



Vårdetik

PÅ ÅLDERNS HÖST

Rapport från den riksomfattande etiska delegationen
inom hälso- och sjukvården (ETENE)

Riksomfattande etiska
delegationen inom
hälso- och sjukvården
(ETENE)

Vårdetik på ålderns höst

Rapport från den riksomfattande etiska
delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE)

ISBN 978-952-00-2667-7 (inh.)

ISBN 978-952-00-2668-4 (PDF)

ISSN 1458-6193

Layout: AT-Julkaisutoimisto Oy

Pärmilden: Matti Kolho, Kuvasuomi Ky

Tryckeri: Kirjapaino Keili Oy, Vanda 2008

Vårdetik på ålderns höst

Denna rapport från den riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE) är avsedd för alla yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården som arbetar med äldre, för politiska beslutsfattare i kommuner och stat samt för äldre och deras anhöriga. Rapporten utgör ett stöd för dem som gör upp regionala vårdstrategier för äldre och som dryftar grundutbildning, kompletterande och fortsatt utbildning inom äldreomsorgen.

År 2001 gjorde ETENE en sammanfattning av de gemensamma etiska principerna för dem som är verksamma inom hälsovården. Delegationen anser att det nu är viktigt att fördjupa och precisera tillämpningen av dessa principer inom äldreomsorgen. Samtidigt vill ETENE delta i diskussionen om hur man bäst garanterar äldre i vårt land ett människovärdigt liv som uppfyller de etiska idealen och som inte är beroende av vårdbehov eller vårdplats. Vår förhoppning är att rapporten bidrar till att identifiera utmaningarna, att utveckla den etiska verksamheten och att fostra aktörerna inom disciplinen i att vara etiskt lyhörda. Vi hoppas att rapporten ska åstadkomma en fortgående diskussion om etiken inom äldreomsorgen i det finska social- och hälsovårdssystemet.

Våren 2007 grundade ETENE en arbetsgrupp som förberedde rapporten för delegationen. Rapporten tar upp frågor om äldreomsorgens etiska principer. Följande personer ingick i arbetsgruppen: specialistläkaren i allmän medicin Kari Eskola, professor Jyrki Jyrkämä, juris doktor Anna Mäki-Petäjä-Leinonen, med. kir. dr Leena Niinistö, juris doktor, pol. dr Irma Pahlman, doktor i hälsovetenskaper Aira Pihlainen, med. dr Minna Raivio och professor Raimo Sulkava samt generalsekreteraren för ETENE, docent Ritva Halila. På sitt möte 25.3.2008 godkände delegationen rapporten.

Rapporten är resultatet av det arbete som arbetsgruppen utfört och som föregåtts av diskussioner inom ETENE. Rapporten betraktar det ske- de i åldrandet, då en människas funktionsförmåga försvagas och hon får allt större behov av andra människors hjälp samt tjänster från samhällets sida, särskilt social- och hälsovården. Äldreomsorgen kännetecknas av ett fortlöpande samarbete mellan socialvården och hälsovården. Därför behandlar rapporten de etiska dilemman som dessa båda discipliner kämpar med inom äldreomsorgen.

Sammanfattningsvis framför ETENE följande ståndpunkter:

- En central, etiskt hållbar grund för vården är att äldre behandlas som individer. Vården utgår från äldreomsorgens egna behov och önskemål, respekterar deras värderingar och uppskattar deras synpunkter. Vården planeras med beaktande av den äldre individens häl-

sotillstånd och funktionsförmåga, den hjälp som anhöriga ger och hela det sociala nätverket.

- Vården som sker i samarbete mellan socialvården och hälsovården måste ha en helhetsbetonad planering. God vård innebär bekanta, trygga och sakkunniga vårdare med tillräckligt tid för att förverkliga vården.
- Åldringar har rätt att delta i de beslut som gäller deras egen vård och vårdplats. För att kunna delta behöver åldringen information om olika alternativ och deras verkan. En åldring ska kunna lita på att få adekvat vård och service som tillgodoser vardagens rimliga krav. Då det gäller långvariga vårdplatser måste åldringens önskemål, självbestämmanderätt och privatliv respekteras på samma sätt som hemma hos åldringen.
- Åldringen har rätt till trygg läkemedelsbehandling. Okritisk läkemedelsbehandling av många symtom kan ge betydande olägenheter. Däremot kan välbalanserad polyfarmaci öka åldringens välbefinnande. Läkemedelsbehandlingen måste bedömas med tanke på helheten, och bedömningen ska ske på kontinuerlig basis. Uppgifter från läkemedelsprövningar måste tillämpas med eftertanke då det gäller åldringsvården.
- I Finland ordineras åldringar rikligt med olika psykmediciner. Dessa läkemedel ska dock användas endast på godkända indikationer. Bristen på personal får inte ersättas av psykmediciner.
- Åldern är ingen orsak att förvägra någon vård. Men när vården planeras, måste man beakta huruvida stigande ålder med sjukdomar och förändrad funktionsförmåga ökar riskerna för skador som vården och enskilda vårdingrepp kan orsaka åldringen. Detta kan också påverka beslut som gäller principerna för åldringens vård.
- Åldringen har rätt till samhällets skydd mot att utnyttjas av andra människor och mot skada som åldringen kan orsaka sig själv. Vid utövande av denna rätt måste man dock i mån av möjlighet respektera åldringens självbestämmanderätt.
- Anhörigvårdarnas ställning måste stärkas och deras förmåga att orka tryggas. Möjligheten för en åldrings anhöriga och andra närstående personer att delta i vården måste förbättras särskilt då åldringen inte själv kan fatta beslut i dessa frågor.
- Varje åldring har rätt till god symtomatisk vård och en värdig död. Om åldringen utfärdat ett vårdtestamente måste detta respekteras. Beslut som gäller vårdprinciperna måste fattas i god tid tillsammans med åldringen eller de anhöriga med respekt för åldringens egna önskemål och livsvärderingar. Den individuellt valda vårdlinjen ska dokumenteras klart – detta underlättar vårdpersonalens arbete, minskar de anhörigas ångest och förbättrar åldringens välbefinnande.

