudutaan pohtimaan, millainen hoito on hänen tahtonsa mukaista hyvää hoitoa, mitkä toimenpiteet parantavat hänen elämänlaatuun ja mitkä vain lisäävät kärsimystä. Esimerkiksi elvytyksen ja monien muiden kajoavien toimenpiteiden hoitotulokset huononevat taudin edetessä, ja niiden aiheuttamien vaurioiden riski kasvaa. Jos toimenpiteen haittojen riski kasvaa suuremmaksi kuin siitä saatavat hyödyt, on siitä perusteltua pidättäytyä.

Esimerkiksi Alzheimerin tauti etenee vuosien mittaan omaa vauhtiaan. Tauti kestää keskimäärin 10–12, joskus jopa kaksikymmentä vuotta. Sairauden viime vaiheissa liikkuminen vaikeutuu, henkiset toiminnat ja kommunikointi hiipuvat, ja lopulta vanhus voi lakata nielemästä. Kuoleman riski kasvaa suhteessa taudin keston, muiden sairauksien määrään ja potilaan ikään, mutta kuoleman ajankohdan ennustaminen on useimmiten mahdotonta. Puhe- ja liikuntakykynsä menettänyt dementiapotilas voi kuolla hyvinkin nopeasti tai elää vuosia. Tällaisessa tilanteessa on kuitenkin arvioitava, millainen hoitolinja tuo eniten hyötyä ja hyvinvointia.

Tämä vaatii hyvää kliinistä osaamista, eettistä harkintaa ja hyviä ihmisisuhdetaitoja.

On tärkeää keskustella elvytyksestä, tehohoidosta ja muista hoidoista yhdessä vanhuksen, hänen läheistensä sekä koko potilasta hoitavan ryhmän kanssa jo ennen kuin potilaan vointi heikkenee niin, ettei hän enää kykene ottamaan kantaa hoitoonsa. Parasta on, jos keskustelun perusteella tehdään hoitolinjapäätös harkiten ja kaikessa rauhassa. Jos potilaan vointi merkittävästi muuttuu, on myös hoitolinja arvioitava uudelleen ja uusi arvio kirjattava edellisen jatkeeksi. Arviointi on harvoin yksittäinen, lopullinen päätös – useimmiten se on prosessi, peräkkäisten ratkaisujen sarja.

Hoitolinjan ratkaisuisissa on aina syytä korostaa potilaalle ja hänen läheisilleen, ettei päätös esimerkiksi pidättäytyä elvytyksestä tai tehohoidosta tarkoita hoidon huonontamista tai sen lopettamista, vaan hoitamisen tavoitteiden, keinojen ja painopisteen siirtämistä hyvinvoinnista huolehtimiseen. Oireita lievittävää ja vointia ylläpitävää hoitoa jatketaan ja tehostetaan, mutta turhista ja kärsimystä lisäävistä hoidoista luovutaan niin, että potilasta voidaan hoitaa hänelle parhaalla tavalla.

Oireenmukaiseen (palliativiseen) tai saattohoitoon siirtymisestä päättää potilasta hoitava lääkäri, mutta päätös edellyttää neuvottelua ja yhteisymmärrystä potilaan tai hänen läheistensä kanssa. Päätös, kuten muutkin hoitolinjaratkaisut, kirjataan selkeästi potilasasiakirjoihin, jotta hoitolinja säilyy johdonmukaisena myös päivystysaikaan.

”Ei elvytetä” -päätös (”DNR” = do not resuscitate) on suppea osa laajaa hoitolinjamäärittelyä. Päätös on syytä rajata tarkoittamaan vain paineluelvytyksestä ja sydämen sähköisestä tahdistuksesta luopumista, jos sydämen toiminta pysähtyy.

Elämää ylläpitävistä hoidoista luopuminen tarkoittaa laajempaa hoitojen rajaamista. Yleisenä linjauksena se tarkoittaa kaikista elintoimintoja ylläpitävistä hoidoista (kuten antibioottihoito, nesteytys, suonensisäinen ravitsemus, sydämen tahdistaminen, dialyysihoito tai hengityslaitehoito) luopumista. Jos elämää ylläpitävistä hoidoista luovutaan, ei tarvita myöskään näiden elintoimintojen seuraamista monitorilla tai verikokeilla. Linjaus sopii parhaiten käytettäväksi silloin, kun kuolema on jo varsin lähellä. Se mistä luovutaan on syytä täsmentää, perustella ja kirjata yksityiskohteisesti potilasasiakirjoihin.

