

Tiina Saarto ja Juho Lehto

Palliativisen hoidon järjestäminen Suomessa

Palliativinen hoito yleistyy, sillä väestö ikääntyy ja kuolemaa edeltävät yhä useammin pitkälliset krooniset sairaudet. Varhain aloitettu palliativinen hoito parantaa potilaiden elämänlaatua, oireiden hallintaa ja hoitotyytyväisyyttä sekä samanaikaisesti vähentää akuuttia sairaanhoidon tarvetta elämän loppuvaiheessa. Palveluiden saatavuuden ja laadun parantamiseksi sosiaali- ja terveysministeriö antoi vuonna 2019 suosituksen palliativisen hoidon palveluiden portaittaisesta järjestämisestä perustason ja erityistason palveluihin. Yliopistosairaaloiden ja hyvinvointialueiden palliativiset keskuskeskukset tuottavat erityistason palvelut ja koordinoivat palliativisen hoidon palveluketjuja. Suositusten jälkeen palliativisen hoidon palveluiden valtakunnallinen saatavuus on merkittävästi parantunut, joskin puutteita vielä on. Palliativista lääketiedettä opetetaan jo kaikissa lääketieteellisissä tiedekunnissa, mutta lääkäreiden yliopistotasoinen erikoistumiskoulutus vielä puuttuu.

Elämme yhä vanhemmiksi ja kuolemme yhä useammin kroonisiin sairauksiin pitkällisen sairastamisen jälkeen, mikä on lisännyt palliativisen hoidon tarvetta (1). Palliativista hoitoa tarvitsee Euroopassa vuosittain arviolta 4,3 miljoonaa ihmistä, joista 1,8 miljoonaa sairastaa syöpää ja 2,5 miljoonaa muita kroonisia sairauksia, kuten sydämen, keuhkojen, munuaisten ja maksan vajaatoimintaa sekä eteneviä neurologisia sairauksia (2). Palliativinen hoito on kuitenkin edelleen vahvasti keskittynyt syöpäpotilaisiin. Tämä johtunee muiden sairauksien vaihtelevasta etenemisestä, palliativisen hoitotarpeen tunnistamattomuudesta ja hoitoketjujen puutteista. Suomessa on arvioitu noin 60 000 potilaan vuosittain tarvitsevan palliativista hoitoa, joka toinen elämän loppuvaiheessa ja joka toinen jo varhemmin (1). Heistä arviolta noin 30–50 % tarvitsee erikoistunutta palliativista hoitoa, vaikka tutkimustieto tästä puuttuu.

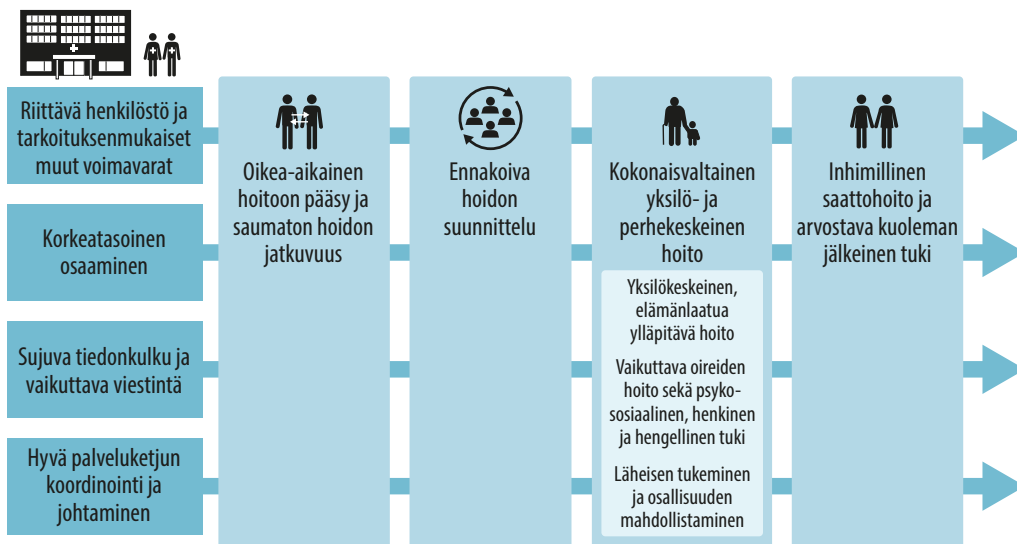
Palliativisella hoidolla autetaan pitämään yllä elämänlaatua ja turvataan arvokas kuolema niin, että yksilölliset tarpeet ja toiveet huomioidaan. Palliativinen hoito tulisi aloittaa jo varhain sairauden tai sen hoitojen heikentäessä potilaan tai läheisten elämänlaatua ja aiheuttaessa kärsimystä. Varhain aloitettu palliativinen hoito pa-

rantaa potilaiden elämänlaatua ja lisää hoitotyytyväisyyttä sekä vähentää akuuttisairanhoidon tarvetta elämän loppuvaiheessa suuntaamalla hoitoa palliativisiin palveluihin (3–9).

