

Liisa Rautakorpi ja Outi Akrén

Oikea-aikaisella palliatiivisella hoidolla voidaan saavuttaa paljon – varhainen interventio osaksi syöpäpotilaan hoitopolkua

Palliatiivinen hoito yhdistetään usein elämän loppuvaiheeseen, mutta etenevää syöpää sairastava potilas ja hänen läheisensä saavat paremman hyödyn palliatiivisesta hoidosta, jos se aloitetaan jo syöpää jarruttavan hoidon aikana. Varhaisen palliatiivisen kontaktin on todettu parantavan potilaiden elämänlaatua, vähentävän oireitaakkaa ja yhdistyvän parempaan mielialaan sekä hoitotyytyväisyyteen. Lisäksi sairaalaresurssien käyttö elämän loppuvaiheessa on ollut vähäisempää, kun potilailla on ollut hoitokontakti palliatiiviseen yksikköön. Ohjaaminen palliatiiviseen yksikköön jo syövän jarruttavan hoidon aikana tulisi integroida osaksi edenneiden syöpäsairauksien hoitoketjua. Varhainen palliatiivinen kontakti tulisi taata vähintään niille potilaille, joiden syöpäsairaus etenee nopeasti, oireiden hoidossa tarvitaan tukea tai perhetilanteeseen liittyy haasteita.

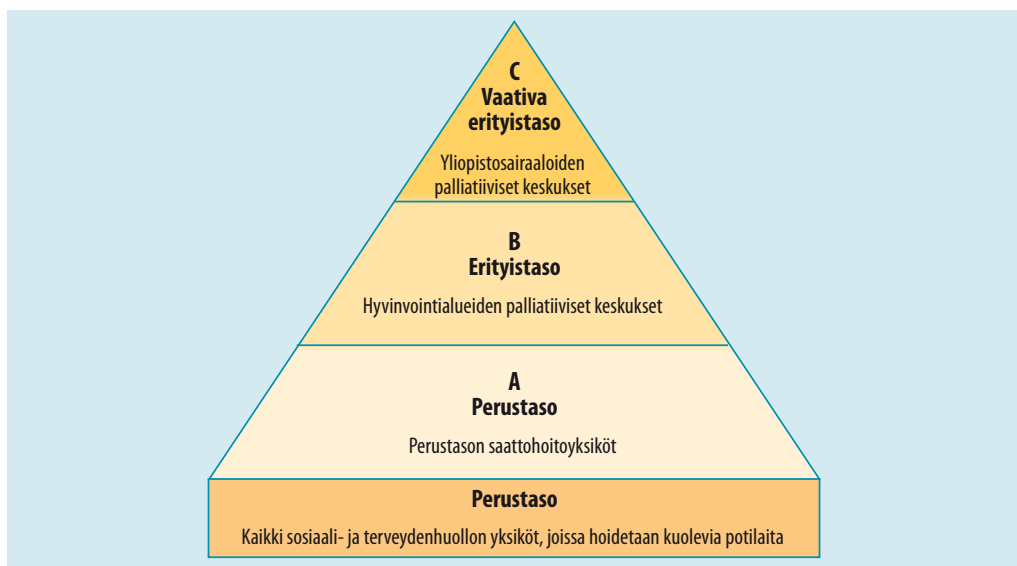
Palliatiivista hoitoa ja sen järjestämistä on kehitetty Suomessa viime vuosina paljon. Tämä on ollut tarpeen, sillä vielä reilut kymmenen vuotta sitten alueelliset erot olivat elämän loppuvaiheen hoidon järjestämisessä suuria ja erityistason palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa oli tarjolla vain muutamassa saattohoitokodissa ja harvoissa palliatiivisissa yksiköissä. Lisäksi potilaan siirtymistä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon tautispesifisen hoidon päättyessä leimasi epävarmuus hoidon jatkuvuudesta (1).

Koulutus ja resurssit ovat aktiivisen kehitystyön tuloksena lisääntyneet, minkä lisäksi alan edistymistä ovat jouduttaneet useat sosiaali- ja terveysministeriön (STM) sekä opetus- ja kulttuuriministeriön palliatiivisen hoidon kehittämiseen tähänneet hankkeet. Näiden myötä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon saatavuus, laatu sekä potilashoito ovat parantuneet (2). Palliatiiviset keskuskeskukset ovat aloittaneet toimintansa tai ovat järjestäytymässä, ja palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportaisen mallin järjestäminen on pitkällä. Siinä potilaan hoito pyritään toteuttamaan oireiden vaativuuden

mukaan joko perustasolla, perustason saattohoitoyksikössä, erityistasolla tai vaativalla erityistasolla (KUVA 1) (3).

