

Maija Tarkkanen, Kristiina Tyynelä-Korhonen ja Sirkku Jyrkkö

## Parantumattoman syövän lääkehoito elämän loppuvaiheessa – hyötyä vai haittaa?

Edennyttä, parantumattomaa syöpää sairastavan potilaan viimeisen linjan syöpälääkitys on usein heikko- tehoista ja voi huonontaa potilaan elämänlaatua. Potilaiden odotukset ja käsitykset syövän lääkehoidon tehosta voivat olla epärealistisia. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan tietoa ja erityisen hyviä vuorovaikutustaitoja hoitojen hyötyjen ja haittojen sanoittamisessa. Elämän rajallisuuden ja eksistentiaalisen hädän hyväksyminen sekä niiden kanssa toimeen tuleminen on tärkeää ammattilaisille ja potilaille. Valitettavasti potilaan ennustetta arvioivat työkalut eivät ole juurtuneet kliniseen käyttöön. Syövän lääkehoito voi olla parantumattomasti sairaalle potilaalle arvokas toivon lähde, mutta ainoana toivon lähteenä sen ei tule toimia. Hyvän oireenmukaisen hoidon merkityksen korostaminen on tärkeää hoitoneuvotteluissa.

**P**arantumattoman syövän lääkehoidon tavoite on pidentää potilaan elinaikaa ja pienentää hänen tautitaakkaansa. Näin pyritään vähentämään syövästä aiheutuvia oireita sekä parantamaan potilaan elämänlaatua. Lääkehoitojen käyttö kulkee linjoittain. Ensimmäisen ja toisen linjan lääkehoidoista on käytettävissä eniten tutkimustietoa, ja niiden hoitovasteet ovat usein hyviä. Ensimmäisen linjan hoidoksi aloitetaan tehokkaimmaksi arvioitu hoito. Seuraavaan linjaan siirrytään, kun tauti etenee hoidosta huolimatta tai kehittyvät vaikeita haittavaikutuksia.

Myöhempien linjojen lääkehoidoista on vähemmän näyttöä, ja mitä myöhäisemmässä vaiheessa potilas hoitoa saa, sitä heikommin se usein tehoaa. Levinnyttä paksu- tai peräsuolisyöpää sairastavat potilaat elivät satunnaistettujen kolmannen vaiheen tutkimusten perusteella lähes kolme vuotta saadessaan ensilinjan lääkehoitoa. Kuvantamalla todetun hoitovasteen sai 50–70 % potilaista (1). Näillä potilailla keskimääräinen elinaika on viimeisen linjan lääkehoidon tutkimuksissa ollut noin 6–7 kuukauden pituinen, ja osittaisen, kuvantamalla todettavan hoitovasteen on saanut vain muutama

prosentti potilaista (1). Jos levinnyttä paksu- tai peräsuolisyöpää sairastavat potilaat eivät saa syöpään vaikuttavaa lääkehoitoa, he elävät keskimäärin 2–6 kuukautta (2,3).

Yhdysvaltalaisen ASCOn (American Society of Clinical Oncology) ja ABIM-säätiön (American Board of Internal Medicine) Choosing wisely -julkaisu nosti loppuvaiheen syövän lääkehoidot valokeilaan vuonna 2012 (4). Julkaisussa kannustettiin pidättäytymään levinneitä kiinteitä kasvaimia sairastavien potilaiden lääkehoidosta, jos potilaan suorituskykyluokka oli 3–4 (TAULUKKO 1), hän ei ollut hyötynyt aiemmista näyttöön perustuneista hoidoista, osallistuminen kliniseen hoitotutkimukseen ei ollut mahdollista eikä ollut vahvaa tieteellistä näyttöä siitä, että syövän lääkehoito hyödyttäisi häntä (5).

Jos potilaan yleistila ja suorituskyky ovat vielä hyvät, voi viimeisen linjan lääkehoidon käynnistäminen tuntua potilaasta, omaisista ja hoitavasta lääkäristä järkevältä. Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan viimeisen linjan lääkehoito huononsi kuitenkin juuri suorituskykyluokan 1 potilaiden elämänlaatua (6). Jos suorituskykyluokka oli lähtötilanteessa 2–3, ei