Kirjallisuudessa on käytetty hoitolinjauksen merkintänä myös ilmaisu ”sallitaan luonnollinen kuolema”. Tämä ilmaisee ehkä muita merkinlöjä paremmin ja täsmällisemmin sen, mistä vaikeasti dementoituneen tai monisairaana vanhuksen hoidon loppuvaiheen hoidossa on kysymys.

Vanhusten hoitoa koskevat säädökset

Suomessa asuvien kansalaisten sosiaali- ja terveydenhuolto perustuu Suomen allekirjoittamiin ja ratifioimiin kansainvälisiin ihmisoikeussopimuksiin, perustuslakiin, lakeihin potilaan ja sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (potilaslaki ja sosiaalihuollon asiakaslaki) sekä muihin sosiaali- ja terveydenhuollon lakeihin. Perustuslain mukaan ihmiset ovat yhdenvertaiset lain edessä, eikä ketään saa asettaa iän, terveydentilan tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella ilman hyväksyttävää perustetta muihin nähden erilaiseen asemaan. Lait eivät kuitenkaan estä kohtelemasta ihmisiä eri tavalla sairauden hoidossa, jos esimerkiksi ikä vaikuttaa hoidon riskeihin, lääkkeen valintaan tai toipumisennusteeseen.

Potilaslain mukaan jokaisella on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon terveydenhuollon käytettävissä olevien voimavarojen rajoissa. Potilasta on kohdeltava hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittaen. Sosiaalihuollon asiakaslaisissa säädetään vastaavista oikeuksista sosiaalihuollossa.

Vanhukset saavat palvelunsa yleensä osana sosiaali- ja terveydenhuollon normaalia toimintaa. Ainoa nimenomainen vanhusten palveluihin liittyvä säännös on sosiaalihuoltolaissa. Sen mukaan 80 vuotta täyttäneellä on oikeus päästä kiireettömissä tapauksissa sosiaalipalvelujen tarpeen arviointiin viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä siitä, kun henkilö itse tai hänen laillinen edustajansa, läheisensä tai viranomainen on ottanut yhteyttä kuntaan palvelujen saamiseksi. Laki koskee myös henkilöä, joka saa eläkettä saavan ylimpää hoitotukea. Säännös ilmaisee lakiin kirjatun hyvän palveluperiaatteen, jolla halutaan tukea vanhusten toimintakykyä ja mahdollisuutta asua kotona.

Vanhuksen itsemääräämisoikeus

Potilaan ja sosiaalihuollon asiakkaan itsemääräämisoikeudesta säädetään potilaslaissa ja sosiaalihuollon asiakaslaisissa. Vanhusten hoidossa korostuu näiden säännösten merkitys.

Lain mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä tämän kanssa. Jos potilas kieltäytyy hoidosta, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Ellei hän pysty päättämään hoidostaan, tarvitaan tärkeään hoitopäätökseen, kuten esimerkiksi päätökseen pidät-

täytyä elämää ylläpitävistä hoidoista, omaisen, muun läheisen tai laillisen edustajan suostumus.

Vain potilaalla, joka ymmärtää riittävän hyvin päätöksensä merkityksen, on oikeus kieltäytyä kaikesta hänelle suunnitellusta tai jo aloitetusta hoidosta. Laillisella edustajalla, omaisella tai muulla läheisellä ei ole oikeutta kieltää henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi annettavaa tarpeellista hoitoa. Päätös tarpeellisesta hoidosta tehdään lääketieteellisin perustein. Lääkäri ei silti tarvitse antaa hoitoa, joka ei ole potilaan henkilökohtaisen edun mukaista, vaikka suostumuksenantajan asemassa oleva henkilö vaatisi sitä.