Kansainvälisissä hoitosuosituksissa linjataan, että parantumattomaan syöpää sairastavalle potilaalle on tärkeää luoda palliatiivinen kontakti riittävän varhain, parhaimmillaan jo levinneen syövän toteamisvaiheessa (4,5). Lisäksi on huomioitava, että myös ei-pahanlaatuisia tautteja sairastavien palliatiivisen hoidon tuki tulisi huomioida ja järjestää. Varhainen palliatiivinen hoito auttaa potilasta ja hänen omaisiaan sopeutumaan parantumattoman sairauden kanssa elämiseen, tukee oireiden hoidossa ja pyrkii huomioimaan potilaan ja läheisten psykososiaalisen tuen tarpeen. Tavoitteena on luoda luottamuksellinen hoitosuhde ajoissa ja taata saattaen vaihto, ilman tunnetta ”tyhjän päälle putoamisesta” jarruttavan syövänhoidon päättyessä.

Palliatiivinen hoito ei ole siis vain oireiden hoitoa ja saattohoidon järjestämistä, vaan sen tulisi kattaa potilaan tarpeet kokonaisvaltaisesti (6). Edelleen hyvin pieni osa suomalaisista syöpäpotilaista on rinnakkaisen palliatiivisen hoidon piirissä, esimerkiksi Tampereen yliopis-



KUVA 1. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli.

tollisen sairaalan syöpäklinikan potilaista viime vuonna julkaistun tutkimuksen mukaan vain 4 % (7). Järjestelmän kehittyessä potilaat tulisi ohjata palliatiivisen moniammatillisen tiimin hoitoon johdonmukaisemmin ja riittävän varhain.

Varhainen palliatiivinen interventio

Palliatiivinen interventio tarkoittaa kohtaamista, jossa potilas tapaa terveydenhuollon ammattilaisista koostuvan moniammatillisen tiimin. Tyypillisimmillään Suomessa kyse on palliatiivisen poliklinikan vastaanottokäynnistä, jossa läsnä ovat lääkäri, hoitaja ja potilas omaisineen ja josta potilas ja hänen läheisensä on mahdollista ohjata matalalla kynnyksellä edelleen muiden ammattilaisten, esimerkiksi sosiaalityöntekijän tai psyykkisen tuen antamiseen kouluttautuneen ammattihenkilön tuen piiriin. Käynnillä kartoitetaan potilaan sairaushistoria ja tautitilanne sekä potilaan käsitys ja tietous näistä, hänen fyysiset ja psyykkiset oireensa, läheisten jaksaminen ja muiden ammattiryhmien avuntarve ja tehdään ennakoiva hoitosuunnitelma (advance care plan, ACP), jotta potilas tietää missä ja miten häntä hoidetaan, kun syövän jarruttava hoito päättyy.

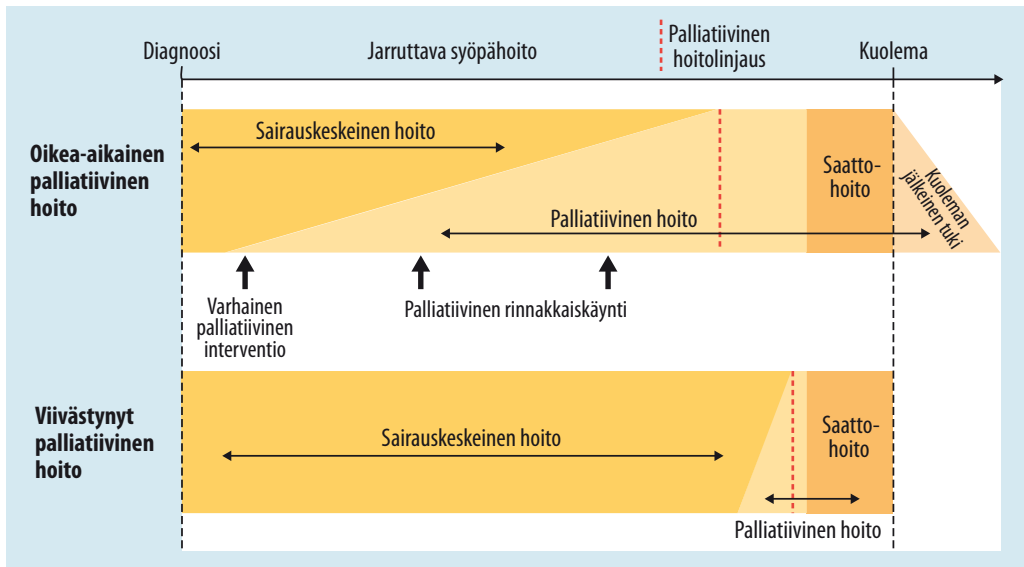
Ennakoiva hoitosuunnitelma sisältää kes-