**TAULUKKO 1.** Eastern Cooperative Oncology Groupin (ECOG) suoritus- tai toimintakykyluokitus (5).

| Luokka | Määritelmä   |
|--------|--|
| 0      | Kykenee normaaliin toimintaan. Suoriutuu kaikista ennen sairautta tekemistään toimista ilman rajoituksia |
| 1      | Ei suoriudu raskaasta fyysisestä rasituksesta mutta on omatoiminen ja kykenee kevyeen työhön             |
| 2      | On omatoiminen muttei pysty kevyeen työhön. Tarvitsee vuodelepoa vähemmän kuin 50 % päiväajasta          |
| 3      | On vain osittain omatoiminen. Tarvitsee vuodelepoa enemmän kuin 50 % päiväajasta                         |
| 4      | On täysin toimintakyvytön. Ei pysty huolehtimaan itsestään. Vuodepotilas                                 |
| 5      | Kuollut  |

lääkehoito sitä muuttanut. Kyseessä oli pitkätaistutkimus, jossa selvitettiin loppuvaiheen syöpää sairastavien 158 potilaan solunsalpaajahoitoja, suorituskykyluokkaa ja elämänlaatua. Lääkehoito ei vaikuttanut kokonaiselinaikaan.

Lähellä kuolemaa annettu syövän lääkehoito lisää riskiä siihen, että potilas kuolee sairaalajaksolla eikä esimerkiksi kotisairaalahoidossa tai saattohoito-osastolla. Hollantilaisessa yli 1300 parantumatonta keuhkosyöpää sairastavan potilaan tutkimuksessa sairaalajaksolla kuoli 18 % koko aineiston potilaista (7). Kun potilaat saivat solunsalpaajia tai tyrosiini-naasin estäjiä yhden kuukauden sisällä ennen kuolemaansa, sairaalassa kuolleiden osuus oli suurempi (42 % ja 25 %).

## Lähellä kuolemaa annettavan syöpälääkityksen yleisyys

Ranskan kansalliseen sairaala-aineistoon vuosilta 2010–2013 sisällytettiin vähintään 20-vuotiaat edennyttä kiinteätä kasvainta sairastavat potilaat ja heidän kolmen kuukauden sisällä ennen kuolemaansa saamansa solunsalpaajahoidot (8). Vajaan 300 000 potilaan aineistossa lähes 20 % sai solunsalpaajia viimeisen elinkuukautensa aikana ja 11 % viimeisen kahden viikon aikana. Yliopistollisissa sairaaloissa hoidettujen potilaiden loppuvaiheen lääkehoidon

todennäköisyys oli pienempi kuin taloudellista hyötyä tavoittelevissa sairaaloissa tai comprehensive cancer center -statuksen sairaaloissa hoidettujen. Hyvin suurissa sairaaloissa tai niissä sairaaloissa, joissa ei ollut palliatiivisen hoidon yksikköä, potilaat saivat useammin elämänsä loppuvaiheessa solunsalpaajia.

**Suomen tilanne.** Valtakunnallista kattavaa tutkimusta Suomen tilanteesta ei ole tehty. Yliopistosairaaloiden syöpää hoitavien yksiköiden benchmarking-tutkimuksessa kartoitetaan syöpäpotilaille polikliinisesti ja vuodeosastoilla annetut hoidot suhteessa kuolemaan. Tähän aineistoon sekoittuvat kuitenkin liitännäishoitoa saavat potilaat, joiden hoidon tavoitteena on pysyvä parantuminen, sekä oireenmukaiseen hoitoon siirretyt. Tietoa keskussairaloissa tai yksityissektorilla lähellä kuolemaa annetuista hoidoista taikka lääkemääräyksellä kotona toteutuvista hoidoista ei ole (Riikka-Leena Leskelä, henkilökohtainen tiedonanto).

Turun yliopistollisessa keskussairaalassa vuosina 2005–2013 kahden viimeisen elinviikon aikana suoneen annettavaa syövän lääkehoitoa sai 7 % potilaista (9). Alle 50-vuotiaista joka kolmas sai lääkehoitoa viimeisen elinkuukautensa aikana, mutta yli 80-vuotiaista vain joka kymmenes. Hematologista syöpää tai lymfoomia sairastavat potilaat saivat muita syöpiä sairastaviin nähden herkemmin lääkehoitoa lähellä kuolemaa. Tutkimuksen ajanjaksolla hoitokäytäntö pysyi samanlaisena. Muutosta siihen suuntaan, että yhä useampi potilaista saisi lääkehoitoa lähellä kuolemaansa, ei havaittu. Edennyttä rintasyöpää 1990-luvulla Suomessa sairastaneista potilaista joka viides sai solunsalpaajahoitoa ja jopa 64 % endokriinista hoitoa viimeisen elinkuukautensa aikana (10).

