

Konsensuslausuma 2014

Vanhuuskuolema

JOHDANTO

Konsensuskokoukset ovat avoimia ja julkisia tilaisuuksia, joissa lääketieteellisiä toimintatapoja arvioidaan tutkimusnäytön perusteella. Kokousten tavoitteena on tuottaa lausumia, joissa luodaan ohjeita käsiteltävien aiheiden kehittämiseksi. Samalla tarjotaan uusinta tietoa terveydenhuollon ammattilaisille, tutkijoille, päättäjille, tiedotusvälineille, potilaille ja suurelle yleisölle.

Konsensuslausuman laatii paneeli, joka arvioi kriittisesti käytössään olevan aineiston, asiantuntijoiden toimittamat kirjallisuuskatsaukset, asiantuntijaluennot ja yleisön kommentit. Lausuman sisältö on paneelin yksimielinen käsitys. Konsensuslausuma ei ota kantaa yksittäisten potilaiden hoitoon, sillä hoitoratkaisut ovat viime kädessä potilaan ja hoitavan henkilön välisiä päätöksiä. Lausuma on kirjoitettu lyhyessä ajassa, kahden päivän aikana, eikä se siksi ole kattava eikä täydellinen esitys aiheestaan.

Konsensuskokous 2014 ottaa kantaa elämän loppumiseen pitkän iän jälkeen. Konsensuskokouksia on järjestetty Suomessa vuodesta 1985, ja tämä kokous oli järjestyksessä kahdeskymmenestoinen. Kuolema vanhuudessa tiivistettiin vanhuuskuolema-käsitteeksi, joka rajaa sen väestöryhmään, jossa kuolema kohdataan useimmin. Monitieteinen konsensuskokous on jatkoa vuonna 2012 pidetylle Kohti parempaa vanhuutta -konsensuskokoukselle: pitkä ja hyvä vanhuus päättyy toivottavasti mahdollisimman usein hyvään kuolemaan. Konsensuslausumassa vanhuuskuolemaa tarkastellaan monesta näkökulmasta – vanhuuskuoleman käsitteestä aina vanhuksen kuolintoihiveeseen asti.

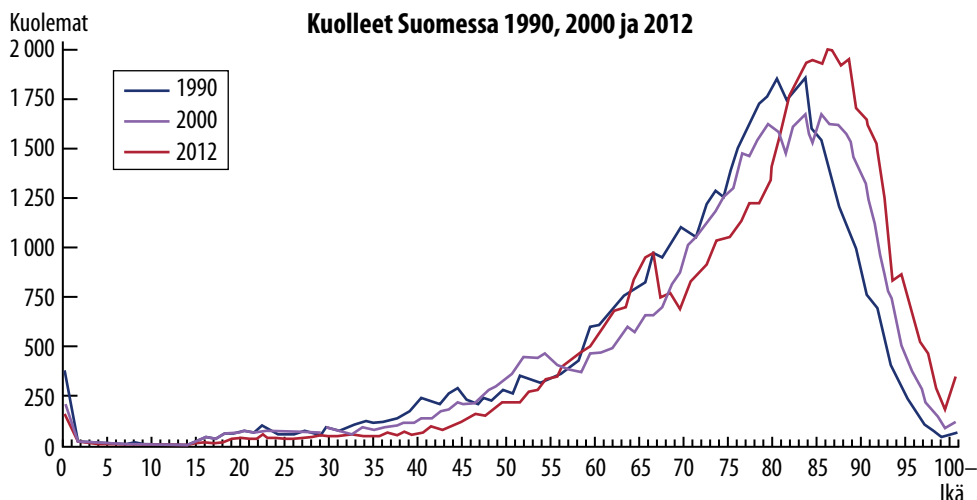
Ohjelman asiantuntijoiden esitysten pohjalta konsensuslausumassa haettiin vastaukset seuraaviin suunnitteluryhmän laatimiin kysymyksiin:

1. Mikä on vanhuuskuolema?
2. Mitä kuolemassa tapahtuu?
3. Mitkä ovat kuolevan vanhuksen tarpeet ja oikeudet?
4. Miten vanhuksen kuolinsyö on tutkittava?
5. Miten iäkkään ihmisen elämää ja kuolemaa arvostetaan?
6. Vanhuksen kuolintoihe ja siihen vastaaminen

Suomalaiset kuolevat yhä vanhempina

Suomalaisen kuoleman kuva on muuttunut nopeasti. Ihmisten mielikuvissa kuolema ei enää ole kaiken inhimillisen toiminnan tavoittamattomissa oleva kohtalon isku. Kuolemisen tavoista, kuoleman lykkäämisestä, nopeuttamisesta ja helpottamisesta sekä kuolevan hoitamisesta ja kuoleman laadusta keskustellaan julkisuudessa ja ammattipiireissä.

Keskimääräinen elinikä on länsimaissa pidentynyt melko tasaisesti liki kolmensadan vuoden ajan, mutta vanhuusikä alkoi selvästi pidentyä vasta muutama vuosikymmen sitten. Suomessa yli 90-vuotiaiden määrä on kuusinkertaistunut sitten 1980-luvun alun ja lisääntyy edelleen nopeasti. Kun elämä pitenee, ihmiset kuolevat yhä vanhempina. Vuonna 1970 kuoli eniten 70–75-vuotiaita, vuonna 1980 75–79-vuotiaita ja vuonna 2012 85–89-vuotiaita. Yhteensä 358 yli 100-vuotiaasta kuoli vuonna 2012: määrä on kaksinkertaistunut kahdeksassa vuodessa ja 16-kertaistunut 30 vuodessa (**KUVA**).