Lain mukaan potilaan vakaasti ja pätevästi ilmaistua hoitotahtoa on kunnioitettava, eikä potilasta saa hoitaa vastoin hänen ilmaisemaansa tahtoa. Hoitotahdolla henkilö välittää tiedon siitä, miten hän haluaa itseään hoidettavan, kun hän ei itse enää kykene osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon esimerkiksi tajuttomuuden, dementian tai muun syyn vuoksi. Tavallisesti potilas kieltää hoitotahdossa elämää ylläpitävät toimenpiteet, kun toiveita toipumisesta ei ole. Tämä ei estä turvautumasta elvytykseen ja tehohoitoon silloin, kun potilaan voidaan olettaa toipuvan sairaudestaan niiden ansiosta. Hoitotahto voi sisältää myös yksityiskohtaisempia henkilökohtaisia toiveita omasta hoivasta ja elämänlaadusta. Hoitotahto voi olla kirjallinen, potilasasiakirjoihin liitettävä asiakirja. Myös suullinen ilmaisu on pätevä, ja siitä on tehtävä merkintä potilasasiakirjoihin.

Potilaalla on myös mahdollisuus oikeuttaa joku läheisistään tekemään hänen puolestaan hoitopäätöksiä, ellei hän itse siihen kykene. Tällainen sijaispäättäjä tulkitsee potilaan tahtoa silloin, kun potilas ei sitä enää pysty itse ilmaisemaan. Sijaispäättäjän voi nimetä hoitotahdossa tai edunvalvontavaltuutuksessa.

Edunvalvontavaltuutusta koskeva laki tuli voimaan 1.11.2007. Se määrittelee uuden oikeudellisen välineen, jolla yksilö voi etukäteen järjestää asioidensa hoidon sen varalta, että hän tulee myöhemmin sairauden tai muun syyn vuoksi kykenemättömäksi huolehtimaan asioistaan. Valtuuttaja määrittelee siinä asiat, jotka valtuutus kattaa. Hän voi oikeuttaa toisen henkilön edustamaan itseään muun muassa talouteensa tai terveyteensä liittyvissä asioissa. Jos valtuuttaja ei kykene enää huolehtimaan asioistaan esimerkiksi dementian vuoksi, valtuutettu voi pyytää maistraattia vahvistamaan valtuutuksen. Maistraatti myös valvoo valtuutetun toimintaa.

Edunvalvontavaltuutus ei syrjäytä potilaslaissa säädettyä itsemääräämisoikeutta. Valtuutettu on potilaan laillinen edustaja, mutta hänen

roolinsa on aina toissijainen suhteessa valtuuttajaan, jos potilas kykenee vielä itse päättämään hoidostaan.

Vanhus voi suunnitella omaa tulevaisuuttaan itsenäisesti, jos toimintakykyä uhkaavan sairauden, esimerkiksi dementian, diagnoosi tehdään ajoissa. Tällöin hoitotahdon, edunvalvontavaltuutuksen tai testamentin tekeminen on usein vielä mahdollista. Olisikin suositeltavaa, että diagnoosin yhteydessä vanhukselle kerrotaan, millä tavoilla hän voi suunnitella omaa tulevaisuuttaan. Näin tuetaan vanhuksen itsemääräämisoikeutta.

Joskus ulkopuoliset voivat käyttää hyväkseen hyväntahtoista, mutta voimiltaan ja ymmärrykseltään heikentyneitä vanhusta. Tämä voi myös itse aiheuttaa itselleen vahinkoa tai vaaraa teoilla, joista hän ei kykene ottamaan vastuuta. Edunvalvojan määrääminen voi olla yksi keino suojata toimintakyvyiltään heikentyvää vanhusta, jos tämän kyky suojata itseään ja oikeuksiaan on olennaisesti heikentynyt. Edunvalvonta rajataan sellaisiin asioihin, joissa henkilön kyky toimia on rajoittunut, eli yleensä taloudellisten asioiden hoitoon.

Olipa päättäjänä vanhuksen nimeämä henkilö tai edunvalvoja, vanhus ja hänen asioitaan on hoidettava hänen etujensa mukaisella tavalla.

Vanhuksen liikkumisvapauden rajoittaminen

Vanhusten terveydenhuollossa käytetään paljon liikkumista rajoittavia toimenpiteitä, kuten tuoliin ja sänkyyn sitomista, magneettivoitaita sekä sängyn turvalaitoja. Suomen perustuslain mukaan yksilön henkilökohtaista vapautta saa rajoittaa vain, jos rajoittaminen perustuu lakiin eikä ole mielivaltaista. Somaattisesta sairaudesta kärsivän potilaan vapauden rajoittamisesta ei kuitenkaan ole nimenomaisia säännöksiä. Sitominen merkitsee aina vakavaa puuttumista potilaan henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen. Sitomiseen voi liittyä myös terveysriskejä, jopa kuolleisuuden lisääntymistä.