## Miksi syöpää lääkitään kuoleman lähellä?

Tutkimusten mukaan potilaat ovat valmiita lääkehoitoon, vaikka oletettu hyöty jää todennäköisesti hyvin pieneksi. Levinyttä syöpää sairastavien odotukset hoidosta vaikuttavat epärealistisilta, sillä jopa joka kolmas odottaa paranevansa hoidolla ja yli puolet odottaa, että elinaika pitenee (11). Tasapainoilu potilaiden

**TAULUKKO 2.** Karnofskyn suoritus- tai toimintakykyluokitus (12).

| Luokka (%) | Määritelmä   |
|------------|--|
| 100        | Normaali yleistila, oireeton   |
| 90         | Kykenee normaaliin toimintaan, vähäisiä oireita tai löydöksiä          |
| 80         | Normaali toiminta onnistuu ponnistellen                                |
| 70         | Ei kykene normaaliin toimintaan eikä työhön, huolehtii itsestään       |
| 60         | Tarvitsee ajoittain apua, kykenee huolehtimaan useimmista tarpeistaan  |
| 50         | Tarvitsee huomattavasti apua ja lääketieteellistä hoitoa               |
| 40         | Kykenemätön huolehtimaan itsestään, tarvitsee erityistä hoitoa ja apua |
| 30         | Vakavasti sairas, sairaalahoito aiheellista                            |
| 20         | Hyvin sairas, sairaalahoito ja aktiivinen tukihoido välttämätöntä      |
| 10         | Kuoleva potilas  |
| 0          | Kuollut  |

hoidoille asettamien toiveiden ja odotusten sekä hoitojen todellisten vaikutusten välillä on vaativaa.

Lääkärin voi olla vaikeaa arvioida pitkälle edennyttä syöpää sairastavan potilaan vointia tai suorituskykyä (**TAULUKOT 1 ja 2**) (5,12). Potilas voi vähätellä oireitaan ja kuvata vointinsa sekä suorituskykynsä todellista paremmaksi pelätessään, että syöpään kohdistuvia lääkehoitoja ei enää käytettäisi. Potilaan ja lääkärin kohtaamiseen liittyvä kiire voi johtaa siihen, että potilaan tilanteeseen ei ehditä paneutumaan perinpohjaisesti. Lääkäreiden vaihtuvuus vaikeuttaa tilannetta entisestään. Edennyttä syöpää sairastavan potilaan hoidossa sekä lääkärin että hoitohenkilökunnan mahdollisimman vähäinen vaihtuminen on eduksi.

Edennyttä syöpää sairastavan potilaan elinajan arviointi on vaikea tehtävä kokeneellekin lääkärille, ja tutkimusten mukaan lääkärit arvioivat elinajan odotteen yleensä todellista pitemmäksi. Lääkärin arvio elinajan odotteesta osui oikeaan joka kolmannen potilaan osalta ja liian pitkää elinaikaa ennustettiin 45 %:lle (13).

Sekä potilaan että lääkärin voi olla vaikeaa ottaa lähestyvää kuolemaa puheeksi. Lääkärei-

den vuorovaikutustaitoihin ei ole kiinnitetty koulutuksessa aina riittävästi huomiota. Työyhteisöistä voi puuttua kyky keskustella avoimesti elämän ja lääketieteen mahdollisuuksien rajallisuudesta. Potilaan osuutta oman tilanteensa asiantuntijana ei aina osata arvostaa, vaan hoitosuunnitelmaa laaditaan enemmän protokollan mukaan kuin aidossa vuorovaikutuksessa potilaan ja hänen läheistensä kanssa.

## Miksi lähestyvää kuolemaa ei tunnisteta?

Potilaan elinajan odotteen arviointiin on laadittu erilaisia pisteystyökaluja, joista yksikään ei ole juurtunut kunnolla kliiniseen käyttöön (14–16). Syynä lienee etenkin niiden käytön työläys. Esimerkkejä on kuvattu **TAULUKOSSA 3** (12–14). Lääkäreiden ammatillinen koulutus tähtää yleensä erilaisten hoitojen ja niiden perusteiden omaksumiseen. Elämän rajallisuuteen ja vuorovaikutukseen liittyvää koulutusta on tarjolla vähän, eivätkä kaikki koe niitä edes tarpeellisiksi.