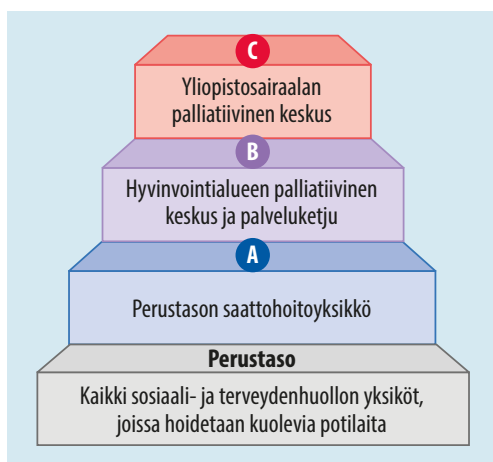
Palliativisen hoidon järjestämissuosituks

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) antoi vuonna 2019 suosituksen palliativisen hoidon palveluiden saatavuuden ja laadun parantamiseksi (10). Tämä perustui Euroopan neuvoston jäsenvaltioille antamaan suositukseen (11). Suosituksessa palliativinen hoito integroidaan vahvasti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään. Kaikki elämän loppuvaiheen hoitoa tarjoavat terveyden- ja sosiaalihuollon yksiköt muodostavat yhtenäiset hyvinvointialueiden palliativiset palveluketjut, joita koordinoivat yliopistosairaaloiden ja hyvinvointialueiden palliativiset keskuskeskukset.

STM:n järjestämissuosituksen täydentämiseksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) antoi vuonna 2022 kansalliset palliativisen hoidon osaamis- ja laatusuosituksot palvelujärjestelmälle (KUVA 1) (12). Samanaikaisesti palliativisen hoidon ja saattohoidon palveluiden säädök-



KUVA 1. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen laatusuosituksen mukaiset laatukriteerit (12).



KUVA 2. Palliatiivisen hoidon kolmiportainen malli (24).

siä vahvistettiin sisällyttämällä järjestämismalli STM:n yhtenäisiin kiireettömän hoidon perusteisiin sekä määrittelemällä yliopistosairaaloiden palliatiivisen hoidon tehtävät keskittämisesetuk- sessa (582/2017, 8/2021) (13,14).

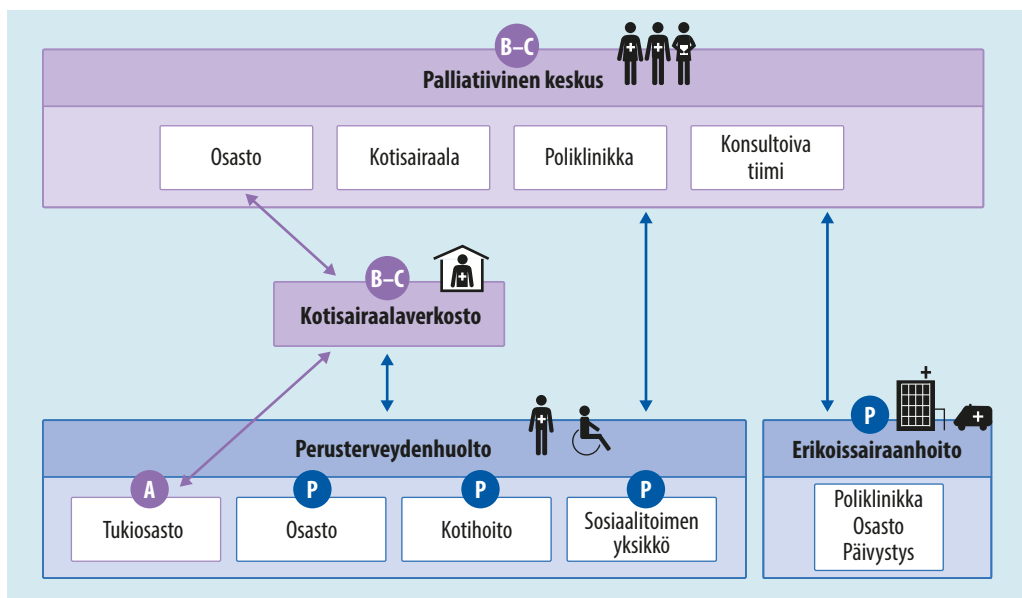
Palliatiivisen hoidon järjestämismalli

STM:n suosituksen mukaan palliatiivisen hoidon palvelut järjestetään portaittain tarvelähtöisesti. Resurssitarpeiden taustana käytettiin Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistyksen (European Association for Palliative Care,

EAPC) suosituksia palliatiivisen hoidon palveluiden saatavuudesta (15,16). Sen mukaan saattohoitovuodepaikkoja tulisi olla 8–10 ja kotisaattohoitoyksikkö (home palliative care team) 100 000 asukasta kohden sekä palliatiivinen konsultoiva tiimi isoimmissa sairaaloissa (noin 250 vuodepaikkaa).

Palliatiivisen hoidon portaittaisessa mallissa palvelut jaetaan perus- ja erityistasolle (**KUVA 2**). Perustasoa edustavat kaikki terveydenhuollon ja sosiaalitoimen yksiköt, joissa hoidetaan kuolevia potilaita. Perustason yksiköiden tehtävänä on huolehtia palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutuksesta potilaille, joiden oirekuva on vakaa sekä hoidon ja tuen tarve ennakoitavissa elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmalla. Perustasolla saattohoitoa voidaan keskittää saattohoitoon perehtyneisiin yksiköihin (A-taso), joissa palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa on kehitetty osana yksikön perustehtävää (**KUVA 2**).