Joskus potilaan vapauden rajoittaminen voi olla välttämätöntä. Terveysturvakeskuksen näkökannan mukaan vanhuksen omaa turvallisuutta vakavasti uhkaavan vaaran torjumiseksi liikkumista voidaan rajoittaa potilaan tahdosta riippumatta, mutta vain siinä määrin kuin kulloinkin on välttämätöntä. Vapautta ei saa rajoittaa, ennen kuin muut menetelmät on arvioitu ja todettu riittämättömiksi. Päätöksen on aina perustuttava potilaan tilan tarkkaan ja yksilölliseen arviointiin. Päätöksen tekee ja siitä vastaa potilasta hoitava lääkäri, ja tämän on punnittava tasapuolisesti rajoituksen haitat ja hyödyt. Potilasta on valvottava riittävästi vapaudenrajoituksen aikana. Perusteltu päätös on kirjattava potilasasiakirjoihin, ja rajoituksen jatkamista on arvioitava riittävän usein.

Vanhusten hoidon etiikan erityispiirteet

Jokaisella on ainutkertainen, loukkaamaton ihmisarvo. Ihmisarvon kunnioittaminen tarkoittaa tässä, että vanhusta kohdellaan ainutkertaisena yksilönä ja hänen näkemyksensä otetaan huomioon. On tehtävä aktiivisesti työtä, jotta vanhus säilyttää ihmisarvonsa, itsemääräämisoikeutensa ja yksityisyytensä sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Kaikilla ihmisillä on oma erityinen elämänsä ja -tarinansa. Eettisesti hyvä hoito toteutetaan yksilöllisesti, kuunnellen vanhuksen omaa tarinaa ja toiveita. Toimintakykyä ja arjessa selviytymistä voidaan arvioida numeroin, mutta numeroiden takana on ihminen, jonka arkea helpottaa toinen ihminen, omaisten ja läheisten lisäksi usein terveyden- tai sosiaalihuollon ammattihenkilö.

Monista julkisista puheenvuoroista mutta myös vanhusten omista kertomuksista käy ilmi, ettei ikääntyneiden toiveita ja tarpeita aina kuulla. Lievästi dementoitunut, hauras vanhus arvostaa sitä, että hänen elinympäristönsä on tuttu ja kodinomainen ja että hän selviää arjesta sairauksistaan ja vaivoistaan huolimatta. Vanhuksen omaa elämää koskevia toiveita voidaan toteuttaa riippumatta hoitopaikasta, jos asiaan kiinnitetään riittävästi huomiota.

Yksityisyyden kunnioittaminen edellyttää usein pienten mutta vanhukselle tärkeiden asioiden huomioon ottamista. Monenlaista apua tarvitseva menettää helposti yksityisyytensä ja sen myötä ihmisarvonsa. Esimerkiksi henkilökohtainen hygienia, arkaluonteiset henkilötiedot ja yksityiset henkilösuhteet ovat potilaan yksityisasiota, ja niiden pitäminen luottamuksellisina on jokaisen vanhuksen kanssa toimivan eettinen velvollisuus. Oikeus yksityisyyteen on myös laitoksessa asuvan vanhuksen perustuslaillinen oikeus.

Itsemääräämisoikeus ja autonomia tarkoittavat sitä, että vanhuksella on oikeus osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon aina, kun se on mahdollista. Hän tarvitsee osallistumiseensa tietoa eri vaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista. Vanhuksen itsemääräämisen kunnioittaminen merkitsee usein myös muiden hoivaan ja arjen toimintaan liittyvien toiveiden huomioonottamista. Potilaan autonomiaa saa rajoittaa vain siinä määrin, kuin hoidon onnistumisen kannalta on välttämätöntä. Itsemääräämisoikeus edellyttää päätöksentekokykyä, joka on arvioitava tapauskohtaisesti ja jonka tarvittava määrä riippuu paitsi ihmisen kyvystä myös päätöksen monimutkaisuudesta.