KUVA. Suomessa vuosina 1990, 2000 ja 2012 kuolleiden määrät. Kuolemat siirtyvät yhä vanhempaan ikään.

Suurin osa ihmisistä kuolee vanhana, yhä useampi myöhäisvanhuudessa. Kun ihminen kuolee hyvin vanhana, kuolemaa välittömästi edeltävät elämänvaiheet poikkeavat nuorempana kuolleiden elämänvaiheista. Kuoleman siirtyminen vanhempaan ikään tapahtuu samanaikaisesti kun palvelujärjestelmä muuttuu: sairaanhoito pyrkii tehokkaampaan toimintaan ja lyhyempiin hoitoaikoihin. Vanhuksen toimintakykyä pyritään ylläpitämään ja kotona asumista tukemaan mahdollisimman pitkään. Pitkäaikaishoito siirtyy vanhainkodeista palveluasumiseen. Vanhuspalveluissa on huomioitava myös laadukas elämän loppuvaiheen hoito.

Vanhusten yleisin kuolinpaikka on terveyskeskus, jossa kuolee lähes joka toinen. Useat siirtymät hoitopaikkojen tai kodin ja hoitopaikan välillä ovat tavallisia kuolemaa edeltävinä kuukausina.

Raihnaistuvan vanhuksen hoidon jatkuvuuden sekä hyvän palliatiivisen hoidon ja saattohoidon turvaaminen pitkän elämän päättyessä on yhteiskunnan suuri haaste.

**1. MIKÄ ON VANHUUSKUOLEMA?
2. MITÄ KUOLEMASSA TAPAHTUU?**

- Vanhuuskuolema on ensisijaisesti biologinen käsite, joka on erotettava käsitteellisesti vanhuksen kuolemasta.

- Kun elimistön rappeutuminen etenee riittävän pitkälle, yksilö kuolee.
- Termi hauraus-raihnausoireyhtymä kuvaa tätä kuolemaa edeltävää tilannetta.

Vanhuus ei ole sairaus, mutta kuolema on väistämätön. Kaikilla elollisilla olennoilla on niille ominainen elämänsaari: ne syntyvät, kehittyvät, lisääntyvät, rappeutuvat ja kuolevat. Tämä pätee myös ihmiseen. Kun sukukypsyys on ohi, ihmisruumiin toiminta alkaa heikentyä. Ikääntyvät kudokset ovat yhä enemmän alttiina lukuisille vanhuuteen liittyville kroonisille sairauksille, kuten sydän- ja verisuonitaudeille, aivohalvauksille, syövälle ja dementialle.

Sairauksien kehittämissjärjestyksen aikatauluun vaikuttavat yksilön perintötekijät, elinympäristö ja elintavat. Tilastollisesti kaikkien näiden sairauksien eliminointi toisi kuitenkin odotettavissa olevaan elinaikaan vain noin 15 lisävuotta.

Hauraus-raihnausoireyhtymällä (HRO) tarkoitetaan biologiseen ikääntymiseen liittyvää yleistä terveydentilan heikkoutta. Sitä ei voida suoraan liittää diagnosoituun sairauteen. HRO:ää potevien elimistön stressinsietokyky on heikentynyt, mikä lisää muun muassa vajaatoimintojen ja kuoleman riskiä. Stressinsiedon heikentymisen taustalla on useiden elinjärjestelmien, kuten lihaksiston, luuston,

verenkierron sekä hormoni- ja immuunijärjestelmän, reservien vähentyminen. Kun elimistön rakenteiden ja toimintojen heikkeneminen etenee riittävän pitkälle, yksilö kuolee.

Hyvin vanhana, 90. ikävuoden jälkeen, kuolema on usein – mutta ei aina – seuraustan elinjärjestelmän vähittäisestä samanaikaisesta pettämisestä ennemmin kuin yhdestä nimenomaisesta taudista. Silloin elämänlangan katkaisee tavallisimmin keuhkokuume tai aineenvaihdunnan häiriöistä tai sydänlihaksen verenkierron vajavuudesta seuraava rytmihäiriö.

Kuolema voi myös tapahtua näennäisen äkillisesti ja yllättäen, esimerkiksi aivoverenvuodon tai sydäninfarktin seurauksena. Kuitenkin tuolloinkin tapahtuman taustalla voi olla pitkälle kehittynyt kudosten rappeutumisprosessi.

Kuvaamaamme prosessia kutsumme vanhuuskuolemaksi erotuksena kuolemasta johonkin yksittäiseen sairauteen, vaikkapa syöpään. Termiä vanhuuskuolema on pidettävä ensisijaisesti biologisena käsitteenä, ja se on erotettava käsitteellisesti vanhuksen kuolemasta. Vaikka vanhuuskuoleman kohtaava ihminen on määritelmällisesti vanhus, vanhus ei välttämättä kohtaa vanhuuskuolemaa, vaan hän voi kuolla johonkin määriteltyyn sairauteen tai tapaturmaan.

Voidaksemme määrittää tapaamme suhtautua vanhuuskuolemaan, meidän tulee tuntee lääketieteellisen hoidon mahdollisuudet elämän loppuvaiheessa sekä yhteiskunnassamme vallitsevat arvot, käsitykset, uskomukset ja resurssit.