Erityistasoa edustavat yliopistosairaaloiden (vaativa erityistaso C) ja hyvinvointialueiden (erityistaso B) palliatiiviset keskuskeskukset, joissa työskentelee moniammatillinen erityiskoulu- tettu henkilökunta. Palliatiiviset keskuskeskukset vastaavat hyvinvointialueiden palliatiivisen hoidon suunnitelmista ja palveluketjuista. Keskukset järjestävät hyvinvointialueiden palliatiivisen hoidon erityistason palvelut, kuten palliatiiviset



KUVA 3. Palliativinen keskus (24). P = perustaso, A = perustason saattohoitoyksikkö, B = hyvinvointialueen palliativinen keskus ja palveluketju, C = yliopistosairaalan palliativinen keskus

poliklinikat, kotisairaalaverkoston tukiosastoi-
neen, konsultaatiopalvelut ja erityistason pal-
liatiiviset osastot tai saattokodit (**KUVA 3**).

Yliopistollista sairaalaa ylläpitävillä hyvin-
vointialueilla ja HUS:illa on keskittämisesetuk-
seen perustuva velvoite huolehtia yhteistyö-
alueensa (YTA) vaativan palliativisen hoidon
ja saattohoidon tehtävistä, koordinoida pallia-
tiivisen hoidon palveluja YTA:lla sekä vastata
lasten ja nuorten palliativisen hoidon ja saat-
tohoidon toimintasuunnitelmista (582/2017)
(14). Yhteistyössä yliopistojen kanssa yliopis-
tosairaaloiden keskuksat vastaavat opetuksesta,
koulutuksesta ja tutkimuksesta. Hyvinvointi-
alueuudistuksen jälkeen yliopistosairaalaa yllä-
pitävät hyvinvointialueiden keskuksat vastaavat
sekä hyvinvointialueen (B) että yliopistosairaa-
loiden (C) tehtävistä.

Palliativisen hoidon palveluiden kehitys ja nykytila

STM:n vuonna 2018 toimeenpanema selvitys
toi esille merkittäviä puutteita palliativisessa
hoidossa ja saattohoidossa (17). Palliativisesta
hoidosta vastasivat valtaosin perustason yksi-
köt. Erityistason palveluita oli vähän, ja niiden
saatavuus vaihteli merkittävästi alueittain. Esi-

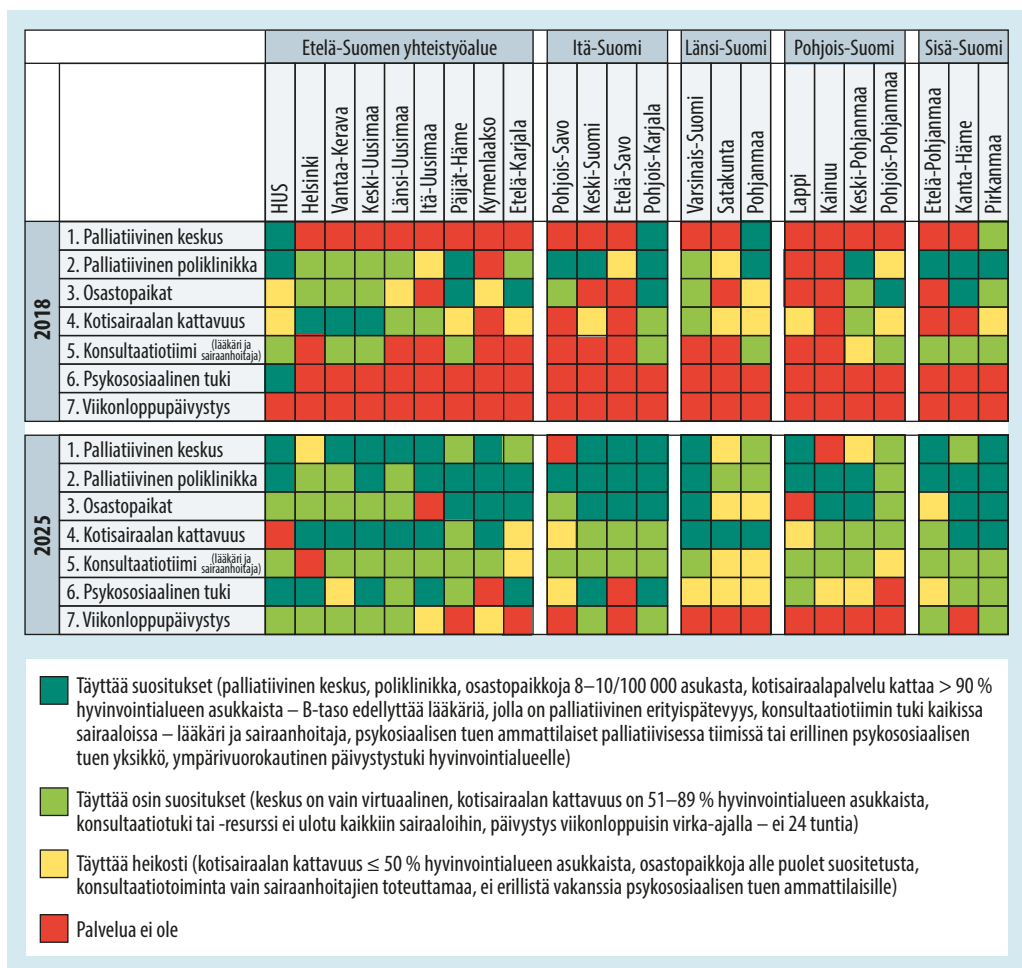
merkiksi palliativisten kotisairaaloiden katta-
vuus oli erityisvastuualueittain 12–91 %. Pal-
liatiivisia osastoja tai saattokoteja oli pääasiassa
vain suurissa kaupungeissa, ja ne painottuivat
Etelä-Suomeen. Alueellisesti kattavat palvelu-
ketjut valtaosin puuttuivat, eikä palveluiden
saanti ollut koordinoitua. Palliativisen hoidon
tuki sosiaalitoimen yksiköille vaihteli (**KUVA 4**).