Hyvän tekemisen ja vahingon välttämisen periaate edellyttää, että hoitoa tarkastellaan kokonaisuutena. Suunniteltujen hoitojen hyötyjä ja haittoja arvioidaan pohtimalla niiden vaikutusta vanhuksen elämänlaatuun.

Hoitojen kehittämisen ja arvioinnin pohjaksi tarvitaan vanhuksilla tehtävää tutkimusta ja systemaattista tiedon keräämistä esimerkiksi lääkkeiden vaikutuksista vanhusten hoidossa. Hyvän tekemisen ja vahingon välttämisen periaatteen noudattaminen edellyttää huomion kiinnittämistä myös riskien hallintaan ja tapaturmien ehkäisyyn.

Oikeudenmukaisuus edellyttää, että potilaita, joiden hoidon tarve on samanlainen, hoidetaan samanlaisten periaatteiden mukaisesti. Oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun ei riipu potilaan iästä, asuinpaikasta, sosiaalisesta asemasta eikä muistakaan henkilön ominaisuuksista. Hoidon saatavuuteen ja jakautumiseen pitäisi vaikuttaa ainoastaan hoidon tarve, ei sen maksaja. On kuitenkin perusteltua ottaa huomioon potilaan ikä hoitopäätöksiä tehtäessä, jos se vaikuttaa hoidosta odotettavissa olevaan hyötyyn.

Lopuksi

Jokaisella on oikeus turvalliseen vanhuuteen, johon kuuluu oikeus tarpeenmukaiseen hoitoon ja hyvään huolenpitoon. Meillä on yhteiskuntana velvollisuus huolehtia siitä, että vanhukset eivät jää vaille tarvitsemaansa hoitoa ja että he voivat säilyttää ihmisarvonsa ja itsemääräämisoikeutensa ja elää omien arvojensa mukaisesti. Vanhustenhoidon nykytilaa ja kehittämistarpeita voimme arvioida pohtimalla, miten haluaisimme itseämme hoidettavan, kun olemme avun ja hoivan tarpeessa.

Kirjallisuutta

- Antila T: *Edunvalvontavaltuutus*. WSOY pro. Helsinki 2007. ISBN 978-951-0-33179-8.
- Ikäihmisten suun hoito – opas sosiaali- ja terveysturvan henkilöstölle*. Hammaslääkäriliiton kustannus Oy, 2003.
- Juva K: Työikäisen dementia. Teoksessa Erkinjuntti T, Alhainen K, Rinne R, Soininen H: *Muistihäiriöt ja dementia*. 2. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2006. s. 589-595.
- Jyrkämä J ja Nikander P: Ikäsyrintä, ageismi. Teoksessa Lepola O, Villa S (toim.) *Syrjintä Suomessa 2006*. Ihmisoikeusliitto, Helsinki 2007. S. 181–218.
- Kalliomaa-Puha L: *Vanhoille ja sairaille sopivaa? Omaishoitosopimus hoidon instrumenttina*. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 90, 2007. ISBN 978-951-669-753-9 (nid.), 978-951-669-754-6 (pdf).
- Kivelä S-L, Räihä I: Kapseli 35: *lääkkäiden lääkehoito*. Lääkelaitos, Kela, 2007.
- Koivuranta E: *Perusteltuja rajoituksia vai huonoa kohtelua – selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon pakotteista*. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:33. ISBN 952-00-1096-3, ISSN 1237-0606. Helsinki 2002.
- Löppönen M: *Elderly Patients with Dementia in Primary Health care. A study of Diagnostic Work-Up, Co-Morbidity and Medication Use*. Academic dissertation. Annales Universitatis Turkuensis, 2006.
- Mäki-Petäjä-Leinonen A: *Dementoituvan henkilön oikeudellinen asema*. Helsingin yliopisto. Suomalaisen Lakimiesyhdistyksen julkaisuja A-sarja N:o 241, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, 2003. ISBN 951-855-210-X.
- Nieminen L: *Lapsuudesta vanhuuteen. Perus- ja ihmisoikeuksien merkitys eri ikävaiheissa*. Edita, Helsinki 2006.
- Pahlman I: *Potilaan itsemääräämisoikeus*. Edita Publishing Oy, Helsinki 2003. ISBN 951-37-3919-8.
- Pahlman I, Lehtonen L: *Terveydenhuollon lainsäädäntö*. Edita Publishing Oy 2007, 535 s. ISBN 978-951-37-4883-8.
- Pitkälä K, Hosia-Randell H, Raivio M, Savikko N ja Strandberg T: *Vanhuksen lääkehoidon karikoita*. Duodecim 2006;122(12):1503–12.
- Raivio M: *Pitfalls in the treatment of persons with dementia*. Academic dissertation, University of Helsinki. Gummerus Oy, 2007. ISBN 978-952-92-2940-6.