kustelut ja kirjaukset sairauden vaiheesta, hoitomenetelmistä ja niiden tavoitteista, hoitolinjauksesta, hoidon rajauksista, hoidosta vastaavasta tahosta sekä potilaan toiveista ja peloista sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä (8). Suomessa vain osa potilaista ohjataan palliatiiviselle poliklinikalle, ja tavanomaisesti lähete palliatiiviseen yksikköön on tehty vasta onkologisen jarruttavan hoidon päättyessä, kun siirytään oireenmukaiseen hoitoon (KUVA 2).

Kansainvälisissä tutkimuksissa, joissa palliatiivisen kontaktin hyöty on toistuvasti osoitettu, palliatiivisella interventiolla on tarkoitettu tyypillisesti lääkärivetoisen moniammatillisen tiimin kontaktia, joka on vähintään kertakäynti, mutta useimmissa tutkimuksissa toistuva kontakti (9).

Integroidulla tai rinnakkaisella palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan, että palliatiivisen yksikön hoitosuhde luodaan jarruttavan syöpähoidon vielä jatkuessa. Silloin käynnin painopiste ei ole elämän loppuvaiheen hoidon ja saattohoidon järjestämisessä vaan varhaisessa tuessa. Varhaisen palliatiivisen hoidon määritelmä on moniulotteisempi, ja usein sitä arvioidaan tutkimuksissa kuolemasta käsin.

Laajassa palliatiivisen hoidon kestoa käsittelevässä meta-analyysissä palliatiivisen hoitojakson kesto oli keskimäärin 19 vuorokautta en-



KUVA 2. Oikea-aikainen ja viivästynyt palliatiivinen hoito (44).

nen kuolemaa (10). Tarkkaa määritelmää siitä, mikä luetaan varhaiseksi kontaktiksi ei kirjallisuudessa ole. Interventio on tutkimuksissa nimetty varhaiseksi, jos se on toteutunut esimerkiksi 90 tai 30 vuorokautta ennen kuolemaa tai mikäli palliatiivinen kontakti on tapahtunut rinnakkain jarruttavan onkologisen hoidon kanssa (11–14). Koska käytännön työssä ennusteen tarkka arvioiminen on hyvin vaikeaa, voidaan varhaisella tarkoittaa myös tilannetta, jossa lähete tehdään jarruttavan hoidon jatkuessa, kun potilas on vähäoireinen.

THL:n palliatiivisen hoidon toimenpidekoodeissa on mukana varhaisen palliatiivisen hoidon interventio, joten tuen merkitys on tunnustettu kansallisesti ja hoidon saatavuutta voidaan jatkossa seurata (15). Varhaisen palliatiivisen hoidon toteutumista voidaan tukea myös digitaalisilla palveluilla kuten digitaalisella hoitopolulla, jota on kehitetty terveysministeriön tukemassa FinPall-hankkeessa (2).

Varhaisella palliatiivisella interventiolla viitataan erityistason yksiköiden tarjoamaan palliatiiviseen hoitoon, mutta elämän loppuvaiheen hoidon kokonaisuus on laajempi kuin tämä erityistason yksiköiden tarjoama tuki. Usein potilas tarvitsee myös perustason tukea esimerkiksi saattohoitovaiheessa tai kotihoidon palveluiden kautta.