Syövän lääkehoitoa toteuttava lääkäri ei välttämättä jatka potilaan hoitamista, kun on siirtynyt oireenmukaisen hoitolinjan vaiheeseen. Tällöin lääkärille ei kerry kokemusta ja oppia siitä, miten taudit etenevät ja millainen potilaiden elämänkaari on oireenmukaisessa hoidossa. Isoissa sairaaloissa polikliinistä työtä tekevä lääkäri ei kohtaa vuodeosastolle hoidon haitan tai syövän etenemisen vuoksi päätyvää potilastaan eikä saa palautetta käynnistämästään hoidosta tai potilaan jatkoennusteesta. Jos lääkäri ei ole potilasta aiemmin tavannut, voi arvion tekeminen olla vaikeampaa kuin pitkässä potilas-lääkärisuhteessa. Pitkässä potilas-lääkärisuhteessa hoitava lääkäri voi toki sokeutuakin potilaan tilanteelle. Tällöin hoitosuunnitelmas- ta keskusteleminen moniammatillisessa hoitokokouksessa voi olla järkevää.

Vuorovaikutustaitoja voi oppia ja vuorovaikutuskoulutuksen sisällyttäminen osaksi lääkärin perusopetusta ja erikoislääkärin tutkintoa on tarpeellista. Inhimillisen elämänkaaren ymmärtäminen ja erilaisissa elämäntilanteissa olevien ihmisten kohtaamisen taito kuuluvat lääkärin perustyökaluihin.

**TAULUKKO 3.** Esimerkkejä työkaluista elinajan odotteen arviointiin pisteytyksineen (12–14).

| Palliative Prognostic Index (12)   | Palliative Prognostic Score (13)  | Glasgow Prognostic Score (14)   |
|--|---|---|
| Suorituskyky <sup>1</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0–2 → 0</li> <li>• 3 → 2,5</li> <li>• 4 → 4</li> </ul>  | Lääkärin arvio elinajasta viikkoina <ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt; 12 → 0</li> <li>• 11–12 → 2</li> <li>• 7–10 → 2,5</li> <li>• 5–6 → 4,5</li> <li>• 3–4 → 6</li> <li>• 1–2 → 8</li> </ul> | CRP-pitoisuus > 10 mg/ml<br>Albumiinipitoisuus < 35 g/l <ul style="list-style-type: none"> <li>• Molemmat → 2</li> <li>• Toinen → 1</li> <li>• Ei kumpaakaan → 0</li> </ul>         |
| Kykeneekö ottamaan ravintoa suun kautta <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normaalisti → 0</li> <li>• Vähemmän kuin aiemmin mutta enemmän kuin yhden suullisen → 1</li> <li>• Vähemmän kuin yhden suullisen → 2,5</li> </ul> | Suorituskyky <sup>2</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ≥ 30 % → 0</li> <li>• 10–20 % → 2,5</li> </ul>   |   |
| Turvotus <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ei → 0</li> <li>• Kyllä → 1</li> </ul>   | Anoreksia <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ei → 0</li> <li>• Kyllä → 1,5</li> </ul>   |   |
| Hengenahdistus <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ei → 0</li> <li>• Levossa → 3,5</li> </ul>   | Hengenahdistus <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ei → 0</li> <li>• Kyllä → 1</li> </ul>  |   |
| Delirium <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ei → 0</li> <li>• Kyllä → 4</li> </ul>   | Leukosyyttimäärä (x 10 <sup>9</sup> /l) <ul style="list-style-type: none"> <li>• ≤ 8,5 → 0</li> <li>• 8,6–11 → 0,5</li> <li>• &gt; 11 → 1,5</li> </ul>  |   |
|  | Lymfosyyttien osuus (% leukosyyteistä) <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20–40 % → 0</li> <li>• 12–19,9 % → 1</li> <li>• &lt; 12 % → 2,5</li> </ul>  |   |
| Yhteispistemäärä ja keskimääräinen elinajan odote <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0–4 → &gt; 42 vrk</li> <li>• 4,5–6 → &lt; 42 vrk</li> <li>• &gt; 6 → &lt; 21 vrk</li> </ul>   | Yhteispistemäärä ja todennäköisyys elää 30 vrk <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0–5,5 → &gt; 70 %</li> <li>• 5,6–11 → 30–70 %</li> <li>• 11,1–17,5 → &lt; 30 %</li> </ul>                         | Yhteispistemäärä ja elinajan odotteen mediaani oireenmukaisessa hoidossa <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 → 58 vrk</li> <li>• 1 → 43 vrk</li> <li>• 2 → 21 vrk</li> </ul> |

<sup>1</sup> Suorituskyky ECOG-luokituksen (0–5) mukaan (TAULUKKO 1)

<sup>2</sup> Suorituskyky Karnofskyn mukaan (0–100 %) (TAULUKKO 2)

## Keille potilaista lääkehoitoa kuoleman lähellä?

Parantumattomasti sairaita potilaita hoidettaessa lienee perusteltavissa, että osa heistä saa viimeisinä elinviikkoinaan lääkehoitoa, jonka tavoitteena on jarruttaa taudin etenemistä. Vakavasti sairastuneen potilaan lääkehoito viimeisten elinviikkojen aikana voi olla tarpeen, jos sairastuminen on ollut äkillistä, taudinkulku nopea ja osan potilaista odotetaan saavan vasteen lääkehoitoon – kuten esimerkiksi akuuttien hematologisten syöpien yhteydessä. Myös potilaan ikä tai perhetilanne voi joskus johtaa hoitoyritykseen, vaikka syövän tilanne on vaikea.