3. MITKÄ OVAT KUOLEVAN VANHUKSEN TARPEET JA OIKEUDET?

- Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden tulee turvata kuolevan vanhuksen laadukas palliatiivinen hoito ja saattohoito tämän omassa hoito- tai asuinpaikassa. Laadukas elämän loppuvaiheen hoito edellyttää riittävää osaamista ja resursointia.
- Vanhusten parissa työskentelevien ammattilaisten geriatriasta ja gerontologista osaamista tulee vahvistaa.

- Yliopistojen, korkeakoulujen ja ammattiopilaitosten opetusohjelmiin tulee sisällyttää palliatiivisen hoidon ja saattohoidon opetusta. Lisäksi tarvitaan erikoistumistutkintoon tähtäävää koulutusta.
- Vanhuksia tulee rohkaista hoitotahdon ilmaisemiseen.

Ihmisarvon kunnioittaminen on yksi keskeisimmistä ja keskustelluimmista terveydenhuollon etiikan periaatteista, joka korostuu elämän äärilaidoilla. Jokainen ihminen ansaitsee henkilökohtaisen kunnioituksen ja arvostuksen sekä ystävällisen ja inhimillisen kohtelun.

Suomen lainsäädäntö korostaa kansalaisten oikeutta hyvään ja yksilölliseen hoitoon. Potilaslain mukaan ”potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon”.

Lainsäädäntöä on tarkennettu ikääntyneiden osalta vuonna 2012 annetussa laissa Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Lain tavoitteena on parantaa ikääntyneiden kansalaisten laadukkaiden, oikea-aikaisten ja yksilöllisten palvelujen saantia sekä mahdollisuutta vaikuttaa heidän tarvitsemiensa palveluiden toteuttamiseen.

Ikä ei kavenna itsemääräämisoikeutta

Potilaslain mukaan potilasta, myös vanhusta, on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, mikä on erityisen tärkeää kuoleman

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan aktiivista kokonaisvaltaista kärsimyksen lievittämistä ja elämänlaadun vaalimista. Kärsimys voi olla fyysistä, psyykkistä, sosiaalista tai henkistä. Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa, joka ajoittuu oletetun kuoleman ajankohdan välittömään läheisyyteen.

lähestyessä. Tämä tarkoittaa, että vanhuksella on oikeus kieltäytyä tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä. Kuitenkin hänellä on tutkimuksista ja hoidoista kieltäytyessäänkin oikeus saada hoitoa muilla lääketieteellisesti hyväksyttävillä tavoilla. Mikäli jokin hoito kuitenkin katsotaan lääketieteellisesti arvioiden tarpeettomaksi, sitä ei tule antaa, vaikka omaiset tai potilas sitä vaatisivat.

Potilas on itsemäärävä silloin, kun hän ymmärtää hoidon kannalta erilaiset vaihtoehdot, osaa arvioida niiden seuraukset ja tehdä sen perusteella päätöksiä. Vaikka potilas ei enää kykene hoitamaan omaisuuttaan tai päättämään raha-asioistaan eli on menettänyt oikeustoimikelpoisuutensa, hän kykenee usein vielä hyvinkin päättämään itseään koskevista asioista. Ikä sinänsä ei kavenna yksilön itsemääräämisoikeutta. Potilaan terveystietoja ei ilman hänen suostumustaan saa antaa ulkopuolisille.

Jos kuoleva vanhus ei pysty käyttämään itsemääräämisoikeuttaan, hänen tahtonsa on pyrittävä selvittämään muulla tavoin. Jos hän on laatinut hoitotahdon, on sitä hoidossa ensisijaisesti noudatettava. Jollei hoitotahtoa ole, potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen laillisen edustajansa, lähiomaisensa tai läheisensä kanssa. Heillä on tällöin oikeus saada tarpeelliset tiedot potilaan terveydentilasta. Jos he ovat erimielisiä, päätösvalta potilaan edun mukaisesta hoidosta jää lääkärille.

Hoitotahto vain harvalla

Hoitotahto on suullinen tai kirjallinen tahdonilmaisu, jolla henkilö voi antaa hoitoa koskevia määräyksiä ja toivomuksia siltä varalta, että hän ei enää itse pysty käyttämään itsemääräämisoikeuttaan. Hoitotahdon voi tehdä vapaa-intoisena tai käyttää esimerkiksi Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tai Muistiliiton mallilomaketta.

Hoitotahdossa ilmaistu kieltäytyminen tutkimuksista ja hoidoista sitoo hoitohenkilöstöä, ellei ole aihetta olettaa, että henkilön tahto on muuttunut. Hoitotahdossa vanhus voi myös määrätä, kenelle häntä koskevia tietoja voi luovuttaa. Hoitotahtoa voi muuttaa ja sen voi peruuttaa. Sitä on myös syytä ajoin ar-

vioida uudelleen.

Toistaiseksi vain harvat suomalaiset ovat laatineet kirjallisen hoitotahdon. Kuitenkin suuri osa kotona asuvista vanhuksista toivoo voivansa keskustella etukäteen hoitotoiveistaan omaistensa tai lääkärin kanssa. Hoitotahdon laatineista vanhuksista yli puolet kertoi tehneensä sen, jotta omaisten asema hoitoratkaisuissa helpottuisi. Vain neljännes oli laatinut hoitotahdon voidakseen osallistua itse hoitopäätösten tekoon.