Varhaisen palliatiivisen intervention hyödyt

Syöpäpotilaiden on todettu hyötyvän varhaisesta palliatiivisesta interventiosta, ja palliatiivisen hoidon integroimista onkologisen hoidon rinnalle suositellaan (9,16–18). Varhaisen palliatiivisen intervention on todettu parantavan syöpäpotilaiden elämänlaatua, vähentävän oirettaakkaa ja yhdistyvän parempaan mielialaan sekä hoitotytyväisyyteen (19–22). Sen lisäksi varhaisen palliatiivisen intervention saaneet potilaat ovat hakeutuneet elämän loppuvaiheessa harvemmin päivystykseen, ja myös heidän sairaalakuolleisuutensa on ollut vähäisempää (23,24). Varhaisen palliatiivisen intervention piirissä olevien potilaiden on todettu saaneen myös harvemmin raskaita so-lunsalpaajahoitoja lähellä kuolemaa, mikä on nimetty yhdeksi elämän loppuvaiheen hoidon laatumittariksi laajalti tunnustetussa artikkelissa vuodelta 2005 (24,25). Varhaisen palliatiivisen hoidon hyödyt on voitu nähdä myös potilaan lähipiirin hyvinvoinnin parantumisena (26). Palliatiivisen hoidon piirissä olleiden potilaiden terveydenhuollon palveluiden käyttö elämän loppuvaiheessa on ollut vähäisempää myös tutkimusasetelmassa, jossa palliatiivisen intervention ajankohtaa ei ole rajattu (27–29).

Joidenkin tutkimusten mukaan varhaisella palliatiivisella interventiolla on saavutettu jopa elinajanodotteen pidentymistä, mutta systemaattisessa katsauksessa ja meta-analyysissä elinaikahyötyä ei todettu (14,21,30).

Vähäisempi sairaalapalveluiden käyttö elämän loppuvaiheessa on heijastunut myös hoitokustannuksiin. Ne on todettu pienemmiksi, kun potilaat ovat olleet palliatiivisen hoidon piirissä (29,31). Myös STM:n palliatiivisen hoidon kehittämisen kustannusvaikuttavuutta arvioinut työryhmä on raportissaan todennut palliatiivisen hoidon kehittämisen tuovan pitkällä aikavälillä kustannussäästöjä, mikä on linjassa tutkimuslöydösten kanssa (32).

On myös tutkimuksia, joissa ryhmien välillä ei ole havaittu eroa saavutetussa hyödyssä, mutta näissäkään tutkimuksissa varhaisen palliatiivisen interventioryhmän ei ole todettu pärjänneen vertailuryhmää heikommin (14,33,34). Elämänsä loppuvaiheessa olevia syöpäpotilaita koskevan interventiotutkimuksen tekeminen voi olla vaativaa, mikä voi heijastua myös tutkimustuloksiin (35).

Miten palliatiivinen interventio on vaikuttanut suomalaisessa aineistossa?

Palliatiivisen hoidon hyödyt on tunnistettu myös kotimaisissa tutkimuksissa, joissa on tarkasteltu takautuvasti syöpäpotilaiden elämän loppuvaiheen hoitoa. Etenevää kansallista tutkimusdataa ei toistaiseksi ole. Tutkimuksessa, jossa verrattiin palliatiivisella poliklinikalla käyneiden haimasyöpäpotilaiden terveydenhuollon resurssien käyttöä niihin, joilla kontaktia ei ollut, todettiin erikoissairaanhoidossa viimeisen elinkuukautensa aikana palliatiivisessa hoitokontaktissa olleiden potilaiden terveydenhuollon resurssien käytön olleen vähäisempää (31). Myös 6 010 suomalaista syöpäpotilasta käsittävässä aineistossa, jossa oli potilaita kaikista viidestä yliopistosairaalaista, palliatiivisen poliklinikan kontaktin todettiin olleen yhteydessä akuuttien sairaalapalveluiden vähäisempään käyttöön (36).

Myös varhaisen ja myöhään toteutuvan intervention eroa on verrattu suomalaisessa ai-

neistossa, jossa varhaisen intervention todettiin olevan yhteydessä haimasyöpäpotilaiden vähäisempään sairaalaresurssien käyttöön heidän viimeisen elinkuukautensa aikana (13). Vuonna 2019 menehtyneiden aivokasvainpotilaiden osalta varhainen palliatiivinen kontakti oli yhteydessä vähäisempiin poliklinikkakäynteihin ja sairaalahoitajaksiin viimeisen elinkuukauden aikana. Tämä lisäsi todennäköisyyttä palliatiivisen yksikön hoitajakseen ja palliatiivisen kotisairaalan kontaktiin (12).

Missään edellä mainituissa tutkimuksissa ei kuitenkaan ole kartoitettu sitä, kuinka moni potilaista sai jarruttavaa syöpähoitoa samanaikaisesti palliatiivisen yksikön kontaktin kanssa eli kuinka monella kyseessä oli rinnakkainen kontakti ja kuinka monelle palliatiivinen oirehoitolinjauks oli tehty ennen palliatiivista kontaktia.