Kansainvälistä, yleisesti sovittua suositusta viimeisinä elinviikkoinaan lääkehoitoa saavien

potilaiden määrästä ei ole. Yhdysvalloissa tehdyn selvityksen mukaan niiden hoitoyksiköiden, joiden potilaista alle 10 % sai lääkehoidon kahden viimeisen viikon aikana, katsottiin noudattavan kohtuullisia hoitokäytäntöjä (17). Suomalainen hoitokäytäntö vaikuttaa siis kansainvälisesti vertailukelpoiselta.

## Turhan lääkehoidon välttäminen kuoleman lähellä

Palliativinen hoito pitäisi integroida varhaisessa vaiheessa osaksi syöpäpotilaan hoitoa, vaikka syöpään vaikuttava hoito jatkuu (18). Satunnaistetussa tutkimuksessa on osoitettu, että varhainen palliativisen hoidon interventio parantaa syöpää sairastavien potilaiden

## Ydinasiat

- ▶ Parantumattomasti syöpää sairastavalla potilaalla syövän lääkehoito ei saa olla ainoa toivon lähde
- ▶ Varhainen palliatiivisen hoidon integraatio hyödyttäisi kaikkia edennyttä syöpää sairastavia potilaita
- ▶ Elämän loppuvaiheen lähestyessä pitäisi erityisesti kiinnittää huomiota elämänlaatuun

elämänlaatua enemmän kuin jos palliatiivista hoitoa tarjotaan vasta oireiden lisääntyessä (19). Vaikka joissakin tutkimuksissa varhainen palliatiivinen integraatio on pidentänyt potilaiden elinkaarta standardihoitoon nähden, Cochrane-katsauksen mukaan tämä on vielä epävarmaa (20). Elämänlaatuun ja oireiden hallintaan varhainen palliatiivinen integraatio vaikuttaa suotuisasti (20).

On suositeltavaa, että potilas, jolla on aggressiivisesti etenevä syöpä ja vaikeita oireita (esimerkiksi levinyttä haimasyöpää sairastava potilas) ohjataan jo hoitopolun alkupäässä palliatiiviseen hoitoon. Tällöin syöpään vaikuttava lääkehoito ja palliatiivinen hoito toteutuvat rinnakkain. Potilaat pitäisi ohjata palliatiivisen hoidon piiriin silloinkin, kun käynnistetään viimeiseksi oletettu syövän lääkehoitolinja (Tiina Saarto, henkilökohtainen tiedonanto).

Varhainen palliatiivisen hoidon integraatio vähentää kuoleman läheisyydessä annettuja lääkehoitoja (21). Valitettavasti palliatiivisen hoidot niukat resurssit rajoittavat varhaisen integraation toteuttamista Suomessa. Näkemys siitä, että aggressiivista syöpää sairastavat potilaat tulisi ohjata varhaiseen palliatiivisen hoidon integraatioon, on yhteinen koko Suomelle.

Potilaiden ja omaisten informoinnin merkitys lisääntyy. Lääkäreiltä vaaditaan hyviä vuorovaikutustaitoja ja kykyä sanoittaa hoitojen mahdollinen teho. Potilaan kannalta on varmasti merkittävää, puhutaanko yleisesti tasolla ”voit hyötyä tästä hoidosta” vai kerrotaanko,

että ”tutkimustietoa on rajallisesti, hoidon teho voi olla vähäinen, haittavaikutuksia saattaa aiheutua eikä merkittävää vaikutusta kokonaiselinaikaan voida luvata”.

Vuorovaikutuksessa pitäisi edetä potilaan ehdoilla eli arvioida, mitä asioita potilas on valmis kuulemaan ja miten paljon aikaa potilas tarvitsee niiden sulatteluun. Usein on syytä kerata tutkimustuloksien löydöksiä ja aiempien hoitojen vaiheita sekä antaa potilaalle aikaa kysymysten tekoon. Erityisen tärkeää olisi kuulla, mitä toiveita potilaalla itsellään on elämän loppuvaiheen hoidosta ja keskustella mahdollisista peloista, joita hän kokee. Tärkeää on antaa tilaa potilaan ja hänen läheistensä omalle elämälle ja vahvistaa heidän jaksamistaan.