Tutkimusten mukaan vanhusten hoitotahdon laatimisen suurin este on se, että heidän arvioitavakseen tulisi liian monia tilanteita ja terveydentilan muutoksia. Vanhukset ovat kertoneet syyksi myös, etteivät he halua ajatella asioita seikkaperäisesti eteenpäin. Osa katsoo, etteivät elämän loppuvaiheen asiat ole ihmisen päätettävissä.

Yleistä tietoa hoitotahdon laatimisen mahdollisuudesta tulisi jakaa kansalaisille säännöllisesti. Syksystä 2014 alkaen potilas voi kirjata hoitotahtonsa kansalliseen sähköiseen terveysarkistoon.

Hoitosuunnitelma pohditaan yhdessä

Kuolevalla vanhuksella voi olla monentasoisia tarpeita ja toiveita. Hoitosuunnitelman ja kuolemiseen liittyvien asioiden käsittely riittävän ajoissa vanhuksen ja omaisten välillä sekä avoin keskustelu hoitavien henkilöiden kanssa tukevat parhaiten mahdollisuutta kyllin hyvään kuolemaan.

Toiveet ja tarpeet tulisi selvittää hoitoneuvottelussa ja huomioida hoidossa. Lähestyvästä kuolemasta tulee keskustella. Läheisten on hyvä ymmärtää, että potilaan yleistila heikenee kuoleman lähestyessä. Kuoleva ei kuole siksi, että hän esimerkiksi lakkaa syömästä ja juomasta, vaan hän lakkaa syömästä ja juomasta siksi, että hän kuolee.

Kuolevan vanhuksen fyysisten oireiden hoito

Kuolevan vanhuksen oireiden arviointi on haasteellista. Se perustuu yksilön tuntemi-

seen, jossa omaiset ja hoitohenkilökunta ovat merkittävässä roolissa. Oireita tulee systemaattisesti havainnoida ja dokumentoida, koska kuoleman lähestyessä tilanne voi muuttua nopeasti. Sanalliseen ilmaisuun kykenemättömän kuolevan vanhuksen oireita voidaan havainnoida tarkkailemalla hengitystä, ääntelyä, ilmeitä ja muuta kehon kieltä. Apuna voidaan käyttää mittareita, kuten PAINAD:ia (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale).

Oireita tulee hoitaa tarpeen mukaan. Lääkityksen tulee kohdentua oireiden lievitykseen. Hoitotoimenpiteitä, jotka eivät paranna potilaan vointia, tulee välttää. Hoidon tehoa ja mahdollisia haittoja tulee seurata huolellisesti.

Psykososiaalinen tuki

Lähestyvä kuolema vaatii mieleltä kykyä sopeutua raihnaistumisen aiheuttamiin keuhkolisten toimintojen muutoksiin ja sen tuomiin uhkakuviin. Raihnaistuminen vaikuttaa myös mielen toimintoihin ja vireystilaan. Kiinnos tus ympäröivään elämään voi vähentyä ja elämänpiiri pienentyä, jolloin fyysinen raihnaistuminen hallitsee mieltä. Tämä voi aiheuttaa ahdistuneisuutta, masentuneisuutta ja unihäiriöitä. Fyysisten oireiden hoito ja turvallinen hoitosuhde luovat perustan myös psyykkiselle jaksamiselle. Tavoitteena on, että vanhus pystyi elämään fyysisen toimintakyvyn sallimissa rajoissa.

Vanhus saattaa myös kokea yksinäisyyttä elämänsä loppuvaiheessa. Läheisiltä saatu tuki voi auttaa jaksamaan. Kaikilla ei kuitenkaan ole omaisia tai ystäviä, joihin turvautua. Tällöin tukea voi saada seurakunnilta, kansalaisjärjestöiltä ja myös sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköistä.

Olemassaolon kysymykset ja hengellinen tuki

Kuoleva vanhus saattaa tuntea avuttomuutta olemassaolon kysymysten äärellä. Hyvässä palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa on tärkeää, että olemassaolon kysymykset ja niihin liittyvä ahdistus kohdataan. Käytännön hoitotyössä kuuntelemisen ohella on tärkeää

tehdä kysymyksiä, joihin voidaan etsiä hengellisiä tai ei-hengellisiä vastauksia.

Tietoisuus oman kuoleman läheisyydestä koskettaa ihmistä syvältä. Se saattaa nostaa esiin aiemmin tuntemattomia kysymyksiä, tunteita ja ajatuksia. Se ohjaa ehkä katsomaan taaksepäin elämän matkaa ja muistamaan asioita, joita ei ole muistanut. Voi olla, että pintaan nousee kiitollisuutta ja levollista suostumista, joskus myös pettymystä ja katkeruutta.

Jokaisen kuolema on hänen omansa, juuri hänen elämänsä päättymisen. Ihmisen vanhetessa kuoleman horisontti tulee väijäämättä lähemmäksi: läheisiä kuolee ympäriltä ja ajatus omasta kuolemasta muuttuu todeksi. Tämä voi tarkoittaa vähittäistä kuolemaan valmistautumista ja sen hyväksymistä. Ajatus omasta kuolemasta voi synnyttää pelkoa. Mukana on myös kysymys vanhuksen maailmankuvasta: mieltääkö hän kuoleman yksinomaan elämän lopuksi vai onko se myös jonkin uuden alku, jota hän voi positiivisessa mielessä odottaa. Lähestyvä kuolema voi aktivoida siihen saakka taustalla pysynyt uskonnollisuutta tai henkisyttä. Kuoleman läheisyydessä on tärkeä tukea sellaisia kokemuksia ja ylläpitää sel-laista toivoa, jotka kuoleva ihminen itse kokee tärkeäksi.