Kuopion yliopistollisessa sairaalassa palliatiivisen poliklinikan toiminnan alkamisen myötä todettiin onkologian osastolla hoidossa olevien potilaiden elvytyskieltopäätösten, palliatiivisen hoidon päätösten ja saattohoitopäätösten määrän lisääntyneen (37). Päivystyspotilaiden osalta palliatiivisen kontaktin todettiin lisäävän todennäköisyyttä sille, että elvytyskieltopäätös ja ennakoiva hoitosuunnitelma olivat tehty (38).

Keitä palliatiivisen intervention piiriin tulisi ohjata?

Vuonna 2016 julkaistiin Lancet Oncology -lehdessä asiantuntijapaneelin vastausten perusteella koottu suositus palliatiiviseen hoitoon ohjaamisen kriteereistä, jotka jaettiin oire- ja aikaperustaisiin (39). Niiden mukaan lähete palliatiiviseen yksikköön tulisi tehdä, mikäli potilas sitä toivoo, hoitosuunnitelman laatimiseen kaivataan palliatiivisen tiimin tukea tai mikäli potilaalla on vaikeita fyysisiä tai psyykkisiä oireita kuten delirium, aivometastasointi tai leptomeningeaalinen metastasointi, selkäydinkanavan ahtautuminen, hengellinen tai ek-sistentiaalinen kriisi tai hän toivoo kuolemansa jouduttamista. Aikaperustaisiksi kriteereiksi oli listattu alle vuoden elinajan odote ja sairauden eteneminen toisen linjan jarruttavan hoidon

aikana. Paneelin suositusta mukaillen lähettämiskriteerit on koottu **TAULUKKON**.

Palliativisen hoidon ja aktiivisen syöpähoidon integraatiota käsittelevässä kirjallisuuskatsauksessa nostetaan esiin neljä erilaista näkökulmaa palliativiseen hoitoon ohjaamiseen (40). Ensinnäkin kun syöpälääkäri ohjaa potilaan palliativiseen yksikköön vain oman harkintansa mukaan tarvittaessa, on riskinä epäjohdonmukaisuus ohjaamiskriteereissä. Näin potilaita voi jäädä ohjaamatta varhaisen palliativisen hoidon piiriin esimerkiksi palliativisen hoidon puheeksi ottamiseen, potilaan oireiden tunnistamiseen ja hoitoketjun tuntemiseen liittyvien haasteiden vuoksi. Toiseksi yhtenäiset ohjaamiskriteerit yhdessä systemaattisesti tapahtuvan oireiden kartoittamisen kanssa nähdään yhtenä vaihtoehtona. Kolmanneksi nostetaan esiin automaattinen potilaiden ohjaaminen palliativiseen yksikköön levinneen taudin toteamisvaiheessa. Tämä takaisi palliativisen hoidon saatavuuden kaikille potilaille ja auttaisi normalisoimaan palliativista hoitoa osana syövän jarruttavaa hoitoa. Palliativisen yksikön hoitoon ohjautuisi tällöin resurssihin nähden suuri määrä potilaita, joista kaikki eivät ainakaan sairauden alkuvaiheessa tarvitse erityistason palliativisen tiimin tukea. Neljäs näkökulma, oireperustainen hoitoon ohjaaminen, vaatii systemaattista oireiden kartoitusta toteutuakseen.

Suomessa ei ole yhtenäisiä kriteereitä eikä vakiintuneita käytäntöjä palliativiseen hoitoon ohjaamisessa. Palliativisiin keskuksiin ei ole tehty systemaattisia kyselyitä, mutta rinnakkaiskäyntejä järjestetään useilla hyvinvointialueilla. Suomessa on kuitenkin edelleen paljon nopeasti etenevää syöpää sairastavia potilaita, jotka eivät lainkaan pääse syöpänsä hoidon aikana palliativisen hoidon piiriin.

Haasteita palliativiseen hoitoon ohjaamisessa ja hoidon järjestämisessä

Syöpäpotilaiden ennusteen arviointi on kliinissä työssä vaativaa, ja vaikka ennusteen arviointiin on kehitetty avuksi mittareita, eivät ne ole vakiintuneet käyttöön arkityössä. Kliinikon

TAULUKKO. Varhaisen palliativisen hoidon ohjaamisen kriteerit asiantuntijapaneelin suosituksen pohjalta (39).

