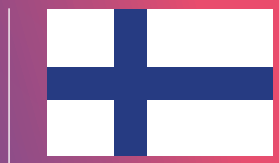
European Cancer Inequalities Registry



Syöpäprofiilit 2023

European Commission

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

Syöpäprofiilisarja

Syöpään liittyvien eriarvoisuuksien rekisteri on EU:n syöväntorjuntasuunnitelman lippulaiva-aloite. Se tarjoaa luotettavaa tietoa syövän ennaltaehkäisystä ja hoidosta, jotta voidaan tarkastella suuntauksia, eroja ja eriarvoisuutta jäsenvaltioiden ja alueiden välillä. Syöpäprofiileissa kuvataan EU:n 27 jäsenvaltion sekä Islannin ja Norjan vahvuudet, haasteet ja erityiset toiminta-alat, jotka ohjaavat niiden investointeja ja toimia EU:n, kansallisella ja alueellisella tasolla EU:n syöväntorjuntasuunnitelman puitteissa. Euroopan syövän eriarvoisuusrekisteri tukee myös nollapäästötoimintasuunnitelman lippulaivaa 1.

Profiilit on laatinut OECD yhteistyössä Euroopan komission kanssa. Työryhmä haluaa kiittää kansalliset asiantuntijat, OECD:n terveyskomiteaa ja syöpään liittyvien eriarvoisuuksien rekisteriä käsittelevää EU:n asiantuntijaryhmää arvokkaista kommenteista ja ehdotuksista.

Tietolähteet

Syöpäprofiilien tiedot perustuvat pääasiassa Eurostatille ja OECD:lle toimitettuihin kansallisiin virallisiin tilastoihin, jotka on vahvistettu tietojen mahdollisimman hyvän vertailtavuuden varmistamiseksi. Lähteet ja menetelmät, joihin tiedot pohjaavat, on esitetty Eurostatin tietokannassa ja OECD:n terveystietokannassa.

Lisätietoja on tämän lisäksi saatu Maailman terveysjärjestöltä (WHO), Kansainväliseltä syöväntutkimuslaitokselta (IARC), Kansainväliseltä atomienergiajärjestöltä (IAEA), Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) laitokselta sekä kansallisista lähteistä (jotka ovat riippumattomia yksityisistä tai kaupallisista intresseistä). Lasketut EU:n keskiarvot ovat 27 jäsenvaltion painotettuja keskiarvoja, ellei toisin mainita. EU:n keskiarvot eivät sisällä Islannin ja Norjan lukuja. Ostovoimapariteetti määritellään valuutan muuntokurssiksi, joka tasoittaa eri valuuttojen ostovoiman poistamalla maiden väliset hintatasoerot.

Vastuuvapauslauseke: This work is published under the responsibility of the Secretary-General of the OECD. The opinions expressed and arguments employed herein do not necessarily reflect the official views of the Member countries of the OECD. This work was produced with the financial assistance of the European Union. The views expressed herein can in no way be taken to reflect the official opinion of the European Union.
This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.
Note by the Republic of Türkiye: The information in this document with reference to "Cyprus" relates to the southern part of the Island. There is no single authority representing both Turkish and Greek Cypriot people on the Island. Türkiye recognises the Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC). Until a lasting and equitable solution is found within the context of the United Nations, Türkiye shall preserve its position concerning the "Cyprus issue".
Note by all the European Union Member States of the OECD and the European Union: The Republic of Cyprus is recognised by all members of the United Nations with the exception of Türkiye. The information in this document relates to the area under the effective control of the Government of the Republic of Cyprus.

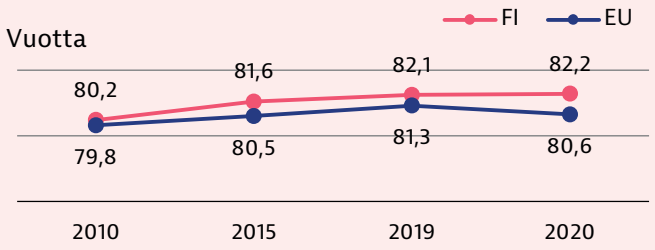
©OECD 2023
The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at https://www.oecd.org/termsand-conditions.

Sisällys

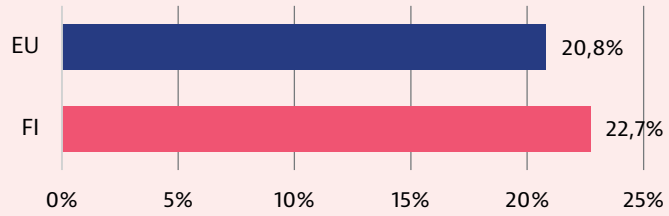
1. PÄÄKOHDAT 3
2. SUOMEN SYÖPÄTILANNE 4
3. RISKITEKIJÄT JA ENNALTAEHKÄISY 8
4. VARHAINEN HAVAITSEMINEN 10
5. SYÖVÄNHOIDON SUORITUSKYKY 13
5.1 Saavutettavuus 13
5.2 Laatu 14
5.3 Kustannukset ja kustannustehokkuus 16
5.4 Covid-19 ja syöpä: muutosjoustavuuden parantaminen 17
6. ERIARVOISUUS 18