Inledning

Antalet personer över 65 år växer under de närmaste decennierna kraftigt i de utvecklade länderna, också i Finland. Enligt Statistikcentralens befolkningsprognos bodde c. 870 000 personer över 65 år i vårt land år 2006, men år 2030 beräknar man att motsvarande antal är 1,4 miljoner. Antalet personer över 85 år växer särskilt snabbt. År 2006 var antalet personer över 85 år 94 000, och år 2030 ligger prognosen vid 220 000. Vi lever allt längre, vilket också syns i att 60 procent av oss dör i en ålder över 75 år.

Den förlängda förväntade livslängden innebär i allmänhet också förbättrat välbefinnande, ett större antal friska levnadsår och allt bättre möjligheter att kontinuerligt delta aktivt i olika samhällsfunktioner också efter avslutad arbetskarriär. Men den såväl absoluta som relativa ökningen av åldringsbefolkningen har också väckt oro: Hur klarar vi av åldringsvården i framtiden? När antalet år tilltar, ökar risken för sjukdomar och skador, den andliga och fysiska funktionsförmågan försvagas och behovet av vård och omvårdnad ökar.

I takt med den ökade medicinska kunskapen och dess tillämpningar, har det uppstått ett allt större antal alternativ när det gäller att bota och sköta olika tillstånd. Samtidigt kan snabba medicinska framsteg också bli ett hot mot ett gott liv, om nya behandlingsformer och -tekniker används omdömeslöst.

Social- och hälsovården står inför utmaningar under de kommande åren – konkurrensen om de anställda hårdnar, den vårdutbildade personalen måste rekryteras från allt mindre årskullar för att vårda en allt större del av befolkningen. Så småningom går de stora efterkrigsårskullarna i pension. När dessa generationer lämnar arbetslivet utarmas social- och hälsovården på en betydande del av sin sakkunskap. När de stora årsklasserna uppnått den åldern då de behöver andras hjälp, behövs ett mycket stort antal yrkesmässigt verksamma personer inom hälso- och socialvården. Det är viktigt att vårdbranschen fortgående är attraktiv och kan rekrytera personal som är kunnig och som orkar arbeta inom sitt fack och dessutom utveckla vårdarbetet.

Principen om att göra gott och undvika skada är bekant sedan Hipokratens tider. Det etiska tänkesättet har ytterligare skärpts, särskilt på 1900-talet. Den nu rådande etiken inom hälsovården baserar sig på professionsetiska, internationella avtal om de mänskliga rättigheterna, på våra grundlagsenliga rättigheter och på andra stadganden som gäller i Finland.

Åldringen och hälsovården

Åldringen och ålderdomen

Begreppet "ålderdom" har inte definierats på ett allmänt accepterat eller samstämmigt sätt. Det är problematiskt att definiera ålderdomen utgående från en persons biologiska ålder, eftersom åldersrelaterade somatiska och psykiska förändringar varierar mycket från individ till individ. Man använder dock åldersgränser för att definiera bl.a. pensionsåldern och för olika statistiker.

Att definiera och beskriva en normal ålderdom är en av gerontologins utmaningar: Vad räknas som en normal försämring av funktionsförmågan med åldern? Vilka förändringar är det klokt att behandla eller åtgärda? Kan man förebygga ålderdomssvagheter? Kan skröplighet uppskjutas eller kan man påverka det på olika sätt? När och vad borde skötas: Ska man ingripa vid ökade sjukdomsrisker? Ska symtom lindras eller ska sjukdomar behandlas? Vilka behandlingsformer är till nytta, vilka inte och vilka eventuellt t.o.m. till skada?

Ålderdomen är ett skede i livet av individuellt åldrande. Hos alla människor ger åldrandet permanenta fysiologiska förändringar, och i takt med stigande ålder förändras organfunktionerna och kroniska sjukdomar blir allt vanligare. Åldrandets effekter på en persons andliga och fysiska prestationsförmåga varierar, detsamma gäller hur personen uppfattar olika sjukdomar, hur det känns att insjukna i dem och hur personen klarar sin vardag med stigande ålder. De flesta åldringar är länge friska och har god kondition, klarar väl av sina vardagssysslor, bor hemma och är aktiva inom sina egna samfund. Men när funktionsförmågan småningom avtar, börjar de behöva allt mera stöd av andra personer.

Mest vård och omvårdnad behöver antagligen personer med demens, oberoende av ålder och oberoende av vad det är som orsakar denna sjukdom. För närvarande finns det c. 120 000 demenspatienter i Finland som är i behov av vård och omvårdnad. Årligen insjuknar c. 12 000 i Alzheimers sjukdom eller någon annan minnesstörningssjukdom. Medelsvår eller svår demens förekommer hos c. 4 procent av befolkningen i åldern 65–74 år, hos c. 10 procent av dem som är 75–84 år och hos c. 35 procent av dem som har fyllt 85 år. I vårt land finns också c. 6 500 personer som är yngre än 65 år och har insjuknat i demens. År 2005 var antalet personer med medelsvår eller svår demens 85 300, och man har beräknat att antalet år 2030 är uppe i 110 000. När demenssjukdomen framskrider, försvagas demenspatientens möjligheter att fatta egna beslut och att fungera; därför behöver patienten allt mera hjälp och måste slutligen vara under uppsikt dygnet runt. När det gäller vården av dementa framträder de vårdetiska frågorna särskilt tydligt.

Den helhetsbetonande vården

Åldringar har rätt att få sitt vårdbehov bedömt samt att bli hörda och vårdade så att deras helhetsbehov beaktas. När yrkesverksamma personer inom vården bedömer situationen, får man inte uppmärksamma endast symtom och sjukdomar utan också varje åldrings hälsobakgrund, sociala miljö och prognos. Dessutom måste man beakta åldringens minne, lynne, livsvärderingar, intellektuella och andliga behov samt nätnätverk.

När vården är god, stöds och stärks åldringens fysiska och andliga förmågor och resurser. Tillräcklig och hälsosam kost, stimulerande vardagssysslor, regelbunden motion och regelbundet uteliv, hobbyer och en tillgänglig bostad och boendemiljö är alla omständigheter som upprätthåller åldringens välbefinnande och funktionsförmåga. Åldringens möjligheter att klara sig hemma kan stödjas med hjälp av olika stödserviceformer och med hjälpmedel som underlättar vardagssysslorna. Ofta behövs också läkemedel och rehabilitering för att upprätthålla åldringens funktionsförmåga. Om åldringen är i dålig kondition, är behovet av hjälp mångfacetterat. Här behövs återigen många kunniga personers samarbete och yrkesskicklighet för att skapa en god vårdplan. Då det är som bäst, kan ett multiprofessionellt samarbete garantera den nödvändiga sakkunskapen samt god och tillräcklig service. Risken är dock att vården blir illa koordinerad och splittrad p.g.a. medverkan av många personer i vårdprocessen. Om vårdpersonalen ofta byts ut, leder det till en känsla av otrygghet hos åldringen och kan också medföra säkerhetsrisker.