Läheisten tarpeet

Vanhan ihmisen kuolema voi nostattaa omassissa hyvinkin monenlaisia tunteita ja reaktioita. Läheisille on tärkeää antaa tukea ja tietoa. Kuolema on lopullinen ja kertakaikkinen. Se ei koske vain yhtä ihmistä. Ihmisen elämä ja kuolema ovat hänen omansa, mutta eivät vain hänen. Ihminen on olemassa suhteessa toisiin ihmisiin. Elämä koskettaa toisia, koko ajan ja lähtemättömästi. Niin kuolemakin tekee.

Ihmisten väliset kiintymykseen pohjautuvat siteet säilyvät läpi elämän. Niillä voi olla voimakasta merkitystä tilanteissa, joihin liittyy uhkaa ja turvattomuutta, kuten kuolemassa. Lopullinen kiintymyssuhteen katkeaminen nostaa pintaan merkittäviä, ristiriitaisiakin tunnekokemuksia.

4. MITEN VANHUKSEN KUOLINSYÖN TUTKITTAVA?

- Nykyistä lainsäädäntöä kuolemansyyn selvittelystä voidaan pitää riittävänä.
- Lääketieteellisiä ruumiinavauksia on tärkeää tehdä diagnostiikan ja hoidon laadunvarmistuksen parantamiseksi sekä lääketieteellisen tiedon lisäämiseksi.
- Yhteistyön tiivistäminen poliisiin, hoitavan lääkärin ja oikeuslääkärin välillä parantaa kuolemansyyn selvittelyn tasoa.

Jokainen kuolema on selvittävä lainsäädännön edellyttämällä tavalla. Kun vanhus kuolee hoitolaitoksessa, kuolemasta ilmoitetaan lääkärille, joka aloittaa kuolemansyyn selvittämisen. Kun kuolinpaikka on jokin muu kuin hoitolaitos, kuolemansyyn selvittämisen aloittaa pääsääntöisesti poliisi. Poikkeuksena ovat ne kotona tapahtuneet kuolemat, joissa kuolema on sairauden vuoksi odotettu. Tällöin hoitovastuussa olevan lääkärin ja omaisten kannattaa etukäteen sopia, miten kuoleman tapahtuessa toimitaan.

Kuolemansyyn selvittämisprosesseja on kaksi, lääketieteellinen ja oikeuslääketieteellinen.

Lääketieteellinen kuolemansyyn selvittäminen

Lääkäri voi kirjoittaa kuolintodistuksen potilastietojen ja kuoleman olosuhteista saamiensa tietojen perusteella. Tarvittaessa voidaan tehdä ruumiinavaus. Lääketieteelliseen ruumiinavaukseen tarvitaan omaisen tai muun läheisen henkilön lupa. Lääketieteellinen ruumiinavaus on suoritettava myös omaisen pyynnöstä, vaikka hoitava lääkäri ei pitäisi ruumiinavausta tarpeellisena.

Oikeuslääketieteellinen kuolemansyyn selvittäminen

Laki kuolemansyyn selvittämisestä määrittelee ne kuolemantapaukset, jotka kuuluvat oikeuslääketieteelliseen tutkimukseen. Oikeuslääketieteellinen kuolemansyyn selvittäminen on poliisijohtoista toimintaa, yhteistyössä hoitavan lääkärin ja oikeuslääkärin kanssa.

Laki kuolemansyyn selvittämisestä, 7. §:

Kuolemansyyn selvittämiseksi on poliisin suoritettava tutkinta

1) kun kuoleman ei tiedetä johtuneen sairaudesta tai kun vainaja ei ole viimeisen sairautensa aikana ollut lääkärin hoidossa,

2) kun kuoleman on aiheuttanut rikos, tapaturma, itsemurha, myrkytys, ammattitauti tai hoitotoimenpide tai kun on aihetta epäillä kuoleman johtuneen jostakin sellaisesta syystä; tai

3) kun kuolema muuten on tapahtunut yllättävästi.

Tutkinnassa on tarvittaessa käytettävä lääkärinä apuna.

Laki määrää poliisin suorittamaan tutkimuksen, mutta ei aina edellytä oikeuslääketieteellistä ruumiinavausta. Ruumiinavaus on näissä tapauksissa kuitenkin yleensä syytä tehdä yksityiskohtaisemman tiedon saamiseksi ja kokonaistilanteen selvittämiseksi. Harkinnan ruumiinavauksen tarpeesta tekevät poliisi, mahdollinen hoitovastuussa ollut lääkäri ja oikeuslääkäri. Oikeuslääketieteelliseen ruumiinavaukseen ei tarvita omaisen lupaa, vaan ruumiinavaus tehdään poliisin määräyksellä.

Osa vanhusten tapaturmaisista kuolemista voidaan selvittää ilman ruumiinavausta, esimerkiksi kaatuessa syntynyt reisiluun kaulan murtuma, jonka jälkiseuraukset ovat johtaneet kuolemaan. Jos kuolemansyyt ovat selvät eikä vammautumistapahtumaan liity vakuutus-oikeudellisia seikkoja taikka oikeusturvaky symyksiä, voidaan kuolintodistus kirjoittaa. Kuolemantapaus on kuitenkin aina ilmoitettava poliisille. Myös oikeuslääkärin konsultointi on suositeltavaa.