STM myönsi vuosille 2021–2024 valtion-
avustuksen (FinPall-hanke) alueellisia palliatii-
visten hoidon palveluiden kehittämishankkeita
varten (18). Hanke oli vuoden 2018 jälkeen
tapahtuneen kehityksen kannalta keskeinen.

Palliativisen hoidon yksiköt

Vuodesta 2018 palliativisen hoidon erityista-
son yksiköiden määrä on yli kaksinkertaistu-
nut (**KUVAT 4 ja 5** sekä **TAULUKKO**). Palliativisen
hoidon erityistason palvelut jakautuvat tasa-
arvoisemmin, vaikka alueellisia eroja vielä on.
Haja-asutusalueilla pitkät etäisyydet ja pieni
väestömäärä vaikeuttavat edelleen erityistason
palveluiden järjestämistä.

Palliativisia keskuksia on perustettu lähes
kaikille hyvinvointialueille ja HUS:iin (18/23).
Ne ovat osoittautuneet toimivaksi tavaksi jär-
jestää hyvinvointialueiden palliativisen hoidon



KUVA 4. Erityistason palliatiivisen hoidon palveluiden saatavuuden kehitys Suomessa vuosina 2018–2025 (18).

ja saattohoidon palvelut. Keskusten organisoinnin ja resurssien tilanne tosin vielä vaihtelee. Parhaimmillaan palliatiivinen keskus on virallinen ja itsenäinen yksikkö organisaatiotarkenteessa (esimerkiksi vastuualue tai palveluyksikkö), johon kuuluvat kaikki alueen erityistason palvelut, ja keskuksella on oma johto ja henkilöstö. Osassa keskuksista palvelut on vielä hajautettu eri puolille organisaatiota ilman yhtenäistä johtoa, mikä vaikeuttaa toiminnan koordinoitua ja kehittämistä.

Moniammatillinen tiimityö palliatiivisissa keskuksissa on kehittynyt. Psykososiaalisen tuen erityisammattilaisia, kuten psykologeja, psykoterapeutteja, psykiatriasia sairaanhoitajia ja sairaalapappeja, on tullut palliatiivisten keskusten tiimeihin eritoten FinPall-hankkeen ai-

kana, mikä parantaa koko tiimin valmiuksia tukea potilasta ja läheisiä. Erityisenä kehittämis-kohteena ovat olleet lapsiperheet, joissa toinen vanhemmista on sairastunut vakavasti.

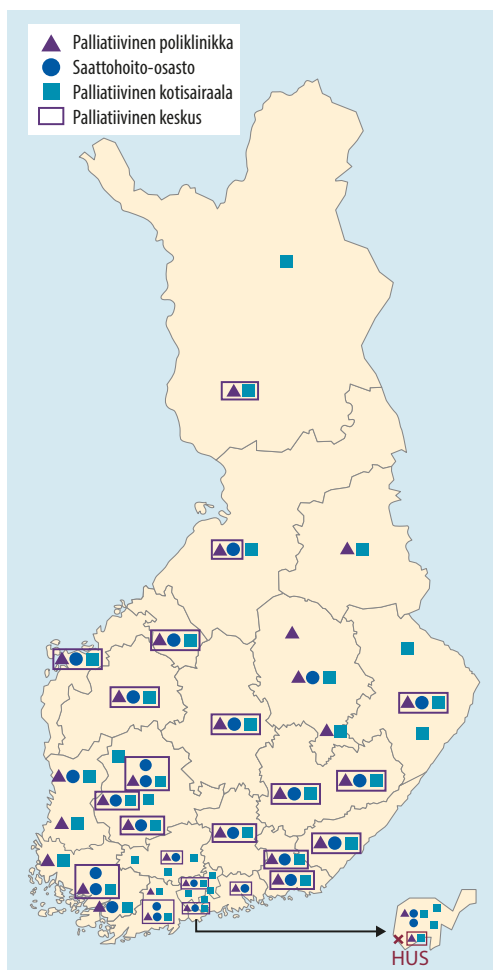
Kotisairaalat. Kotisairaalapalveluiden valtakunnallinen kattavuus on huomattavasti parantunut. Puolella hyvinvointialueista kotisairaalakattavuus on jo yli 90 % asukkaista, mutta se jää muutamalla hyvinvointialueella alle 50 %:n lähinnä haja-asutusalueiden takia. Verkostomaisen toiminta saman keskuksen sisällä on parantanut palveluiden ulottamista koko hyvinvointialueelle. Suuressa osassa kotisairaalapalveluista sairaanhoitajilla on valmius tehdä kotikäyntejä kaikkina vuorokauden aikoina, joskin paikoin yöaika aiheuttaa haasteita. Harvaan asutuilla alueilla osan kotiin vietävistä palveluista järjestävät