Syftet med vården – och detta sammanfaller ofta med åldringens eget önskemål – är att göra det möjligt för åldringen att bo hemma eller i en annan välbekant miljö så länge som möjligt. Man måste dock se till att åldringar som är i dåligt skick och behöver mycket tjänster inte behöver bo ensamma och isolerade i sina hem beroende av ständigt varierande tjänster. Också äldre personer som fortfarande har god kondition bör erbjudas möjligheten att flytta till en miljö där en försämrad funktionsförmåga inte utgör ett problem. Om en åldring inte kan klara sig hemma ens med hjälp av stödtjänster, måste beslut om placering av åldringen basera sig på dennas livssituation, åsikter samt en mångsidig och multiprofessionell bedömning av hela vårdbehovet och inte endast på separata måtvärden.

Åldringar har rätt att kunna lita på att de får just den hemvård och de serviceformer som de behöver. De ska också kunna få omvårdnad dygnet runt om de inte längre kan bo hemma. Då en åldrings kondition försämrar, kan en välfungerande vårdplats effektivisera sitt utbud av tjänster, vilket minskar behovet att i onödan flytta åldringen från en vårdenhet till en annan.

I vårt lands olika kommuner varierar graden av service och servicenätverk mycket. En professionell vårdenhet känner bäst till den service

som finns att tillgå inom respektive område och kan utnyttja områdets vårdproducenter som en helhet för att tillgodose åldringens individuella behov. Samarbete mellan olika yrkesverksamma personer inom social- och hälsovården möjliggör ett sätt att arbeta som är bra för åldringen, meningsfull för de olika aktörerna samt kostnadseffektiv.

Med tanke på en åldrings välbefinnande kan det vara av avgörande betydelse om vården och tjänsterna kommer från hälso- och sjukvården eller från socialväsendet. Orsaken till detta är att vårdplatserna för dessa två administrativa branscher kan erbjuda väldigt olika livskvalitet. Om man tänker på hälsocentralernas vårdavdelningar, åldringshemmen, effektiviserat serviceboende och stöd för hemvård, inser vi att vårdpraxisen och möjligheten att erbjuda vård varierar kraftigt. Vårdenheten kan avsevärt inverka på åldringens liv samt hur åldringen uppfattar omvårdnaden och hur åldringens människovärde beaktas.

När det gäller åldringsvården förekommer också vissa speciella frågor där en del har väckt offentlig diskussion.

Många åldringar lider av ensamhet, och detta ökar risken för allvarlig depression och andra störningar i den mentala hälsan. Åldringarna tvekar att be om hjälp för sina farhågor och sin ångest. Den offentliga diskussion som förts om den åldrande befolkningens samhällsligt ekonomiska belastning eller tilltagande läkemedelskostnader kan också vara ägnade att skuldbelägga åldringar, vilket ytterligare förvärrar deras mentala symtom.

Man har beräknat att åldringarna inte alltid får tillräckligt med hjälp vid olika smärttillstånd. Detta beror delvis också på deras egna attityder – de har vant sig vid att uppfatta det t.o.m. som skamligt att klaga när det gör ont. En saklig och empatisk diskussion brukar räcka i en sådan situation.

Mångsidig och tillräcklig kost förbättrar åldringens välbefinnande och minskar behovet av annan vård. Man har ofta konstaterat brister i åldringarnas kost, något som kan ge försämrad hälsa och funktionsförmåga. Vid alla vårdenheter är inte heller åldringarnas munhälsovård väl organiserad eller tillräcklig. Detta är en betydande olägenhet, eftersom åldringarnas tand- och protesproblem kan försvåra deras förmåga att kommunicera, utsätta dem för infektioner och även leda till malnutrition. Munnens hälso- och funktionsförmåga utgör en viktig del av åldringens välbefinnande.

I syfte att främja åldringens trygghet och vård har man utvecklat och utvecklar fortgående olika nya tekniska hjälpmedel (t.ex. övervakning av var åldringen rör sig, auditiva kontaktsystem och elektronisk uppföljning). Huruvida dessa tekniska hjälpmedel är lämpliga eller inte måste bedömas framför allt från åldringens synpunkt, men också utifrån hur de inverkar på

arbetstagarnas arbete och arbetsförhållanden. Olika tekniska säkerhetsarrangemang kan förbättra och på ett betydande sätt underlätta uppföljningen och behandlingen av åldringar. Det är dock klart att tekniken inte kan ersätta omvårdnad och vård som ges av en annan människa.

God vård förutsätter yrkesskicklighet och samarbete

Yrkesverksamma personer inom social- och hälsovården måste se till att åldringens vardag blir bra när åldringen inte själv kan se till detta. Alla enheter som vårdar åldringar bör ha en flexibel och snabb möjlighet att konsultera sakkunniga om åldringars särbehov. Förutsättningarna och möjligheterna till bättre och helhetsbetonad vård förstärks, om aktörerna inom denna bransch har ett gott samarbetsnätverk. Samarbetet kräver att de som är yrkesverksamma i branschen har förståelse för varandras arbete och respekterar varandras yrkesskicklighet. Gott ledarskap förbättrar atmosfären på arbetsplatsen och stödjer också de yrkesutbildade personerna så att de orkar arbeta vidare och fortsätta i arbetslivet.

De yrkesutbildade personerna inom social- och hälsovården har rätt och skyldighet att utveckla sitt kunnande, och en viktig del av detta utgörs av den etiska kompetensen. Grunden för den professionella etiken skapas redan under grundutbildningen och den ska upprätthållas under den fortsatta och kompletterande utbildningen. Målet under utbildningen ska vara att de etiska principerna för åldringsvården och den etiska sensibiliteten blir en väsentlig del av vården i vardagen. Detta gäller såväl praktisk vård som forskningen i åldringsvård.

Hela samhället och alla sektorer inom samhället påverkar åldringarnas välbefinnande. I all samhällsplanering är det viktigt att beakta den åldrande befolkningens behov.