- Rajaniemi J, Heimonen S, Sarvimäki A, Tiihonen A(toim): *Ikääntyneiden arki, näkökulmia ikäihmisten arjen kysymyksiin*. Ikäinstituutti, Oraita 2/2007, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3: *Ikäihmisten palvelujen laatusuositus*. ISBN 978-952-00-2525-0 (nid.), 978-952-00-2526-7 (PDF), ISSN 1236-2050. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/14066/index.htm>
- Suominen M: *Nutrition and Nutritional care of Elderly People in Finnish Nursing Homes and Hospitals*. Academic Dissertation, University of Helsinki, November 2007. <https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/28176/nutritio.pdf?sequence=1>
- Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö vanhuspotilailla. Terveystuollon oikeusturvakeskuksen ohje* (21.11.2007). http://www.teo.fi/FI/Palveluiden_asianmukaisuus/Ohjeita_ja_hyvia_kaytantoja/Sivut/Liikkumistarajoittavienturvavälineiden.aspx
- Tilvis R: *Hyvä vanheneminen*. Duodecim 2006;122(12);1523–6.
- Tilvis R: *Vanhusten kivut*. Duodecim 2004;120(2):223–7.
- Voutilainen P, Kattainen E, Heinola R: *Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna – selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994–2006*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:28. ISBN 978-952-00-2344-7 (nid.), 978-952-00-2345-4 (PDF), ISSN 1236-2115. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/11930/index.htm>

Lainsäädäntö

- Suomen perustuslaki (731/1999)
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000)
- Sosiaalihuoltolaki (710/1982)
- Laki holhustoimesta (442/1999)
- Laki omaishoidon tuesta (937/2005)
- Laki edunvalvontavaltuutuksesta (648/2007)
- Laki vammaisuuksista (570/2007)

Linkejä

Alzheimer-keskusliiton hoitotahtolomake: www.alzheimer.fi

Suomen Muistiasiantuntijat ry:n elämänlaatu-testamentti:
www.muistiasiantuntijat.fi

Tietoa ja esimerkkejä hoitotahdosta: Lääkärikirja Duodecim:
www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=hoitotahto&p_artikkeli=dlk00809

Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito -suositus.
www.kaypahoito.fi

Esimerkki vaikeasti sairaan vanhuksen hoitolinjan määrittelystä:

- 1) Potilaan tunteva ja tämän hoidosta vastaava lääkäri selvittää ja kirjaa tiiviisti sairaushistorian ja erityisesti vaikeiden sairauksien synnyn, etenemisen ja ennusteen.
- 2) Lääkäri arvioi, millaiseen kuntoon vanhus voi äkillisen sairauden jälkeen parhaimmillaan toipua ja millainen olisi hänen elämänlaatunsa silloin.
- 3) Selvitetään potilaan suullinen tai kirjallinen hoitotahto tai tämän omat ajatukset parhaasta hoitolinjasta. Ellei kirjallista hoitotahtoa ole eikä potilaan omaa käsitystä voida selvittää, asiasta keskustellaan läheisten kanssa.
- 4) Potilaan tai hänen läheistensä kanssa käydään läpi tämänhetkinen tilanne sekä nyt tai tilanteen pahentuessa harkittavaksi tulevat hoitotoimet, niiden riskit ja toisaalta saavutettavissa olevat hyödyt.
- 5) Pohdinnan perusteella muodostetaan hoitolinja. Siinä usein ratkaistavia asioita ovat antibioottihoito, nesteytys ja ravinnonsaanti, erikois- tai tehohoitoon lähettäminen, potilaan tukeminen vaikeassa elämänvaiheessa sekä kivun huomiointi ja hoito.
- 6) Neuvoteltu hoitolinja kirjataan ja perustellaan lyhyesti ja selkeästi sairauskertomukseen siten, että se on äkillisessä tilanteessa ja tarvittaessa myös toisessa hoitolaitoksessa käytettävissä.
- 7) Jos potilaan vointi selkeästi muuttuu, on hoitolinjaa syytä pohtia uudestaan, ja uusi kannanotto kirjataan sairauskertomukseen.