perustason toimijat erityistason konsultaatiotuen avulla. Tämä on sinänsä toimiva malli, joka kuitenkin edellyttää keskuksilta riittävän kattavaa kotisairaalan ja konsultaatiotuen järjestämistä.

Osastotoiminta. Erikoistuneita palliatiivisia osastoja on nykyään lähes kaikilla hyvinvointialueilla keskuskaupungeissa. Keskuskaupungeissa kotisairaaloiden tukiosastoina toimivat erikoistuneet palliatiiviset osastot tai saattokodit, mutta pienemmissä taajamissa ja haja-asutusalueilla tukiosastot ovat pääasiassa A-tasoa. Näiden perustason saattohoitoon perehtyneiden yksiköiden määrästä ja alueellisesta kattavuudesta sekä henkilöstön koulutustasosta ei ole tarkkoja tietoja. Tukiosastojen saavutavuus tulee kuitenkin turvata riittävän lähelle potilaiden kotia, jotta läheiset voivat osallistua potilaan saattohoitoon. Sairaalaverkoston karsiminen vaikeuttaa tämän toteutumista.

Poliklinikka ja konsultaatiotoiminta. Turvallinen palliatiivinen hoito perustason yksiköissä edellyttää jatkuvaa konsultaatiotukea. STM:n suositusten mukaan yliopistosairaaloiden ja hyvinvointialueiden palliatiivisten keskusten tulisi tarjota alueen lääkäreille ja erityistason palliatiivisen hoidon yksiköiden sairaanhoitajille konsultaatiotukea kaikkina vuorokauden aikoina. Ympäri vuorokautista päivystystukea ei vielä ole missään, mutta viime vuosina Etelä-Suomessa sekä osin Sisä- ja Itä-Suomessa on viikonloppuisin saatavilla palliatiivisen lääkärin puhelinkonsultaatiotukea.

Kotisairaaloiden yhteistyö sosiaalitoimen yksiköiden kanssa on viime vuosina lisääntynyt. Kotisairaalat osallistuvat vanhuspalveluyksiköiden saattohoitoon ja vastaavat eritoten lääkehoidosta. Kaikkialla tämä ei vielä ole systemaattista. Kotisairaaloiden yhteyteen on myös kehitetty toimintamalleja, joissa sairaanhoitaja jalkautuu akuuttitilanteissa vanhuspalveluyksiköihin (liikkuva sairaalamalli). Tämä on merkittävästi vähentänyt päivystykseen ohjausta, ja tarvittaessa syntyy myös yhteys palliatiiviseen kotisairaalaan. Yliopisto- ja keskussairaaloiden konsultoivat lääkäri- ja sairaanhoitajatiimit ovat yleistyneet. Konsultaatiotiimit osallistuvat sairaalan osastoilla tapahtuvaan saattohoitoon sekä auttavat palliatiivisessa hoidossa ja jatkohoidon suunnittelussa. Toiminnalla on myös



KUVA 5. Erityistason palliatiivisen hoidon palvelut Suomessa vuonna 2024 (18).

TAULUKKO. Erityistason palliatiivisen hoidon palveluiden saatavuuden kehitys vuosina 2018–2024. Osuus hyvinvointialueista, joilla palvelu on saatavilla.

Yksikkö	2018	2024
Palliatiivinen keskus	24 %	91 %
Poliklinikka	72 %	100 %
Osasto tai saattokoti	36 %	91 %
Kotisairaala	36 %	96 %
Konsultaatiotiimi	65 % ¹	87 % ²
Erikoistunut psykososiaalinen tuki	4 %	87 %
Palliatiivinen päivystys	0 %	48 %

¹Konsultaatiotoiminta poliklinikatoiminnan ohessa

²Konsultaatiotiimi

kouluttava ulottuvuus. Valtaosa suomalaisista kuolee kuitenkin pienempien perustason sairaaloiden osastoilla, joilla konsultaatiotoiminta on vielä vähäistä tai joilta se puuttuu.