Åldringar och läkemedel

Läkemedelsbehandlingen av åldringar avviker av många orsaker från behandlingen av yngre personer. Med stigande ålder förändras kroppsfunctionerna. Andelen vatten i kroppen minskar, andelen fett ökar, blodcirkulationen och därmed också transporten av läkemedel inom kroppen blir långsammare. Dessa förändringar gör att balansen för kroppsfunctionerna återfås långsammare. Samtidigt leder detta till att biverkningarna av läkemedel är allmännare hos åldringar än hos yngre personer även om doseringen skulle justeras neråt.

Bland hemmaboende åldringar uppgår antalet läkemedel som de tar till 4–5, medan åldringar som bor på åldringshem och andra institutioner kan använda upp till 8–10 olika läkemedel. En åldring kan ha diabetes, kranskärslssjukdom och hjärtsvikt, värk p.g.a. sjukdomar i rörelseorganen,

minnessvaghet och depression. Även om alla dessa besvär inte behandlas med samtliga rekommenderade läkemedel, kan antalet mediciner som är helt oundgängliga för åldringen uppgå till ett tiotal.

Läkemedel som avser att förhindra sjukdomar och upprätthålla hälsotillståndet ökar risken för polyfarmaci och läkemedelsbiverkningar. Det har påvisats att det är ändamålsenligt att sänka högt blodtryck åtminstone hos patienter som har fyllt 75 år, men däremot finns det ont om bevis för användning av läkemedel som sänker halten av blodfetter eller stärker benstommen. Även om åldringens blodtrycksmedicinering skulle följa rekommendationerna för god medicinsk praxis, kan detta leda till svindel och balansstörningar, åldringen kan t.o.m. falla och slå sig.

Då man överväger läkemedelsbehandling för åldringar, är det viktigt att omsorgsfullt bedöma den eventuella nyttan av profylaktisk läkemedelsbehandling utifrån åldringens hela sjukdomsspektrum, antalet läkemedel som behövs för behandling av dessa tillstånd, åldringens benägenhet för läkemedelsbiverkningar samt utifrån åldringens vardag som helhet.

Numera använder vi i Finland rätt aktivt läkemedel mot demens, relativt sett t.o.m. mer än i de övriga nordiska länderna. Enligt FPA:s statistik från år 2006 utbetalades läkemedelsersättning för läkemedel som syftar till att förbättra minnesfunktionen till c. 30 000 patienter av samtliga patienter på 40 000 i den öppna vården. I den slutna vården fick c. 30 000 patienter med Alzheimers sjukdom ersättning.

Mer än 80 procent av åldringarna på institutioner och 12 procent av de åldringar som bor hemma använder psykmediciner, närmast bensodiazepiner eller läkemedel mot psykos. Dessa läkemedel kan leda till förvirring och försämra åldringens allmänna funktionsförmåga, öka risken för olycksfall och därmed behovet av vård.

Ibland måste man använda lugnande läkemedel som ett alternativ för att förhindra en orolig och desorienterad åldring från att vandra omkring, om andra lugnande metoder inte är tillräckliga. I dessa fall måste läkaren känna till rätt medicinering med lugnande medel och vara medveten om risken för biverkningar. Det strider mot de vårdetiska principerna att ersätta vårdpersonal med lugnande mediciner.

Kliniska läkemedelsprövningar som gäller åldringar, särskilt åldringar över 85 år, är sällsynta. Därför måste man stödja läkemedelsbehandling av äldre personer på de resultat som nåtts i kliniska läkemedelsprövningar med yngre personer samt på de egenskaper som man känner till för ett aktuellt läkemedel och på hur åldringens organism påverkas av olika läkemedel. Också riktlinjerna för god medicinsk praxis baserar sig ofta på undersökningar och läkemedelsprövningar som gjorts på yngre personer och därför kan dessa riktlinjer inte tillämpas som sådana när det gäller behandlingen av äldre personer. Enligt undersökningar lämpar sig många läkemedel och läkemedelskombinationer inte för åldringar, och

läkemedelsdoserna för personer över 80 år bör i snitt vara c. hälften av den dos som en patient i 30-årsåldern använder.

Särskilt dementa åldringar får inte alltid tillräcklig behandling för sina sjukdomar, och många av dem måste därför i onödan lida av besvär som kan åtgärdas. Vård som är otillräcklig håller inte hög etiskt nivå. Det är inte acceptabelt att lämna en vårdbehövande åldring utan vård endast av den orsaken att läkemedlet inte utprovats på åldringar eller för att en åldrig person redan tar många läkemedel för behandling av olika besvär. Det är dock inte lätt att hitta rätt balans mellan god, effektiv läkemedelsbehandling och risken för biverkningar.

Ju fler läkemedel en åldring använder, desto mer sannolikt är det att dessa läkemedel har oanade och ogynnsamma interaktioner. Å andra sidan vet man att samtidig användning av många läkemedel i låg dos kan förbättra patientens tillstånd och minska risken för biverkningar. Därför är det bra att upprepade gånger kritiskt bedöma mängden läkemedel och läkemedelsdoserna i syfte att maximera nyttan och minimera skadan av läkemedelsbehandlingen. För rätt medicinering är det viktigt att det råder ett gott förhållande mellan patienten och vårdpersonalen och att förhållandet är långsiktigt.

Anhöriga och närstående

Oftast inverkar ett nätverk av närstående mer på en åldrings möjligheter att klara sig hemma än åldringens sjukdomar. Anhöriga som upppoffrande och tålmodigt hjälper till kan göra det möjligt för en åldring att klara sig hemma även om åldringen är allvarligt sjuk. Men det är ofta synnerligen tungt för anhöriga att sköta en åldring som håller på att bli dement eller annars lider av ålderdomssvaghet. Ibland kan åldringen skötas av maken eller makan eller av någon annan anhörig som är lika gammal som åldringen själv och som kanske är i lika dåligt skick. I detta fall blir vårdarens vårdansvar så stort att krafterna kanske inte räcker till.