Olemme tottuneet odottamaan syövän lääkehoidolta nimenomaan elinajan pidennystä. Muutamien viikkojenkin lisäystä pidetään lääketieteessä merkityksellisenä, vaikka elinaikahyöty jää monien potilaiden osalta toteutumatta, kun kyseessä on myöhäisen vaiheen lääkehoito. Monelle potilaalle oireiden hoito ja toimintakyvyn säilyminen voivat olla elämänlaadun näkökulmasta tärkeämpiä. Lääketutkimuksista pitäisi saada perusteellisempaa tietoa elämänlaadullisista hyödyistä ja haitoista.

Viime vuonna julkaistun tutkimuksen mukaan Euroopan lääkeviraston (European Medicine Agency, EMA) hyväksymien uusien syöpälääkkeiden satunnaistetuista tutkimuksista lähes puolessa on merkittävä harhan riski (22). Tutkimusta kommentoidaan siihen liitettyssä pääkirjoituksessa hyvin: hoidon tehon liioittelu ja epävarmuus johtavat riskiin potilaalle koituvasta haitasta, jos hän saa vaikeita haittavaikutuksia eikä hyödy hoidosta. Epävarmuus hoidon tehosta voi johtaa myös vaikeasti määriteltäviin haittoihin, jos herätetään väärää toivoa tai oireenmukaisen hoidon aloitus viivästyy (23). Olisi myös toivottavaa, että yhteiskunnassa käytäisiin keskustelua siitä, mitä arvoja elämän loppuvaiheen hoidossa pidetään merkityksellisinä.

Elämän loppuvaiheen lähestyessä pitäisi kiinnittää erityistä huomiota elämänlaatuun ja potilaan omiin toiveisiin siitä, miten hän haluaisi elämänsä loppuajan viettää. Hoitoihin liittyy paljon haittoja ja myös ennakoimatto-

mia riskejä, ja hoito voi altistaa potilasta enenaikaiselle kuolemalle. Hoidot myös sitovat potilasta sairaalakäynteihin, laboratorio- ja kuvantamistutkimuksiin sekä johtaessaan sairaalahoitoon estävät potilasta viettämästä aikaa kotona, harrastustensa parissa sekä omaistensa ja ystäviensä kanssa. Potilaan ja hänen läheistensä kuolemanpelko, luopumisen tuska ja suru sekä mahdollinen eksistentiaalinen hätä ja huoli siitä, miten kuoleman jälkeen selvitään, pitäisi kuulla ja huomioida hoitosuunnitelmassa.

Syöpää hoitavien lääkäreiden kannalta reaaliaikainen omien hoitotulosten seuranta auttaisi hoitovalintojen tekemisessä. Jos käytettävissä olisivat oman sairaalan tulokset tietyn syöpätyypin viimeisen linjan hoidosta, voisi niitä käyttää sekä keskusteluun potilaan kanssa että oman päätöksenteon tukemiseen. Tähän laaturakisterit ja kehittyvät tietojärjestelmät tuovat toivottavasti lisääpua.

## Jaettu päätöksenteko – työkalu vaikeisiin päätöksiin?

Jaettu päätöksenteko (shared decision making) on saanut yhä enemmän painoarvoa viime vuosikymmenten aikana, mutta järjestelmällistä sen käyttöä ei ole. Tässä lähestymistavassa potilaan ja lääkärin roolit ovat yhtäläiset. Lääkärin on osattava kertoa hoitomahdollisuuksista, niiden tehosta ja haittavaikutuksista. Samalla tulisi kartoittaa muun muassa potilaan ymmärrys vaihtoehdoista sekä tämän arvomaailma, halu osallistua päätöksentekoon ja kokemukset aiemmista hoidoista. Optimiolosuhteissa tämä keskustelu käytäisiin informaatiota kerraten, potilaalle aikaa antaen ja päätöksentekoa tukien (24).

Tällaisessa kumppanuusmallissa haarukoitaisiin potilaan, läheisten ja lääkärin kesken potilaalle parasta hoitovaihtoehtoa. Selvää on, että henkilökunnan vaihtuvuus voi hankaloittaa tällaista työtapa. Kiireen keskellä voi olla vaikeaa rauhoittua, olla läsnä ja antaa tilaa potilaalle. Merkitykselliset keskustelut eivät aina ole pitkiä, elämän rajallisuudesta käytävät keskustelut saattavat olla lyhyitäkin, mutta ilman aitoa läsnäoloa ne eivät ole mahdollisia.