Ydinasiat

- ▶ Palliatiivisen hoidon tarve kasvaa väestön vanhetessa ja kroonisten pitkäaikaisten sairauksien yleistyessä.
- ▶ Palliatiivisen hoidon erityistason palveluiden saatavuus on merkittävästi parantunut viiden viime vuoden aikana.
- ▶ Yliopistosairaaloiden ja hyvinvointialueiden palliatiiviset keskuskeskukset ja koordinoitujen palveluketjut ovat toimiva malli palliatiivisen hoidon palveluiden järjestämiseen.
- ▶ Edelleen harva potilas ohjataan kroonisen sairautensa loppuvaiheessa palliatiivisen hoidon piiriin.
- ▶ Varhain aloitettu palliatiivinen hoito vähentää akuuttisairaanhoidon tarvetta elämän loppuvaiheessa.

Lähes kaikissa keskus- ja yliopistosairaaloissa sekä joissakin muissa sairaaloissa on palliatiiviset poliklinikat, jotka tekevät yhteistyötä kotisairaaloitten kanssa, kotisairaalan tarjotessa poliklinikkapotilaille päivystysaikaan tukea.

Koulutus ja opetus

Perusopetus luo pohjan koko väestön palliatiiviselle hoidolle (19). Opetus- ja kulttuuriministeriön rahoittamassa EduPal-hankkeessa (vuosina 2018–2021) luotiin valtakunnalliset opetussuunnitelmasuosituksot lääkärien (3 opintopistettä) ja sairaanhoitajien perusopetukseen (20). Palliatiivinen hoito kirjattiin myös valmistuvan lääkärin valtakunnallisiin osaamistavoitteisiin vuonna 2020 (21). Vuonna 2018 Suomen viidestä lääketieteellisestä tiedekunnasta vain kahdessa oli palliatiivisen lääketieteen professuuri, nykyisin se on neljässä ja viidennessäkin toimii kliininen opettaja. Kaikissa lääketieteellisissä tiedekunnissa on pakollista opetusta palliatiivisesta hoidosta, joskin opetuksen laajuus vaihtelee. Kaikki opetushenkilöt ovat osa-aikaisia ja suurenevat kurssikoot aiheuttavat painetta palliatiivisen lääketieteen opetusresurssin lisäämiselle.

STM:n vuoden 2019 suosituksessa määriteltiin eri palliatiivisen hoidon tasoilla tarvittava koulutus (10). Perustaso nojaa perusopetukseen ja täydennyskoulutukseen, kun erityistasolla vaaditaan erikoistumiskoulutus. Lääkäreiden osalta tämä tarkoittaa nykyisin palliatiivisen lääketieteen erityis pätevyyttä, jonka on suorittanut noin 300 lääkärää. EduPal-hankkeessa sairaanhoitajille perustettiin palliatiivisen hoidon asiantuntijaerikoistumiskoulutus (ERKO), jonka on suorittanut yli 600 sairaanhoitajaa, ja ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon kliininen asiantuntijakoulutus. Palliatiiviseen hoitoon erikoistuneita sairaanhoitajia tarvitaan nykyistä selvästi enemmän, ja myös erityis pätevyuden suorittaneista lääkäreistä on monilla alueilla pulaa.

tiin eri palliatiivisen hoidon tasoilla tarvittava koulutus (10). Perustaso nojaa perusopetukseen ja täydennyskoulutukseen, kun erityistasolla vaaditaan erikoistumiskoulutus. Lääkäreiden osalta tämä tarkoittaa nykyisin palliatiivisen lääketieteen erityis pätevyyttä, jonka on suorittanut noin 300 lääkärää. EduPal-hankkeessa sairaanhoitajille perustettiin palliatiivisen hoidon asiantuntijaerikoistumiskoulutus (ERKO), jonka on suorittanut yli 600 sairaanhoitajaa, ja ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon kliininen asiantuntijakoulutus. Palliatiiviseen hoitoon erikoistuneita sairaanhoitajia tarvitaan nykyistä selvästi enemmän, ja myös erityis pätevyuden suorittaneista lääkäreistä on monilla alueilla pulaa.

Palliatiivisen hoidon saavutettavuus Suomessa

Viiden viime vuoden aikana palliatiivisen hoidon palvelujen saatavuus on parantunut merkittävästi. Edessä on silti paljon työtä, jotta kaikki palliatiivista hoitoa tarvitsevat saisivat tarvitsemansa tuen. Vuonna 2019 kroonisiin sairauksiin kuten syöpään, muihin elin vauriosairauksiin ja dementiaan kuolleista potilaista vielä harva sai palliatiivista hoitoa (16 %) (4). Heistä valtaosa oli syöpäpotilaita. Palliatiivinen hoito alkoi myös huomattavan myöhään, keskimäärin hie man yli kaksi kuukautta ennen kuolemaa.

Toisessa kotimaisessa selvityksessä kotisairaala yhteys luotiin keskimäärin vain kaksi viikkoa ennen kuolemaa (22). Kotisaattohoito oli harvinaista, tavallisimmin kuultiin sairaalassa (61 %) tai vanhushuoneiden piirissä (24 %). Kotikuolemia oli 15 %, joista vain pieni osa edustanee kotisaattohoitoa (4). On oletettavaa, että palliatiivisen hoidon rakenteiden parantua myös palliatiivista hoitoa saaneiden potilaiden määrä suurenee, mutta todennäköisesti vaje on edelleen merkittävä.