För att anhöriga som sköter sina åldringar ska orka, behöver de lediga dagar och annat samhälleligt stöd samt ofta också råd av yrkesverksamma personer inom social- och hälsovården. Endast en liten del av dem som sköter sina åldringar har ingått avtal om egenvård. Också dessa personer saknar ofta möjlighet att ta ut de lediga dagar som lagen förskriver. Om åldringens funktionsförmåga kan förstärkas med hjälp av olika stödåtgärder och serviceformer, ökar detta också välbefinnandet hos den vårdare som sköter sin åldring hemma. Det ligger i allas intresse att också dessa anhöriga kan bli delaktiga av stöd, också om det inte ligger inom ramen för det formella stödet för närståendevård.

När åldringar är ensamma eller då de närmast anhöriga bor på en annan ort, är det samhället som ska ta hand om dem. Ofta är de närmast an-

höriga som bor på längre avstånd från en åldring oroliga för vården, och ett långt avstånd mellan dem och vårdpersonalen kan leda till bristande kommunikation. För att finna en gemensam vårdlinje och för att etablera ett ömsesidigt förtroende är det viktigt att kommunikationen är öppen och att de anhörigas bekymmer och önskemål vinner gehör och får en saklig bedömning. Det är särskilt viktigt med god kontakt till de anhöriga, när en åldring själv inte kan delta i beslut om vårdprinciperna.

De anhöriga är en betydande resurs med tanke på åldringens välbefinnande, också när åldringen vårdas utanför hemmet på en vårdinstitution dygnet runt. Det finns all orsak att stödja dessa anhörigas deltagande i vården av åldringen.

Gränserna för behandling och forskning

I takt med utvecklingen av läkarvetenskapen och det tekniska kunnandet är det numera möjligt att utföra även omfattande eller krävande ingrepp på åldringar, om man anser att de drar nytta av detta. När man bedömer nyttan av undersökningar och behandling, blir betydelsen av den förväntade livskvaliteten och funktionsförmågan allt viktigare ju äldre patienten är. I denna bedömning måste man också beakta en åldrings övriga sjukdomar samt funktionsförmågan före och efter det tilltänkta ingreppet.

Det är viktigt att överväga vad man kan vinna på att undersöka och genom ingrepp åtgärda åldringar. Ett större kirurgiskt ingrepp tar på åldringens krafter både fysiskt och psykiskt och kan vara förenat med betydande risker, särskilt då konvalescensen kan kräva verkliga ansträngningar och utdragen rehabilitering. Ju större ingrepp det är fråga om, desto viktigare är det att överväga nytta och risker. Det är motiverat med omfattande rehabilitering och anskaffning av dyra hjälpmedel, om man genom dessa åtgärder kan återställa eller upprätthålla åldringens rörelse- och funktionsförmåga eller hjälpa åldringen att reda sig självständigt i vardagen.

Ålder utgör i sig ingen grund att utestänga någon person från vården. Men hög ålder innebär olika sjukdomar, förändrade kroppsfunktioner och nedsatt funktionsförmåga, och alla dessa omständigheter minskar den förväntade nyttan av vård och ingrepp samt ökar risken för biverkningar och skador. Om eventuella skador och sannolikheten för skador blir större än den förväntade nyttan av ett ingrepp, är det inte motiverat att utföra detta ingrepp.

Vård i livets slutskede

Då åldringen insjuknar i en kronisk och progressiv sjukdom, måste man överväga vilken behandling som är förenlig med patientens önskemål om god vård, vilka ingrepp som förbättrar livskvaliteten och vilka ingrepp som kanske endast ökar åldringens lidande. Exempelvis kan nämnas att

behandlingsresultaten efter återupplivning och många andra invasiva ingrepp blir allt sämre då sjukdomen framskrider och risken för skador efter sådana åtgärder ökar. Om sannolikheten för skador av ett ingrepp blir större än den förväntade nyttan, är det motiverat att avhålla sig från sådan behandling.

Alzheimers sjukdom är exempel på en sjukdom som obönhörligt framskrider med åren. Sjukdomen pågår i snitt 10–12 år men ibland t.o.m. i 20 år. Mot slutskedet av sjukdomen blir det svårare för patienten att röra sig, patientens intellektuella funktion och kommunikationsförmåga slocknar och slutligen kanske åldringen slutar svälja. Dödsrisken ökar i förhållande till sjukdomens duration, antalet andra sjukdomar och patientens ålder, men det är allmänt taget omöjligt att förutse när döden kan förväntas. En dement patient som förlorat sin tal- och rörelseförmåga kan dö mycket snabbt efter detta men kan lika väl leva ytterligare många år. I den situationen gäller det att bedöma vilka vårdprinciper som innebär störst nytta och välbefinnande för patienten. Detta i sin tur kräver god klinisk kompetens, etiskt övervägande och god interaktion.

Det är viktigt att diskutera frågor om återupplivning, intensivvård och annan behandling tillsammans med åldringen, de anhöriga och hela det team som vårdar åldringen redan innan åldringens tillstånd försämras så mycket att åldringen inte längre kan ta ställning till sin egen vård. Det bästa vore att kunna fatta beslut om vårdstrategierna med omtanke i lugn och ro på basis av ingående diskussioner. Om patientens tillstånd sedan förändras avsevärt, måste också behandlingsprinciperna bedömas på nytt, och denna nya bedömning måste dokumenteras som ett komplement till den tidigare bedömningen. Bedömningen är sällan ett definitivt och enskilt beslut – ofta gäller det en process, d.v.s. en serie konsekutiva beslut.

När det fattas beslut om behandlingsprinciperna, är det alltid bra att poängtera för patienten och de anhöriga att ett beslut att t.ex. avhålla sig från återupplivning eller från intensivvård av en åldring ingalunda betyder sämre vård eller vårdens upphörande, utan att man övergår från ett mål inriktat på välbefinnande till ett mål inriktat på omvårdnad. Behandling som lindrar åldringens symtom och upprätthåller funktionerna fortsätter och effektiviseras, medan man avstår från onödiga ingrepp som ökar lidandet. Målet är att åldringen ska kunna vårdas på ett sätt som är bäst ur dennes egen synpunkt.

Det är den behandlande läkaren som ska fatta beslut om när man övergår till symtomlindrande omvårdnad (palliativ vård) eller terminalvård, dvs. vård i livets slutskede. Men ett sådant beslut kräver diskussioner och samförstånd med patienten eller patientens nära anhöriga. Precis som alla andra beslut om vårdprinciperna, antecknas beslutet entydigt i patientjournalerna på ett sådant sätt att vårdprinciperna framgår entydigt också under jourtid.