## Lopuksi

Parantumattomaan syöpään sairastavalle potilaalle toivo on tärkeä henkinen voimavara. Syövän lääkehoito voi olla toivon ylläpidon kannalta tärkeää, mutta lääkehoito ei ole ainoa ihmisen elämän toivon lähde. Lääkärin ja muun henkilökunnan vuorovaikutustaidot korostuvat: toivoon on syytä liittää keskustelu elämän rajallisuudesta, kuolemaan valmistautumisesta, hyvästä elämänlaadusta ja siitä, mitkä asiat potilas kokee elämässään tärkeiksi. Vuorovaikutustaitoja voi oppia, ja niiden koulutuksen pitäisi olla osa lääkärin perus- ja jatkokoulutusta (25).

Palliatiivisen hoidon varhainen integraatio turvaa potilaan hoidon jatkuvuuden. Useimmat haluavat jatkaa omannäköistä elämäänsä mahdollisimman pitkään kotonaan. Potilaalle ja hänen läheiselleen on tärkeää voida luottaa siihen, että he saavat apua, kun oireet pahenevat.

Terveystieteiden ammattilaiset tarvitsevat koulutusta hoitojen hyödyn arviointiin ja vuorovaikutukseen sekä riittävästi aikaa potilaan ja hänen läheistensä kohtaamiseen. Ihanteellista olisi, jos potilas voisi käydä merkityksellisen keskustelun sellaisen lääkärin kanssa, joka on häntä pitkään hoitanut. ■

### SUMMARY

#### Treatment of incurable cancer near the end of life – beneficial or harmful?

When a patient has an advanced incurable cancer, chemotherapy at the end of life has only limited effect and may worsen the patient's quality of life. Patients may have unrealistic expectations concerning the efficacy of cancer medication. The personnel needs knowledge and good communication skills for describing the pros and cons of treatments. Both the personnel and the patients face challenges in approving the limits of life and existential crisis. Unfortunately, tools to estimate the patient's prognosis are not useful in everyday clinical work. Medical therapy for cancer can be an important source of hope for the patient with an incurable cancer, but it should not remain as the sole source of hope. It is important to emphasize the role of best supportive care in treatment planning.

**KIRJALLISUUTTA**

- Vogel A, Hofheinz RD, Kubicka S, ym. Treatment decisions in metastatic colorectal cancer – Beyond first and second line combination therapies. *Cancer Treat Rev* 2017;59:54–60.
- Sorbye H, Pfeiffer P, Cavalli-Björkman N, ym. Clinical trial enrollment, patient characteristics, and survival differences in prospectively registered metastatic colorectal cancer patients. *Cancer* 2009; 115:4679–87.
- Grande R, Natoli C, Ciancola F, ym. Treatment of metastatic colorectal cancer patients 75 years old in clinical practice: a multicenter analysis. *PLoS One* 2016;11: e0157751.
- ASCO. Ten things physicians and patients should question. Philadelphia: ABIM Foundation 2019. <http://www.choosing-wisely.org/societies/american-society-of-clinical-oncology/>.
- Oken M, Creech R, Tormey D, ym. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 1982;5:649–55.
- Prigerson HG, Bao Y, Shah MA, ym. Chemotherapy use, performance status, and quality of life at the end of life. *JAMA Oncol* 2015;1:778–84.
- Mieras A, Pasma HRW, Onwuteaka-Philipsen BD, ym. Is in-hospital mortality higher in patients with metastatic lung cancer who received treatment in the last month of life? A retrospective cohort study. *J Pain Symptom Manage* 2019;58: 805–11.
- Rochigneux P, Raoul JL, Beaussant Y, ym. Use of chemotherapy near the end of life: What factors matter? *Ann Oncol* 2017;28: 809–17.
- Rautakorpi LK, Seyednasrollah F, Mäkelä JM, ym. End-of-life chemotherapy use at a Finnish university hospital: a retrospective cohort study. *Acta Oncol (Madr)* 2017;56: 1272–6.
- Asola R, Huhtala H, Holli K. Intensity of diagnostic and treatment activities during the end of life of patients with advanced breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2006;100:77–82.
- Weeks JC, Catalano PJ, Cronin A, ym. Patients’ expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. *N Engl J Med* 2012;367:1616–25.
- Karnofsky DA, Abelmann WH, Craver LF, ym. The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. With particular reference to bronchogenic carcinoma. *Cancer* 1948;1:634–56.
- Amano K, Maeda I, Shimoyama S, ym. The accuracy of physicians’ clinical predictions of survival in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 2015;50: 139–46.
- Morita T, Tsunoda J, Inoue S, ym. The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* 1999;7:128–33.
- Pirovano M, Maltoni M, Nanni O, ym. A new palliative prognostic score: a first step for the staging of terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 1999; 17:231–9.
- Miura T, Matsumoto Y, Hama T, ym. Glasgow prognostic score predicts prognosis for cancer patients in palliative settings: a subanalysis of the Japan – prognostic assessment tools validation (J-ProVal) study. *Support Care Cancer* 2015;3:3149–56.
- Earle CC, Neville BA, Landrum MB, ym. Evaluating claims-based indicators of the intensity of end-of-life cancer care. *Int J Qual Heal Care* 2005;17:505–9.
- Kaasa S, Loge JH, Aapro M, ym. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *Lancet Oncol* 2018;19:e588–653.
- Vanbutssele 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.
- Haun MW, Estel S, Rücker G, ym. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;6: CD011129.
- Greer JA, Pirl WF, Jackson VA, ym. Effect of early palliative care on chemotherapy use and end-of-life care in patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 2012;30:394–400.
- Naci H, Davis C, Savović J, ym. Design characteristics, risk of bias, and reporting of randomised controlled trials supporting approvals of cancer drugs by European Medicines Agency, 2014–16: cross sectional analysis. *BMJ* 2019;366:l5221.
- Mintzes B, Vitry A. Flawed evidence underpins approval of new cancer drugs. *BMJ* 2019;366:l5399.
- Elwyn G, Frosch D, Thomson R, ym. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* 2012;27:1361–7.
- Moore PM, Rivera S, Bravo-Soto GA, ym. Communication skills training for health-care professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;7:CD003751.