Jos herää epäily jonkin hoitoon liittyneen seikan osuudesta kuolemaan, kuolemansyyn tutkinta siirretään pois hoitavalta taholta poliisille ja oikeuslääkärille. Epäilyn voivat esittää esimerkiksi hoitava henkilökunta tai vainajan läheiset.

Kun kuolema tapahtuu kotona

Vanhusten kotikuolemat selvitetään tapauskohtaisesti lääketieteellisinä tai oikeuslääke-

tieteellisinä. Tieto kotona tapahtuneista äkillisistä odottamattomista kuolemantapauksista menee yleensä ensin poliisille, joka suorittaa tapahtumapaikan tutkinnan. Jos sen perusteella on ilmeistä, että oikeuslääketieteellinen ruumiinavaus tarvitaan, poliisi etenee sen mukaan. Muissa tilanteissa poliisi ottaa yhteyttä vanhusta hoitaneeseen lääkäriin tai alueen terveyskeskuslääkäriin jatkotoimenpiteitä varten. Tiedossa olevien vainajan diagnoosien, kuoleman olosuhteiden ja omaisten kuulemisen jälkeen ratkaisu voi olla lääketieteellinen kuolemansyyn selvitys ilman ruumiinavausta, lääketieteellinen ruumiinavaus tai oikeuslääketieteellinen ruumiinavaus. Kotikuolemista on yleensä hyvä konsultoida myös oikeuslääkäriä.

Tärkeä tarkka kuolemansyy

Vanhuksilla on usein monia sairauksia ja mahdollisesti myös vammoja ja vammojen jälkitiloja. Diagnoosien valinta kuolintodistukseen ei aina ole helppoa. Yksilötasolla diagnoosien järjestyksellä voi olla merkitystä esimerkiksi vakuutusoikeudellisissa kysymyksissä. Kuolintodistuksilla on merkitystä myös tilastojen tuottamiseen muun muassa yhteiskunnallista tutkimusta ja terveydenhuollon suunnittelua varten. Kansallinen tilasto päättyy maailmanlaajuisen vertailuun muun muassa Maailman terveysjärjestölle (WHO).

Kuolemansyyn selvittelyssä erilaisille tautitiloille ja vammoille annettu painoarvo vaikuttaa kuolemansyydiagnoosien järjestykseen kuolintodistuksessa. Haasteellista on myös arvioida erilaisten tilojen samanaikaista vaikutusta sekä sitä, mikä diagnoosi valitaan peruskuolemansyyksi ja mitkä myötävaikuttaviksi syiksi. Vanhuksilla on otettava osatekijänä huomioon yleinen elimistön hauraus. Vanhuus voi kuitenkin olla virallisena kuolemansyynä vain silloin, kun kuolemansyyn selvittelyssä ei tule esille mitään tautia.

5. MITEN IÄKKÄÄN IHMISEN ELÄMÄÄ JA KUOLEMAA ARVOSTETAAN?

– Vanhuuskuolemaa korkeassa iässä olisi mahdollista pitää merkinä onnistuneesta

hyvinvointiyhteiskunnasta.

- Vanhuksia hoitavilla yksiköillä tulee olla riittävät valmiudet, jotta kuolevan potilaan turhilta siirroilta hoitopaikasta toiseen välttyään.
- Viihtyisä hoitoympäristö tukee vanhusten hyvää hoitoa.
- Yksilöllisyyden, kulttuuritaustan ja vakauksen huomioiminen on osa kuolevan vanhuksen arvostamista.
- Työyhteisön jokaisen jäsenen oikealla, ihmisarvoa kunnioittavalla asenteella on suuri merkitys kuolevan vanhuksen hyvinvoinnissa.

Erilaiset käsitteet ovat kielenkäytössä usein valmiiksi arvoitettuja. Vanhuudesta on omassa kulttuurissamme tullut sävyllään kielteinen termi, mikä näkyy kiertoilmaisujen käyttämisenä. Puhutaan esimerkiksi iäkkyydestä, senioriteetista tai jopa aikuisuudesta, jotta vältettäisiin loukkaamasta puheen kohteena olevaa ihmistä tai ihmisryhmää.

Yhteiskuntien niukkenevat terveydenhuollon resurssit johtavat myös vanhuuden arvostuksen kriisiytymiseen. Kustannus-hyötyanalyysin kannalta vanhuuteen sijoittaminen on ongelmallista: käytettävillä resursseilla toivotaan saatavan potilaalle mahdollisimman monia terveitä vuosia.

Vanhuuden arvottamiseen vaikuttavat lisäksi erilaisten kulttuurien ja uskontojen näkemykset, jotka ilmenevät nykyisin myös suomalaisessa yhteiskunnassa. On erilaisia vanhuksia, mutta on myös erilaisia kuolemia.

Yhteiskuntamme ihanteena lienee, että yksilö elää vähintään sata vuotta ja että hän on koko elämänsä ajan nuori ja kukoistava. Kun vanhuus käsitteenä on kielteinen asia ja kuolemakin on kielteinen, miten vanhuuskuolema voisi olla myönteinen asia?

Yleinen ilmaus ”Haluan kuolla saappaat jalassa” tarkoittanee sitä, että ihminen on kuollessaan täysin toimintakykyinen, mutta äkillinen tapaturma tai sairauskohtaus päättää elämän. Vanhuuden aiheuttamaa raihaistumista ei pidetä haluttavana, eikä elämän päättymisen ole hyväksyttävää, tapahtuipa se missä iässä tahansa.