Ett beslut om "ingen återupplivning" (DNR = do not resuscitate) är endast en begränsad del av en betydligt större fråga som gäller definitionen av behandlingsprinciperna i patientvården. Det är all anledning att begränsa detta beslut till att endast innebära att man avstår från hjärtmassage och defibrillering om hjärtfunktionen upphör.

Ett beslut om att avstå från livsuppehållande behandling innebär en gränsdragning av större betydelse. Allmänt taget innebär det att man avstår från all behandling som upprätthåller kroppsfunktionerna (t.ex. antibiotikabehandling, vätskebehandling, intravenös nutrition, inläggning av pacemaker, dialysbehandling eller respiratorbehandling). Om man avstår från behandlingsformer som upprätthåller livet, behöver man inte heller följa livsfunktionerna med hjälp av monitorer eller blodprover. Beslutet att avstå från behandling som upprätthåller livet lämpar sig bäst då döden är nära förestående. Det bör i patientjournalen detaljerat beskrivas, motiveras och dokumenteras vilka vårdformer man avstår från. I litteraturen använder man också begreppet "naturlig död tillåts" som en beteckning för denna vårdprincip. Måhända är detta uttryck mer träffande och mer exakt än andra anteckningar i sjukjournalerna för att meddela vad det är fråga om när en svårt dement eller allmänt sjuk åldring vårdas i livets slutskede.

Bestämmelser om vården av äldre

Social- och hälsovården för finländska medborgare baserar sig på internationella människorättsavtal som Finland undertecknat och ratificerat, Finlands grundlag, lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (klientlagen), lagen om patientens ställning och rättigheter (patientlagen), samt andra lagar som gäller social- och hälsovården. Enligt Finlands grundlag är människorna jämställda inför lagen och ingen får utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person. Men lagstiftningen förbjuder inte att människor bemöts på olika sätt inom sjukvården, om t.ex. åldern inverkar på riskerna med behandlingen, valet av medicin eller prognosen.

Enligt patientlagen har var och en som varaktigt bor i Finland utan diskriminering och inom gränserna för de resurser som vid respektive tidpunkt står till hälso- och sjukvårdens förfogande rätt till sådan hälso- och sjukvård som hans eller hennes hälsotillstånd förutsätter. Vården ska ordnas och patienten bemötas så att hans människovärde inte kränks och att hans övertygelse och integritet respekteras. I klientlagen för socialvården stadgas om motsvarande rättigheter inom socialvården.

Äldre kommer i allmänhet i åtnjutande av social- och hälsovårdstjänster som en del av sektorns normala verksamhet. Den enda bestämmelse som specifikt gäller tjänster för äldre ingår i lagen om socialvård. Enligt denna lag är i andra än i brådskande fall kommunen skyldig att för en person som har fyllt 80 år göra en bedömning av behovet av socialservice senast den sjunde vardagen efter det att personen i fråga eller hans eller hennes lagliga företrädare eller anhöriga eller någon annan person eller en myndighet för att få service har tagit kontakt med den myndighet i kommunen som ansvarar för socialservicen. På motsvarande sätt skall kommunen göra en bedömning av behovet av socialservice för den som får högsta vårdbidrag för pensionstagare. Dessa stadganden ger uttryck för principen om god service som ingår i vår lagstiftning. Genom denna princip vill man stödja äldres funktionsförmåga och möjligheter att bo hemma.

Äldres självbestämmanderätt

Patientlagen och klientlagen för socialvården stadgar om patienters och socialvårdsklienters självbestämmanderätt. Betydelsen av dessa bestämmelser blir särskilt tydlig när det gäller vården av äldre.

Enligt lagen ska vården och behandlingen ges i samförstånd med patienterna. Om en patient vägrar att ta emot viss vård eller behandling, ska

patienten i mån av möjlighet och i samförstånd med patienten skötas på något annat medicinskt acceptabelt sätt. Om patienten inte är i stånd att besluta om sin egen vård, behövs samtycke av en anhörig, någon annan närstående person eller laglig representant när det gäller viktiga beslut om vården, t.ex. beslutet att avstå från behandling som upprätthåller livsfunktionerna.

Endast patient som själv tillräckligt väl förstår innebörden av sitt beslut har rätt att vägra ta emot all planerad eller inledd behandling. Den lagliga företrädaren, anhöriga eller andra närstående personer har inte rätt att förvägra patienten nödvändig behandling som syftar till att avvärja hot mot liv eller hälsa. Beslutet om nödvändig behandling baserar sig på medicinska principer. En läkare är dock inte tvungen att ge behandling som inte ligger i patientens intresse även om någon som har rätt att ge samtycke skulle kräva detta.

Enligt lagen får en patient som tidigare på ett välgrundat sätt har uttryckt sin bestämda vilja i fråga om vården, inte ges behandling som strider mot denna viljeförklaring. Genom att uttrycka sin bestämda vilja (vårdtestamente) informerar en person om sin önskan att bli omhändertagen och vårdad, när han eller hon själv inte kan delta i de beslut som gäller behandlingen till exempel på grund av medvetlöshet, demens eller annan orsak. Oftast nekar patienten i sitt vårdtestamente till behandling som upprätthåller livsfunktionerna i lägen där hoppet om återhämtning runnit ut. Men det betyder inte att återupplivning och intensivvård inte får inledas om man kan räkna med att patienten återhämtar sig som ett resultat av dessa behandlingar. Vårdtestamentet kan också innehålla mer detaljerade personliga önskemål om hur patienten ser på sin egen omvårdnad och livskvalitet. Vårdtestamentet kan vara ett skriftligt dokument som bifogas patientjournalen. Också muntliga viljeyttringar är giltiga och måste antecknas i patientjournalerna.

Patienten har också möjlighet att ge fullmakt till någon av sina anhöriga att fatta beslut om behandlingen om patienten själv inte kan göra det. En sådan ställföreträdande beslutsfattare tolkar patientens vilja, när patienten själv inte längre kan uttrycka den. Ställföreträdaren kan finnas nämnd i vårdtestamentet eller i intressebevakningsfullmakten.