Akuuttisairaanhoidon palveluiden käyttö elämän loppuvaiheessa on yleistä. Viimeisen elinkuukauden aikana yli puolet syöpää, dementiaa ja muita kroonisia elin vauriosairauksia sairastavista potilaista käytti erikoissairaanhoidon palveluita ja hakeutui päivystyksen, mikä kiihtyi elämän loppuvaiheeseen (4). Kun viimeistään 30 päivää ja keskimäärin viisi kuu-

kautta ennen kuolemaa aloitetun palliatiivisen hoidon vaikutusta terveydenhoitopalvelujen käyttöön selvitettiin, sairaalahoitajaksoja erikoissairaanhoidossa ja päivystyspalveluiden tarvetta oli vähemmän ja palliatiivisen hoidon palveluiden käyttöä enemmän elämän viimeisen kuukauden aikana kuin niillä, joiden palliatiivinen hoito alkoi hyvin myöhään tai ei ollenkaan (kotisairaalahoito 37 % vs 3 % ja saattohoito palliatiivisella osastolla 16 % vs 2 %) (4).

Tulevaisuuden kehittämistarpeet

Palliatiivisen hoidon saatavuus on merkittävästi parantunut viime vuosina. Tuoreessa, vuonna 2025 tehdyssä eurooppalaisessa vertailussa Suomi sijoittuu kymmenenneksi erityistason palliatiivisten palveluiden saatavuudessa (23). Palliatiiviset keskuskeskukset ovat osoittautuneet toimivaksi tavaksi järjestää erityistason palvelut ja konsultaatiotuki sekä vastata koko palliatiivisesta hoitoketjusta hyvinvointialueilla.

Lisäpanostusta tarvitaan konsultaatiotarjontaan perustason terveydenhuollon ja sosiaalitoimen yksiköihin, sillä tulevaisuudessakin suurin osa elämän loppuvaiheen potilaista hoidetaan niissä. Myös kotisairaalaverkostoa ja tukiosastotoimintaa tule vahvistaa, jotta osaava palliatiivinen hoito voidaan turvata potilaan kotipaikkakunnalla.

Yksin asuvien määrän lisääntyessä ja vaikean sairausvaiheen pitkittyessä on haettava pidempiaikaisen palliatiivisen hoidon ratkaisuja myös kodin ulkopuolella. Ympärivuorokautisen hoidon yksiköt hoitavat jo nyt muistisairauksiin kuolevia. Helsingin palliatiivisessa palveluketjussa on kehitetty toimintamalli, jossa ympärivuorokautisen hoidon yksikköön on sijoitettu A-tason palliatiivinen yksikkö niin, että suurempi sairaanhoitajamitoitus ja lääkärin saatavuus on huomioitu. Tällainen toimintamalli voi mahdollistaa myös syöpään tai muuhun krooniseen sairauteen kuolevan potilaan pittempiaikaisen perustason palliatiivisen hoidon varsinaisen sairaalaosaston ulkopuolella.

Vaikka palvelut ovat vahvistuneet, edelleen vain pieni osa palliatiivista hoitoa tarvitsevista potilaista pääsee hoidon piiriin. Palliatiivisten palveluiden saatavuutta kaikille sitä tarvitsevil-

le tulee parantaa niin, että myös muut potilasryhmät kuin syöpäpotilaat huomioidaan. Hoitoonohjausta tulee varhentaa, jotta tuki pitkälle edenneen sairauden kanssa turvataan ja elämän loppuvaiheen hoidon järjestämiselle jää aikaa.

Palliatiivisen lääketieteen erityispätevyyskoulutus on käymässä riittämättömäksi nykyisen palvelujärjestelmän ja erikoistuneen palliatiivisen hoidon osaamistavoitteiden kannalta. Tuoreessa selvityksessä 21:ssä 56:sta Euroopan maasta on palliatiivisen lääketieteen erikoisala tai niin sanottu suppea erikoisala (23). Suomessa erikoisalan puute haittaa alan kehitystä, joten lääkäreiden erikoistumiskoulutus tulisi saada yliopistojen vastuulle.

Palveluiden saattaminen alueellisesti yhdenvertaisiksi resursseista huolehtimalla on hyvinvointialueiden ja HUS:n vastuulla, mutta taloudelliset haasteet voivat uhata kehitystä. Siksi tarvitaan myös valtion ohjausta ja säädösten selkiyttämistä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisen ja saatavuuden varmistamiseksi, kuten nykyiseen hallitusohjelmaan on kirjattu.

Lopuksi

Viime vuosien palliatiivisen hoidon palvelujärjestelmän ja opetuksen merkittävä kehitystyö on nostanut Suomen Euroopan kehittyneiden maiden joukkoon. Palliatiiviset keskuskeskukset, kotisairaalakattavuus ja koordinoitut palveluketjut ovat parantaneet palveluiden saatavuutta. Tästä huolimatta merkittävä osa kansalaisista jää vaille tarvitsemaansa palliatiivista hoitoa puutteellisen ohjautumisen tai alueellisen saatavuuden vuoksi. Jotta palliatiivisen hoidon kehitys voidaan turvata tulevaisuudessa, tarvitaan valtion ohjausta, säädökset oikeudesta palliatiiviseen hoitoon, laaturekisteri hoidon seuraamiseksi ja alan erikoistumiskoulutuksen uudistus.