Aikaperustaiset kriteerit

Levinnyt syöpä ja potilaan elinajan odote on alle yksi vuosi

Syöpä etenee toisen linjan jarruttavan lääkehoidon aikana

Oireperustaiset kriteerit

Vaikeat fyysiset oireet

Vaikeat psyykkiset oireet

Eksistentiaalinen kriisi tai toive kuoleman jouduttamisesta

Delirium, aivokalvometastasointi, aivoparenkyymin metastasointi, selkäytimen ahtauminen, uhka hengitysteiden ahtaumisesta

Muuten huomioitavaa

Syöpäkasvaimen sijainti ja sairauden ennuste: tyypillisesti nopeasti etenevät syövät, joita sairastavien elinajan odote on lyhyt

Potilaan perhetilanne: kaikki potilaat, joilla on alaikäisiä lapsia tai joiden perhe tarvitsee psykososiaalista tukea

arvion on todettu korreloivan todellisen elinajan odotteen kanssa paremmin, mutta toisaalta pitkän hoitosuhteen myötä lääkäri on ennusteessaan usein liian optimistinen (41,42).

Palliativinen-termi yhdistyy edelleen usein aivan elämän loppuvaiheeseen ja saattohoitoon, ja siihen liittyy kansankielessä vahva assosiaatio yleistilan heikkenemistä leimaaviin elämän viimeisiin viikkoihin ja kuolemaan. Palliativinen hoito voidaan kokea kielteisenä asiana, jolloin sen ottaminen puheeksi lyhyen vastaanottoajan puitteissa koetaan monesti vaikeana. Lääkärin tulisi kuitenkin toimia keskustelunavaajana, vaikka vaatiikin aikaa aloittaa keskustelu lähettestä palliativiseen yksikköön, kun tiedetään, että tämä herättää usein potilaissa ja omaisissa vahvoja tunteita. Edelleen on myös paljon potilaita, jotka eivät keskustelunkaan jälkeen toivo ennakoivaa palliativisen tiimin arviota, ja tätä toivetta tulee kunnioittaa. Esteenä lähettämiseen ei kuitenkaan saisi olla se, ettei lääkäri ota asiaa esiin.

Syöpää hoitava lääkäri voi kokea pärjäävänsä vähäoireisen jarruttavassa hoidossa olevan potilaan kanssa hyvin, eikä selvää tarvetta palliativisen tiimin arviointiin nähdä, mutta tähän voi liittyä myös haasteita (40). Kun yksittäinen hoitava lääkäri on vastuussa syöpäpoti-

Ydinasiat

- ▶ Palliatiivinen hoito on paljon muutakin kuin saattohoidon järjestämistä.
- ▶ Palliatiivisen hoidon palvelurakenne on kehittynyt, ja palliatiivisten yksiköiden määrä on lisääntynyt viime vuosina merkittävästi.
- ▶ Parhaan hyödyn saamiseksi palliatiivista hoitoa pitäisi tarjota riittävän varhain, jo levinneen syövän jarruttavien hoitojen aikana.
- ▶ Varhaista palliatiivista hoitoa saaneet potilaat ovat kuoleman lähestyessä tarvinneet vähemmän päivystyskäyntejä ja erikoissairaanhoidon osastohoitoa.
- ▶ Varhainen palliatiivinen interventio voi antaa paljon ottamatta potilaan hoidosta mitään pois.

laan hoidosta, on oireiden hoito hyvää vain siinä laajuudessa kuin klinikko nämä oireet tunnistaa (43). Esimerkiksi potilaan psyykkisen tuen tarve tai perheen tarvitsema tuki voivat jäädä huomaamatta vastaanotolla, jolla keskitytään vahvasti fyysiseen vointiin ja tautitilanteeseen.

On myös paljon potilaita, joiden rauhallisesti etenevä parantumaton syöpäsairaus etenee kohtalaisen hitaasti ja joille vääjäämättömästi lähenevä siirtyminen oireenmukaiseen hoitoon on esimerkiksi iäkkyuden vuoksi luonnollinen osa elämänsä. Jos myös potilaan kotitilanne on vakaa, voi jarruttavan hoidon päättyessä riittää ennakoivan hoitosuunnitelman laatiminen, eikä tarvetta laajempaan vastaanottokäyntiin ole.

Kaikkien edellä mainittujen haasteiden osalta uskomme, että potilaiden ohjaus palliatiivisen yksikön arvioon systemaattisten lähetekriteerien mukaisesti takaisi hoitoon tasalaatuisuutta ja toisaalta keventäisi klinikon kokemaa kuormaa hänen ottaessaan lähetteen laatimisen puheeksi. Palliatiivisen yksikön harkittavaksi jää, kuinka laajasti ja tiheästi yksikkö potilasta seuraa.