Lagen om intressebevakningsfullmakt trädde i kraft 1.11.2007. Lagen definierar ett nytt juridiskt instrument för den som i förväg vill sköta sina angelägenheter om senare sjukdom eller annan orsak skulle göra honom eller henne oförmögen att själv sköta sina angelägenheter. Fullmaktsgivaren definierar i fullmakten de frågor som fullmakten omfattar och kan också bemyndiga någon annan person att företräda fullmaktsgivaren, bl.a. i frågor som gäller ekonomi eller hälsa. Om fullmaktsgivaren inte längre är kapabel att ta hand om sina angelägenheter till exempel p.g.a.

demens, kan den befullmäktigade ansöka om att fullmakten bekräftas hos magistraten. Magistraten övervakar också den befullmäktigades verksamhet.

En intressebevakningsfullmakt har inte företräde när det gäller självbestämmanderätten enligt patientlagen. Den befullmäktigade som är laglig företrädare för patienten har ändå alltid en underordnad roll i förhållande till fullmaktsgivaren, om patienten själv är kapabel att fatta beslut om sin vård.

Om den sjukdom som hotar en åldrings funktionsförmåga diagnostiseras i tid, kan patienten planera sin egen framtid självständigt. Diagnosen kan gälla t.ex. demens. Då är det ofta möjligt att skriva ett vårdtestamente, en intressebevakningsfullmakt eller ett testamente. Det är även bra att sedan diagnosen fastställts, upplysa åldringen om på vilka sätt denne kan planera sin framtid. Detta är ett sätt att stödja åldringars självbestämmanderätt.

Ibland kan utomstående utnyttja godhjärtade åldringar med försvagade krafter såväl fysiskt som psykiskt. Åldringar kan också tillfoga sig själv skada eller fara genom handlingar som de inte själva kan ansvara för. Att då utse en intressebevakare kan vara ett sätt att skydda en åldring vars funktionsförmåga försämras i situationer där dennes förmåga att skydda sig själv och sina rättigheter är väsentligt nedsatta. Då ska intressebevakningen begränsas till att gälla angelägenheter där åldringens funktionsförmåga är nedsatt; i allmänhet gäller detta ekonomiska frågor.

Oavsett om den som fattar beslut är utsedd av åldringen själv eller är intressebevakare, måste åldringen och åldringens angelägenheter skötas på ett sätt som är förenligt med åldringens intressen.

Begränsad rörelsefrihet för åldringar

Inom åldringsvården skrider man ofta till åtgärder som begränsar åldringars rörelsefrihet, åldringen kan till exempel bindas fast vid en stol eller en säng, magnetbälten och skyddsräcken kan omge sängen. Enligt grundlagen i Finland får man begränsa en individs personliga frihet endast om denna begränsning baserar sig på lagstiftning och inte är godtycklig. Men det finns inga specifika bestämmelser om begränsad frihet för en person som lider av somatiska sjukdomar. Att binda fast en person betyder alltid att man allvarligt inkräktar på patientens personliga frihet och integritet samtidigt som det också kan medföra hälsorisker, och mortaliteten kan även öka.

Ibland är det ändå nödvändigt att begränsa en patients frihet. Rättskyddscentralen för hälsovården TEO anser att en patients rörelsefrihet kan begränsas om dennes egen säkerhet är allvarligt hotad, men också i det fallet endast i den mån det är nödvändigt. Friheten får inte begrän-

sas förrän andra metoder bedömts och konstaterats vara otillräckliga. Ett beslut om att begränsa rörelsefriheten måste alltid basera sig på exakta uppgifter om patientens tillstånd och på individuell bedömning. Beslut om begränsad frihet fattas av den läkare som sköter patienten och som också ansvarar för beslutet. Läkaren måste också objektivt bedöma nytan och skadan av den begränsade rörelsefriheten. Patienten måste också övervakas tillräckligt under den tid den begränsade rörelsefriheten gäller. Beslutet och dess motiveringar måste dokumenteras i patientjournalerna, och behovet av fortsatt begränsad rörelsefrihet måste utvärderas tillräckligt ofta.

Etiska särdrag i åldringsvården

Varje individ är unik och har ett okränkbart människovärde. Att respektera människovärdet i detta sammanhang betyder att åldringarna ska bemötas som unika individer och deras synpunkter beaktas. Inom social- och hälsovården måste man arbeta aktivt för att garantera att åldringarnas människovärde, självbestämmanderätt och integritet bevaras.

Alla människor har sin egen speciella historia. Etiskt kvalitativ åldringsvård är individuell och lyhörd för varje åldrings egen historia och önskemål. Man kan betygsätta en åldrings funktionsförmåga och hur väl denne klarar sig i vardagen med siffror, men bakom dessa siffror finns alltid en människa vars vardag underlättas av andra människor, anhöriga och närstående samt av yrkesverksamma personer inom hälso- och socialvården.

Av många offentliga anföranden och åldringarnas egna berättelser framgår det att man inte alltid lyssnar tillräckligt väl på de gamlas önskemål och behov. En lindrigt dement, bräcklig åldring uppskattar att livsmiljön är välbekant och hemliknande vilket gör det möjligt att klara av vardagen oberoende av krämpor och sjukdomar. Man kan uppfylla önskemål som gäller åldringars eget liv oberoende av vårdenhet om frågan ges tillräckligt uppmärksamhet.

Respekt för en ålderstigen människas okränkbarhet kräver ofta att man beaktar små men för åldringen viktiga omständigheter. Den som behöver hjälp förlorar snabbt sin självständighet och därmed också sitt människovärde. Patientens privata angelägenheter är t.ex. den personliga hygien, känsliga personuppgifter och enskilda personrelationer, och alla som arbetar med åldringar är etiskt förpliktade att hålla dessa uppgifter konfidentiella. Också den som bor på en inrättning har en grundlagsenlig rätt till sitt privatliv.

Självbestämmanderätt och autonomi innebär för åldringen rätten att delta i beslut om sin egen vård alltid då detta är möjligt. För det ändamålet behöver åldringen information om olika alternativ och om effekterna

av de olika alternativen. Att respektera en åldrings självbestämmanderätt betyder också ofta att man måste beakta andra önskemål som gäller omvårdnaden och vardagen. Det är tillåtet att begränsa patientens autonomi endast i den utsträckning som är nödvändig för att tillhandahålla framgångsrik vård. För faktisk självbestämmanderätt krävs förmåga att fatta beslut, vilket måste bedömas från fall till fall och beror såväl på mängden beslut som ska fattas som på hur invecklade besluten är.