ETENE-julkaisuja

ISSN 1458-6193

- 1 *Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet.* (2001)
ISBN 952-00-1077-7
- 2 *Gemensam värdegrund, gemensamma mål och gemensamma principer för hälso- och sjukvården.* (2001)
ISBN 952-00-1078-5
- 3 *Shared Values in Health Care, Common Goals and Principles.* (2001)
ISBN 952-00-1078-3
- 4 *Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa.* (2001)
ISBN 952-00-1086-6
- 5 *Eettisyyttä terveydenhuoltoon. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 1998–2002.* (2002)
ISBN 952-00-1257-5
- 6 *Hoidon hinta ja tasa-arvo terveydenhuollon eettisenä haasteena.* (2002)
ISBN 952-00-1269-9
- 7 *Tukija 1999–2002. ETENE/Lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto* (2003)
ISBN 952-00-1299-0
- 8 *Saattohoito. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) muistio.* (2003)
ISBN 952-00-1435-7
- 9 *Vård i livets slutskede. Promemoria utgiven av riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE).* (2003)
ISBN 952-00-1436-5
- 10 *Autonomia ja heitteillejätö – eettistä rajankäyntiä.* (2004)
ISBN 952-00-1458-6
- 11 *Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa.* (2005)
ISBN 952-00-1642-2 (nid.)
ISBN 952-00-1643-0 (PDF)
- 12 *Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ja ETENE:n lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto (TUKIJA).* (2005)
ISBN 952-00-1815-8 (nid.)
ISBN 952-00-1816-6 (PDF)

- 13 *Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE) och den medicinska forskningsetiska sektionen (TUKIJA) inom ETENE.* (2005)
ISBN 952-00-1824-7 (nid.)
ISBN 952-00-1825-5 (PDF)
- 14 *The National Advisory Board on Health Care Ethics (ETENE) and ETENE's Sub-Committee on Medical Research Ethics (TUKIJA).* (2005)
ISBN 952-00-1826-3 (nid.)
ISBN 952-00-1827-1 (PDF)
- 15 *"Imago Dei" – Ihminen, Jumalan kuva vai terveydenhuollon tuote?* (2005)
ISBN 952-00-1884-0 (nid.)
ISBN 952-00-1885-9 (PDF)
- 16 *TUKIJA 2002–2006, ETENE/Lääkietieteellinen tutkimuseettinen jaosto.* (2006)
ISBN 952-00-2206-6 (nid.)
ISBN 952-00-2207-4 (PDF)
- 17 *Eettisyyttä terveydenhuoltoon II. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2002–2006.* (2006)
ISBN 952-00-2212-0 (nid.)
ISBN 952-00-2213-9 (PDF)
- 18 *Tarve terveydenhuollossa. Kuka tai mikä määrittää?* (2007)
ISBN 978-952-00-2329-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2330-0 (PDF)
- 19 *Terveyden edistämisen eettiset haasteet.* (2008)
ISBN 978-952-00-2570-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2571-7 (PDF)
- 20 *Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti.* (2008)
ISBN 978-952-00-2572-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2573-1 (PDF)
- 21 *Vårdetik på ålderns höst. Rapport från den riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE).* (2008)
ISBN 978-952-00-2667-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2668-4 (PDF)
- 22 *Old age and ethics of care. Report of the National Advisory Board on Health Care Ethics (ETENE).* (2008)
ISBN 978-952-00-2669-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2670-7 (PDF)

**Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE)
Sosiaali- ja terveysministeriö**

Kirkkokatu 14, Helsinki
PI 33, 00023 Valtioneuvosto
Puhelin 09-160 01 (vaihde)
Telekopio 09-160 74312

Pääsihteeri Ritva Halila
Sähköposti ritva.halila@stm.fi
Puhelin 09-160 73834

Osastosihteeri Nina Lindqvist
Sähköposti nina.lindqvist@stm.fi
Puhelin 09-160 74357

Sähköposti etene@stm.fi
Internet www.etene.org