Lopuksi

On syytä nähdä varhainen, rinnakkainen palliatiivinen hoito mahdollisuutena, jossa syövän hoidosta vastaava lääkäri sekä potilas läheiseen voivat saada tuekseen moniammatillisen tiimin, jolla on mahdollisuus ja ammattitaito vastata moniin levinnyttä syöpää sairastavan potilaan tarpeisiin. Parhaimmillaan tämä parantaa potilaan elämänlaatua ja oireiden hoitoa sekä helpottaa aikanaan potilaan siirtymistä oireenmukaiseen hoitoon. Palliatiiviseen yksiköön tulisi lähettää rinnakkaista tukea varten vähintään ne potilaat, joiden taudin oletetaan etenevän nopeasti ja joiden perhetilanteeseen liittyy haasteita. Ohjaaminen palliatiiviseen yksikköön jo jarruttavan syövän hoidon aikana tulisi integroida osaksi kaikkien edenneiden syöpäsairauksien hoitoketjua. ■

LIISA RAUTAKORPI, LT, syöpätautien erikoislääkäri
Tyks, syöpäklinikka

OUTI AKRÉN, professori, syöpätautien erikoislääkäri, ylilääkäri ja linjajohtaja
HUS Syöpäkeskus, palliatiivinen linja
Turun yliopisto

VASTUUTOIMITTAJA
Riikka Nevala

SIDONNAISUUDET
Liisa Rautakorpi: Korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Pfizer)
Outi Akren: Luento-/asiantuntijapalkkio (Johnson & Johnson, MedEngine)