Principen om att göra gott och undvika skada innebär att vården ska beaktas ur ett helhetsperspektiv. Man kan bedöma skadan och nyttan av olika planerade vårdinsatser utifrån deras inverkan på åldringens livskvalitet.

Som utgångspunkt för utvecklingen och bedömningen av vården behövs gerontologisk och geriatrisk forskning samt systematisk information om bl.a. läkemedels effekt på åldringar. Att göra gott och undvika skada fordrar att man iakttar riskkontroll och förebygger skador.

Rättvisepincipen förutsätter att patienter vars vårdbehov är lika behandlas enligt samma principer. Rätten till god vård och gott bemötande får inte bero på patientens ålder, hemort, sociala ställning eller andra individrelaterade omständigheter. Hur tillgänglig vården är och hur den fördelas i samhället borde dikteras endast av vårdbehovet och inte av vem som står för vården. Men det är motiverat att också beakta patientens ålder då beslut om vård fattas, om detta inverkar på den nytta som man kan förvänta sig av vården.

Slutord

Varje individ har rätt till en trygg ålderdom. Detta inbegriper rätten till vård enligt behov och rätten till gott omhändertagande. Vårt samhälle är förpliktat att se till att åldringarna får den vård de behöver och att garantera dem deras människovärde, bevarad självbestämmanderätt och rätten att leva enligt sina egna värderingar. Man kan mycket väl bedöma åldringsvårdens nuläge och utvecklingsbehov genom att reflektera över hur vi själva önskar bli behandlade när vi är gamla och behöver hjälp och omvårdnad.

Litteratur

- Antila T: *Edunvalvontavaltuutus*. WSOY pro. Helsinki 2007. ISBN 978-951-0-33179-8.
- Ikäihmisten suun hoito – opas sosiaali- ja terveystieteen 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, Rähä I: Kapseli 35: *lakkaiden 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 end 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. Terveystuon 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>

Lagstiftning

Finlands grundlag (731/1999)

Lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992)

Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000)

Förordningen om medicinsk rehabilitering (1015/1991)

Lagen om klientsamarbete inom rehabiliteringen (497/2003)

Socialvårdslagen (710/1982)

Lagen om intressebevakningsfullmakt (648/2007)

Lagen om stöd för närstående vård (937/2005)

Lagen om handikappförmåner (570/2007)

Länkar

Blankett för vårdtestamente, Alzheimer Centralförbundet:

www.alzheimer.fi/

Blankett för livskvalitet, Suomen Muistiasiantuntijat ry:s livskvalitetstestamente: www.muistiasiantuntijat.fi (på finska)

Exempel på vårdtestamente: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=hoitotahto&p_artikkeli=dlk00809 (på finska)

Kuolevan potilaan oireiden hoito. www.kaypahoito.fi (på finska)

Exempel på principerna för vården av en svårt sjuk åldring

- 1) Den läkare som känner patienten och ansvarar för vården utreder och antecknar koncentrerat patientens sjukdomshistoria, särskilt uppkomsten och förloppet av svåra sjukdomar samt deras prognos.
- 2) Läkaren bedömer hurdan åldringens tillstånd i bästa fall kan bli om denne återhämtar sig från en svår och plötslig sjukdom samt den förväntade livskvaliteten i så fall.
- 3) Patientens skriftliga eller muntliga vårdtestamente utreds eller patientens egna tankar om hur den bästa vården borde se ut tas upp. Om patienten inte har gjort upp ett skriftligt vårdtestamente och om man inte heller kan få en uppfattning om patientens egen vilja, ska frågan diskuteras med patientens anhöriga eller närstående.
- 4) Med patienten eller dennes anhöriga diskuteras den aktuella situationen samt de behandlingsåtgärder som nu eller vid ett eventuellt förvärrat läge borde tillgripas samt vilka risker och vilken nytta de kunde tänkas medföra.
- 5) På basis av detta övervägande skapas en vårdstrategi. Till denna strategi hör bl.a. antibiotikabehandling, vätskebehandling, intravenös nutrition, remittering till special- eller intensivvård, stöd för patienten i svåra livssituationer samt behandling och kontroll av smärta.
- 6) Vårdprinciperna som på detta sätt fastställts dokumenteras skriftligen och antecknas kort och koncist i sjukjournalen på ett sådant sätt att uppgifterna är tillgängliga vid akuta situationer och vid behov också av andra sjukvårdsinrättningar.
- 7) Om patientens tillstånd förändras markant, måste vårdprinciperna övervägas på nytt och ett nytt ställningstagande antecknas i sjukjournalen.

ETENE-publikationer

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 (inh.)
ISBN 952-00-1643-0 (PDF)
- 12 *Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ja ETENE:n lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto (TUKIJA).* (2005)
ISBN 952-00-1815-8 (inh.)
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 (inh.)
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 (inh.)
ISBN 952-00-1827-1 (PDF)
- 15 *"Imago Dei" – Ihminen, Jumalan kuva vai terveydenhuollon tuote?* (2005)
ISBN 952-00-1884-0 (inh.)
ISBN 952-00-1885-9 (PDF)
- 16 *TUKIJA 2002–2006, ETENE/Lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto.* (2006)
ISBN 952-00-2206-6 (inh.)
ISBN 952-00-2207-4 (PDF)
- 17 *Eettisyyttä terveydenhuoltoon II. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2002–2006.* (2006)
ISBN 952-00-2212-0 (inh.)
ISBN 952-00-2213-9 (PDF)
- 18 *Tarve terveydenhuollossa. Kuka tai mikä määrittää?* (2007)
ISBN 978-952-00-2329-4 (inh.)
ISBN 978-952-00-2330-0 (PDF)
- 19 *Terveyden edistämisen eettiset haasteet.* (2008)
ISBN 978-952-00-2570-0 (inh.)
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 (inh.)
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 (inh.)
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 (inh.)
ISBN 978-952-00-2670-7 (PDF)

**Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE)
Social- och hälsovårdsministeriet**

Kyrkogatan 14, Helsingfors
PB 33, FI-00023 Statsrådet
Telefon 09-160 01 (växel)
Telefax 09-160 74312

Generalsekreterare Ritva Halila
e-post ritva.halila@stm.fi
Telefon 09-160 73834

Avdelningssekreterare Nina Lindqvist
e-post nina.lindqvist@stm.fi
Telefon 09-160 74357

e-post etene@stm.fi
Internet www.etene.org