Vanhuuskuolemaa korkeassa iässä olisi mahdollista pitää koko yhteiskunnan suurena

saavutuksena. Olemme kehittäneet elinoloja siihen mittaen, että yksilöt kykenevät menestymään ja elämään kauan maan päällä. Olemassaolon pidentymistä pidetään myönteisenä, mutta raihnaisuutta ongelmana. Ikääntymiseen liittyvän raihnaisuuden myötä hoidontarve lisääntyy.

Jos ihmisolemuksen osaksi kyetään hyväksymään myös rajallisuus ja voimien hiipuminen, voidaan vanhuuskuolemaa taas pitää tulevaisuudessa onnistumisen merkinä.

Ympäristö on käyttämätön voimavara saattohoidossa

Vanhuksella tulisi olla oikeus kuolla pysyvässä hoitopaikassa. Tarpeettomia siirtoja hoitopaikkojen välillä elämän loppuvaiheessa tulee välttää. Kotona saattohoidossa olevalle vanhukseksi tulee varmistaa vaivaton pääsy tukiosastolle ilman tarvetta hakeutua päivystykseen.

Hoitolaitoksessa kuoleva vanhus voi haluta olla omissa oloissaan, mutta tarvittaessa nähdä muita ja osallistua yhteisön elämään. Ympäristön miellyttävyyteen vaikuttavat valaistus, kalustus sekä sisustus. Suomalaisille yhteys luontoon on tärkeää, ja esimerkiksi näköala ulos ikkunasta luontoon on vahva elämyksellinen elementti. Tuokset, taide ja tutut esineet voivat luoda turvallisuutta ja rauhoittaa kuolevaa vanhusta. Ympäristön viihtyisyyttä tulisi parantaa kaikissa hoitopaikoissa. Miellyttävä ympäristö on tärkeä potilaiden ja läheisten lisäksi myös henkilöstön hyvinvoinnille ja jaksamiselle.

Omaisille ja läheisille varatut tilat tukevat heidän mukana oloaan vanhuksen viimeisinä hetkinä. Vaikka vanhus haluaisi kuolla kotona, tilanne voi muuttua. Silloin täytyy varmistaa pääsy tarpeen mukaiseen hoitoon.

Vanhuksen kuoltua tämän omaisille ja läheisille tarjotaan mahdollisuus hyvästelyyn ja heidän halutessaan ”vainajan laittamiseen” osallistumiseen. Kuolema pitäisi pyrkiä toteamaan siinä paikassa, jossa vanhus on kuollut, jotta vainajan turhalta siirtelyltä vältyttäisiin. Eri kulttuureilla ja uskontokunnilla on omia tapoja ja rituaaleja, joita tulee noudattaa hyvässä saattohoidossa ja kuoleman jälkeen.

6. VANHUKSEN KUOLINTOIVE JA SIIHEN VASTAAMINEN

- Kuolemasta täytyy puhua ja keskustella.
- Vanhuksen kuolintoiveet täytyy kohdata ja niitä täytyy kuunnella.
- Läheisten tai vapaaehtoistyöntekijöiden osallistuminen saattohoitoon vähentää kuolevien vanhusten yksinäisyyttä.

Kuolemasta ja kuolemista käytävä julkinen keskustelu vaikuttaa vääjäämättä siihen, kuinka vanhuksentunteet oman kuolemansa merkityksen. Jos terveydenhuoltoon koskevasa keskustelussa keskitytään voittopuolisesti puhumaan resurssien riittämättömyydestä ja vaikeudesta taata väestön ikääntyessä asianmukainen hoito sitä tarvitseville, ajatus omaista kuolemasta piiryy tätä taustaa vasten.

Kun terveydenhuolto ja hallinto alkavat keskustella hyvästä kuolemasta, kaavailut toimet yhdistetään herkästi säästötavoitteisiin. On ymmärrettävää, että elämänsä loppuvuotia elävä vanhus alkaa silloin kysellä, miten hänen käy, kun hän ei enää pysty huolehtimaan itsestään. Hoidetaanko minua? Jääkö yksin? Olenko taakaksi muille?

Ihminen syntyy yhteisön jäseneksi, eikä kukaan voi elää ilman muiden apua ja tukea. Myös kuoleminen on yhteisöllinen prosessi. Siksi vanhuksen omaa kuolemaa koskevat toiveet ja pelot eivät kosketa vain häntä itseään, vaan myös hänen lähipiiriään ja häntä hoitavia. Kuolevinakin olemme yhteisöjen ja yhteiskunnan jäseniä.

”Joutaisin jo pois”

Vanhan ihmisen toive kuolla voi ilmaista monia eri asioita. Toiveen taustalla voivat olla masennus, oman elämän merkityksellisyttä ja mielekkyyttä koskevat kysymykset, kaipaaminen kärsimyksen loppumisesta tai jopa aktiivinen toive kuolla. Kuolintoiveeksi voidaan tulkita myös vanhuksen puhe siitä, että hän ”joutaisi jo pois” ja ihmettely siitä, miksi hänet ”on unohdettu tänne”. Pitkän, erilaisia vaiheita sisältäneen elämän elänyt, erilaisista vaihoista kärsivä ihminen voi tuntea, että hän on ”saanut elämästä kyllänsä” ja että hänen aikansa on

lähteä. Ajatus kuolemasta tuntuu silloin helpotukselta. Vanhuksen hyvään kuolemaan liittyy kolme toivetta: halu kuolla nopeasti, toive läheisten läsnäolosta ja halu kuolla kotona.