**MAIJA TARKKANEN, dosentti, syöpätautien ja sädehoidon erikoislääkäri**

HYKS Syöpäkeskus ja Helsingin yliopisto  
Toimitussihteeri, Aikakauskirja Duodecim

**KRISTIINA TYYNELÄ-KORHONEN, LT, osaamiskeskusjohtaja, syöpätautien ja sädehoidon erikoislääkäri, palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys**

KYS Syöpäkeskus, lääkinnällisten palvelujen keskus

**SIRKKU JYRKKIÖ, dosentti, toimialuejohtaja, syöpätautien ja sädehoidon erikoislääkäri**  
Tyks, operatiivinen toiminta ja syöpäaudit

**VASTUUTOIMITTAJA**  
Annikka Kalliokoski

**SIDONNAISUUDET**

**Maija Tarkkanen:** Luento-/asiantuntijapalkkio (Ipsen, Novartis, Teva, Tampereen yliopiston lääketieteellinen tiedekunta, Suomen Gastroenterologiyhdistys), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (MSD), luottamustoimet (Lääkkeiden hintalautakunnan asiantuntijaryhmän varajäsen, Kelan sosiaalilääketieteellisen neuvottelukunnan lääkejaoston jäsen, PALKOn lääkejaoston jäsen, Potilassivahinkolautakunnan asiantuntija), muut sidonnaisuudet (osakkuus Tale Verum Oy)

**Kristiina Tyynelä-Korhonen:** Luento-/asiantuntijapalkkio (osallistuminen kouluttajana vuorovaikutuskoulutuksiin, joiden järjestäjänä Suomen Onkologiyhdistys ry ja Oy Eli Lilly Finland Ab, firmalta ei palkkiota), luottamustoimet (yhdistystoiminta: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim (ISLT ohjausryhmässä), Suomen Onkologiyhdistys hallituksen jäsen, Suomen Melanoomaryhmä hallituksen jäsen, Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistys hallituksen jäsen, Suomen Lääkäriliitto palliatiivisen lääketieteen erityispätevyystoimikunta 2015–), hankkeet (Itäisen syöpäkeskuksen/FICAN east (johtoryhmän jäsen, Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon valtakunnallinen kehittämishanke/STM (yhteyshenkilö KYS ERVA), Palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen monialainen ja työelämälähtöinen kehittämishanke / OKM (yhteyshenkilö KYS-UEF), Elämän loppuvaiheen hoitoa, itsemääräämisoikeutta, saattohoitoa ja eutanasiaa koskevan lainsäädäntötarpeen asiantuntijatyöryhmä/ STM (Puheenjohtaja))

**Sirkku Jyrkkiö:** Luento-/asiantuntijapalkkio (Lilly), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Roche, Gilead), luottamustoimet (Palko Lääkejaos jäsen, STM kansallinen syöpäkeskus ohry, VSSHPEettisen tmk pj), hankkeet (Kansallinen syöpäkeskus)