KIRJALLISUUTTA

1. Tasmuth T, Saarto T, Kalso E. How palliative care of cancer patients is organised between a University Hospital and primary care in Finland. *Acta Oncol* 2006;45:325–31.
2. Forsius P, Hammar T. Palliativisen hoidon palveluiden tuottaminen ja laadun parantaminen -ohjelma (FinPall) Hankkeiden loppuraportti valtioneuvoston hoidon kehittämisestä vuosina 2021–2024. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2025. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-458-1>.
3. Saarto T, Finne-Soveri H. Suositus palliativisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2019. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM_2019_68_Rap.pdf.
4. Jordan K, Aapro M, Kaasa S, ym. European Society for Medical Oncology (ESMO) position paper on supportive and palliative care. *Ann Oncol* 2018;29:36–43.
5. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, ym. Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline Update. *J Clin Oncol* 2017;35:96–112.
6. López-Salas M, Yanes-Roldán A, Fernández A, ym. End-of-life care needs in cancer patients: a qualitative study of patient and family experiences. *BMC Palliat Care* 2024;23:157.
7. Jaakkola E, Piili RP, Lehto JT, ym. Integrated palliative care visits of patients with incurable cancer in Tampere University Hospital 2018–2021 – a retrospective study. *Ann Palliat Med* 2024;13:1353–61.
8. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito-suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2019. www.kaypahoito.fi.
9. Kaasa S, Loge JH, Aapro M, ym. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *Lancet Oncol* 2018;19:e588–e653.
10. Jordan R, Allsop M, Elmokhallati Y, ym. Duration of palliative care before death in international routine practice: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med* 2020;18:368.
11. Michael N, Beale G, O’Callaghan C, ym. Timing of palliative care referral and aggressive cancer care toward the end-of-life in pancreatic cancer: a retrospective, single-center observational study. *BMC Palliat Care* 2019;18:13.
12. Nähls NS, Leskelä RL, Saarto T, ym. Effect of palliative care decisions making on hospital service use at end-of-life in patients with malignant brain tumors: a retrospective study. *BMC Palliat Care* 2023;22:39.
13. Miinalainen S, Rissanen A, Leskelä RL, ym. Effect of palliative care decision on use of hospital services in pancreatic cancer patients: a retrospective study. *Anticancer Res* 2022;42:5457–63.
14. Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, ym. Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2015;33:1438–45.
15. Saarto T, Lyytikäinen M, Ahtiluoto S, ym. Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Helsinki: THL 2022. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-824-8>.
16. Haun M, Estel S, Rucker G, ym. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;6:CD011129.
17. Huo B, Song Y, Chang L, ym. Effects of early palliative care on patients with incurable cancer: A meta-analysis and systematic review. *Eur J Cancer Care* 2022;31:e13620.
18. Saarto T. Palliativisen hoidon integraatio osaksi kuolemaan johtavien kroonisten sairauksien käypää hoitoa. *Duodecim* 2023;139:85–7.
19. Vanbutsele G, Pardon K, Van Belle S, ym. Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2018;19:394–404.
20. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, ym. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2014;383:1721–30.
21. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, ym. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010;363:733–42.
22. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, ym. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA* 2009;302:741–9.
23. Bevins J, Bhulani N, Goksu SY, ym. Early palliative care is associated with reduced emergency department utilization in pancreatic cancer. *Am J Clin Oncol* 2021;44:181–6.
24. Maltoni M, Scarpi E, Dall’Agata M, ym. Systematic versus on-demand early palliative care: results from a multicentre, randomised clinical trial. *Eur J Cancer* 2016;65:61–8.
25. Earle CC, Neville BA, Landrum MB, ym. Evaluating claims-based indicators of the intensity of end-of-life cancer care. *Int J Qual Health Care* 2005;17:505–9.
26. El-Jawahri A, Greer JA, Pirl WF, ym. Effects of early integrated palliative care on caregivers of patients with lung and gastrointestinal cancer: a randomized clinical trial. *Oncologist* 2017;22:1528–34.
27. Triplett DP, LeBrett WG, Bryant AK, ym. Effect of palliative care on aggressiveness of end-of-life care among patients with advanced cancer. *J Oncol Pract* 2017;13:e760–9.
28. Jang RW, Krzyzanowska MK, Zimmermann C, ym. Palliative care and the aggressiveness of end-of-life care in patients with advanced pancreatic cancer. *J Natl Cancer Inst* 2015;107:dju424.
29. Penrod JD, Deb P, Dellenbaugh C, ym. Hospital-based palliative care consultation: effects on hospital cost. *J Palliat Med* 2010;13:973–9.
30. Kavalieratos D, Corbelli J, Zhang D, ym. Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2016;316:2104–14.
31. Rautakorpi L, Jyrkkö S, Löyttyniemi E, ym. End-of-life care among patients with pancreatic cancer with or without palliative intervention: a retrospective single-centre study. *Acta Oncol* 2021;60:106–11.
32. Finne-Soveri H, Malmila M, Kehusmaa S, ym. Palliativisen hoidon ja saattohoidon säädösmuutosten kustannusvaikutusten arviointi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2021.
33. Eychmüller S, Zwahlen S, Fliedner MC, ym. Single early palliative care intervention added to usual oncology care for patients with advanced cancer: a randomized controlled trial (SENS Trial). *Palliat Med* 2021;35:1108–17.
34. Groenvold M, Petersen MA, Damkier A, ym. Randomised clinical trial of early specialist palliative care plus standard care versus standard care alone in patients with advanced cancer: the Danish Palliative Care Trial. *Palliat Med* 2017;31:814–24.
35. Temel JS, Sloan J, Zemla T, ym. Multisite, randomized trial of early integrated palliative and oncology care in patients with advanced lung and gastrointestinal cancer: alliance A221303. *J Palliat Med* 2020;23:922–9.
36. Haltia O, Vesinurm M, Leskelä RL, ym. The effect of palliative outpatient units on resource use for cancer patients in Finland. *Acta Oncol* 2023;62:1118–23.
37. Tolppanen AM, Lamminmäki A, Lämsimies H, ym. Trends in end-of-life decisions among patients dying in a university hospital oncology ward after implantation of a palliative outpatient clinic. *Acta Oncol* 2022;61:881–7.
38. Hirvonen OM, Alalahti JE, Syrjänen KJ, ym. End-of-life decisions guiding the palliative care of cancer patients visiting emergency department in South Western Finland: a retrospective cohort study. *BMC Palliat Care* 2018;17:124–8.
39. Hui D, Mori M, Watanabe SM, ym. Referral criteria for outpatient specialty palliative cancer care: an international consensus. *Lancet Oncol* 2016;17:e552–9.
40. Mathews J, Hannon B, Zimmermann C. Models of integration of specialized palliative care with oncology. *Curr Treat Options Oncol* 2021;22:44.
41. Christakis NA, Lamont EB. Extent and determinants of error in doctors’ prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. *BMJ* 2000;320:469–72.
42. Glare P, Virik K, Jones M, ym. A systematic review of physicians’ survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ* 2003;327:195–8.
43. Hui D, Bruera E. Models of integration of oncology and palliative care. *Ann Palliat Med* 2015;4:89–98.
44. Buss MK, Rock LK, McCarthy EP. Understanding palliative care and hospice: a review for primary care providers. *Mayo Clin Proc* 2017;92:280–6.