Myös vanhukset tekevät itsemurhia. Vanhusten itsemurhat liittyvät yleensä mielenterveyden häiriöihin, kuten masennukseen, ja monilla on aikaisempia itsemurhayrityksiä. Vanhuksen kuolintoiveen taustalla voi olla myös todellinen halu lopettaa itse elämänsä. Kuolintoive voi kuitenkin olla eri asia kuin itsemurhasuunnitelma. Vanhuksen itsemurhapuheisiin tulee aina suhtautua vakavasti, ja hänelle tulee järjestää ammattiapua.

Kansainvälisten tutkimusten mukaan kuolintoiveet ovat vanhuksilla ylipäänsä harvinaisia. Näissä tutkimuksissa vain 5–10 % vanhoista ihmisistä ilmaisee kuolintoiveita tai itsemurha-ajatuksia.

Mistä kuolintoive kertoo?

Lääkäreiden ja muiden terveydenhuollon työntekijöiden tulee uskaltaa ottaa kuolintoiveet puheeksi vanhuksen kanssa. Omaisten, sosiaalityöntekijöiden, sairaalateologioiden ja muiden potilaan hyvinvoinnista huolehtivien osuus keskustelussa voi olla tärkeä. Keskustelussa voi ottaa esiin myös sen, onko vanhus mahdollisesti ajatellut itse tehdä asialle jotain eli onko hänellä itsemurha-ajatuksia tai jopa -suunnitelmia. Kuunteleminen on olennainen

osa tätä arviointia. Keskustelussa tulee pohtia vanhuksen kuolintoiveen syitä – liittyykö se kärsimyksen loppumisen kaipuuseen, taakana olemisen ahdistukseen vai kokemukseen siitä, että elämä alkaa olla täysi.

Vanhuksen toive kuolla voi olla myös toivomus, että joku auttaisi hänet kuolemaan. Silloinkin kuolintoive voidaan vain harvoin tulkita eutanasiatoiveeksi. Suomen lain mukaan eutanasia on rangaistava teko, eikä sitä pidetä hyväksyttävänä vanhuuskuolemassa missään maassa. Hyvä saattohoito ei pitkitä potilaan kärsimyksiä eikä lyhennä hänen elämänsä.

Keskustelu lievittää pelkoa

Kuolintoive ei yleensä tarkoita toivetta hoidosta luopumisesta. Vaikka parantavista ja elämää pitkittävästä hoidosta luovutaan, voidaan oireita lievittää. Kuolintoiveen ilmaisemisen yhteydessä on otettava huomioon yksin jäämisen tunne ja tarvittaessa huolehdittava siitä, että kukaan ei jää vaille tarvitsemaansa tukea. Erilaisilla henkisellä ja psyykkisellä tuella sekä vapaaehtoistyöllä (kuolevien tukihenkilöt) tilannetta voidaan helpottaa.

Kuolintoiveen ilmaisemisen jälkeen vanhuksen ja hänen omaistensa kanssa tulee keskustella niin, etteivät pelot ja väärinkäsitykset lisää ahdistusta eivätkä vaikeuta hoidon toteuttamista. Lempeä ja asiallinen keskustelu kuolemasta ja kuolemasta vähentää pelkoa. ■

PANEELI

TIINA SAARTO, professori, ylilääkäri, paneelin puheenjohtaja
HYKS Syöpäkeskus

KAISA HALINEN, apulaisyliääkäri, paneelin sihteeri
Helsingin kaupunki, sosiaali- ja terveysvirasto, Laakson sairaala

JAANA AHLBLAD, toimittaja, paneelin sihteeri
Suomen Lääkärilehti

TERHI UTRIAINEN, dosentti, yliopistonlehtori
Helsingin yliopiston maailman kulttuurien laitos

MINNA LINDGREN, toimittaja, kirjailija
Kuusamon terveyskeskus

TARJA KONTTILA, geriatrian ylilääkäri
Kuusamon terveyskeskus

PIRKKO LAHTI, fil. lis, toimitusjohtaja
Tiennäyttäjät Oy

JAANA HALLAMAA, professori
Helsingin yliopiston teologinen tiedekunta

JONNE SIROLA, apulaisyliääkäri
Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto, Kaupunginsairaala, palvelualueiden lääkäripalvelut

RAIMO PUUSTINEN, yleislääketieteen professori mvs.
Tampereen yliopisto

PIRKKO KARJALAINEN, YTL, toiminnanjohtaja
Vanhustyön keskusliitto ry

SARI PAPIHAHO, oikeuslääkäri
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) Kuopio

ARJA PEIPONEN, VTL, THM, eMBA, palvelualuejohtaja
Helsingin kaupunki, Sosiaali- ja terveysvirasto, sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut

KATI JUVA, dosentti, neurologian erikoislääkäri
HUS Psykiatriakeskus

MIKA KALLUNKI, sairaalapastori, työnohjaaja
Tampere

EVA KUUSKOSKI, LL, lastentautien erikoislääkäri

ANNELI VAINIO, LT, anestesio logian erikoislääkäri, kivun ja palliatiivisen hoidon asiantuntija
Douleur Sans Frontières

HEIDI SIPILÄINEN, TtM, kotihoitopäällikkö
Helsingin kaupunki, Sosiaali- ja terveysvirasto

HÄKAN STOOR, vanhempi oikeusasiamiehen sihteer
Eduskunnan oikeusasiamiehen kanslia