Etenkin muiden potilasryhmien kuin syöpäpotilaiden palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisessa on edelleen merkittäviä haasteita. Vain pieni osa palliatiivista hoitoa tarvitsevista potilaista ohjautuu hoidon piiriin. Varhaisen yhteistyön käynnistäminen palliatiivisten keskustusten sekä eri toimijoiden ja erikoisalojen kanssa mahdollistaa hyvän elämän vaikean sairauden kanssa ja säästää yhteiskunnan resursseja. ■

KIRJALLISUUTTA

1. WHO Global atlas of palliative care at the end of life. Lontoo: Worldwide hospice palliative care alliance 2020.
2. Knaut FM, Arreola-Ornelas H, Kwete XJ, ym. The evolution of serious health-related suffering from 1990 to 2021: an update to The Lancet Commission on global access to palliative care and pain relief. *Lancet Glob Health* 2025;13:e422–36.
3. 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.
4. Ahiluoto S, Carpen TP, Forsius PT, ym. Impact of specialist palliative care on utilization of healthcare and social services at the end-of-life: a nationwide register-based cohort study. *Eur J Public Health* 2025;35:828–34.
5. 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.
6. Seow H, Barbera LC, McGrail K, ym. Effect of early palliative care on end-of-life health care costs: a population-based, propensity score-matched cohort study. *JCO Oncol Pract* 2012;18:e183–92.
7. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, ym. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomized controlled trial. *Lancet* 2014;383:1721–30.
8. Haun MW, Estel S, Rucker G, ym. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;6:CD011129.
9. 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.

10. Saarto T, Finne-Soveri H. Suositus palliativisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Palliativisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. STM raportteja ja muistioita 2019:68. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö 2019.
11. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member state on the organization of palliative care. Council of Europe 2003.
12. Saarto T, Lyytikäinen M, Ahiluoto S, ym. Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. THL Ohjaus 4/2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022.
13. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:2. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2019. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4036-9>.
14. Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä [582/2017, 8/2021]. www.finlex.fi.
15. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part Recommendations from the European Association for Palliative Care. *Eur J Palliat Care* 2019;16:278–89.
16. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *Eur J Palliat Care* 2010;17:22–33.
17. Saarto T. Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Palliativisen hoidon ja saattohoidon tila

Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:14. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.

18. Forsius P, Hammar T. Palliativisen hoidon palveluiden tuottaminen ja laadun parantaminen -ohjelma (FinPall). Hankkeen loppuraportti palliativisen hoidon kehittämisestä vuosina 2021–2024. THL Raportti 4/2025. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2025.
19. Merenmies J, Jääskeläinen J, Kortekangas-Savolainen O, ym. Valmistuvan lääkärin osaamistavoitteet. Helsinki: Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta 2020. www.helsinki.fi/fi/laaketieteellinen-tiedekunta/opiskelu-ja-opetus/valmistuvan-laakarin-osaamistavoitteet.
20. Lehto J, Saarto T, Hirvonen O, ym. Palliativisen lääketieteen perusopetus: Suositus opetus suunnitelmasta yliopistojen lääketieteellisissä tiedekunnissa. Tampereen yliopisto 2020.
21. Hökkä M, Lehto J, Joutsia K, ym. Palliativisen hoidon ja saattohoidon osaaminen sairaanhoitajan tutkinnossa – Suositus palliativisen hoidon ja saattohoidon opetus suunnitelmasta. Kajaanin Ammattikorkeakoulu Oy 2020. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-7219-56-0>.
22. Ohvanainen A, Niemi-Murula L, Elonheimo O, ym. Hospital-at-home network in Finland. *Int J Healthc Man* 2021;14:1–7.
23. Garralda E, Tripodoro VA, Ling J, ym. EAPC atlas of palliative care in the European Region 2025. Vilvoorde: European Association for Palliative Care 2025.
24. Saarto T, Jämsen E, Lehto J, ym. Palliativinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2025.

TIINA SAARTO, palliativisen lääketieteen professori, osastonylilääkäri
Helsingin yliopisto ja HUS

JUHO LEHTO, palliativisen lääketieteen professori, ylilääkäri
Tampereen yliopisto ja Pirkanmaan hyvinvointialue, Tays

VASTUUTOIMITTAJA
Perttu Lindsberg

SIDONNAISUUKSET

Tiina Saarto: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Boehringer Ingelheim Finland), luottamustoimet (Suomen palliativisen lääketieteen yhdistys, Suomen palliativisen hoidon ja lääketieteen tutkimusverkosto ry, Palliativisen lääketieteen erityispätevyystoimikunta)

Juho Lehto: Luottamustoimet (Palliativisen lääketieteen erityispätevyystoimikunnan puheenjohtaja, UEMS Multidisciplinary Joint Committee on Palliative Medicine jäsen, Syöpäpotilaiden hoitokotisaatiön hallituksen jäsen), hankkeet (projektipäällikkö STM:n Palliativisen hoidon palveluiden tuottaminen ja laadun parantaminen -ohjelmassa 2021–2024 (FinPall))