Terveydenhuoltojärjestelmän pääpiirteet

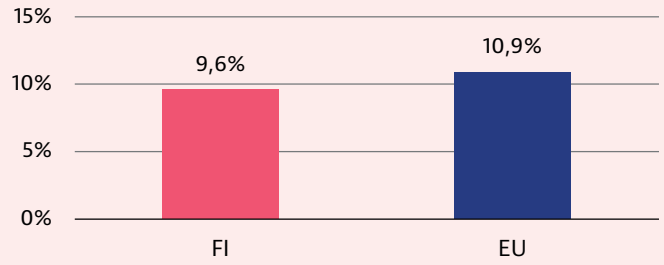
ELINAJANODOTE SYNTYMÄHETKELLÄ (VUOSINA)



VÄHINTÄÄN 65-VUOTIAIDEN OSUUS VÄESTÖSTÄ (2021)

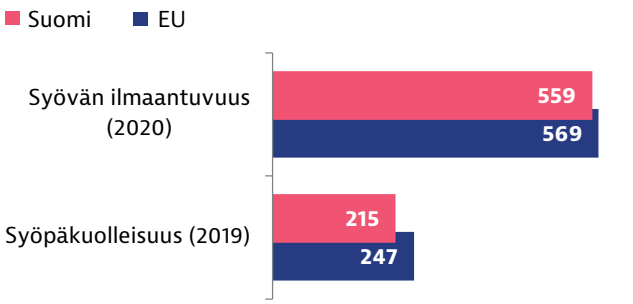


TERVEYSMENOT PROSENTTEINA BKT:STA (2020)

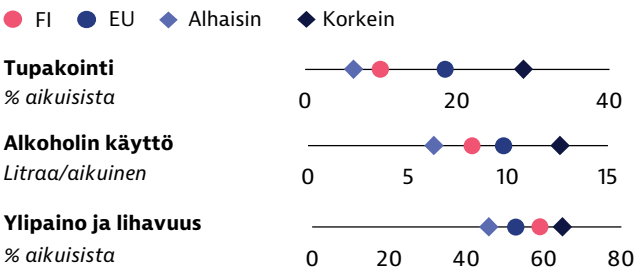


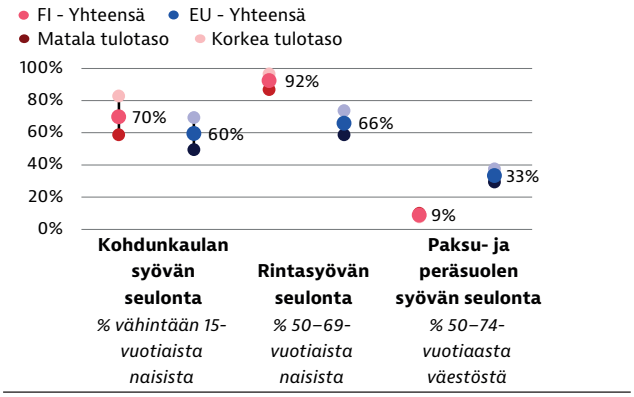
Lähde: Eurostatin tietokanta.

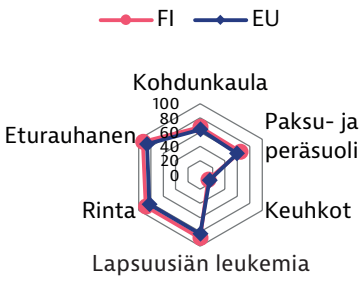
1. Pääkohdat



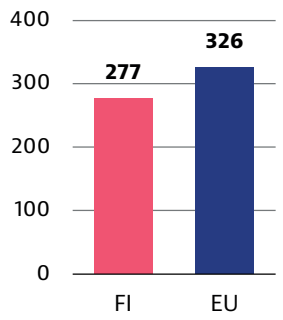
Ikävakioitu luku 100 000:ta asukasta kohti







Viiden vuoden nettoelossaolo syöpätyypin mukaan (2010–2014)



Syövän kokonaiskustannukset (euroa asukasta kohti), 2018

Suomen syöpätilanne

Syöpäkuolleisuus oli Suomessa vuonna 2019 EU:n alhaisimpia huolimatta siitä, että syöpätapaukset ovat vähentyneet EU:n keskiarvoa vähemmän vuodesta 2011 lähtien. Miesten (7 %) syöpäkuolleisuus on vähentynyt hieman enemmän kuin naisten (4 %). Keuhkosyöpään sairastumisessa on alueellisia eroja erityisesti naisten keskuudessa. Kolme yleisintä syöpäkuolemien aiheuttajaa olivat keuhkosyöpä, paksu- ja peräsuolen syöpä sekä haimasyöpä.

Riskitekijät ja ennaltaehkäisy

Suomi suoriutuu syövän riskitekijöiden suhteen paremmin kuin muut EU-maat. Vaikka aikuisväestön tupakoinnin vähentämisessä on edistytty, alkoholin kokonaiskulutus, HPV-rokotusmäärät, altistuminen ilmansaasteille sekä ylipaino ja lihavuus ovat edelleen merkittäviä kansanterveydellisiä huolenaiheita. Koulutus- ja tuloryhmien välillä on sosiaalista eriarvoisuutta. Nykyiset uudistukset kohdistuvat merkintöihin ja haitallisten tuotteiden saatavuuden rajoittamiseen.

Varhainen havaitseminen

Suomessa on käytössä kansalliset rintasyövän, kohdunkaulan syövän ja paksu- ja peräsuolen syövän seulontaohjelmat. Rintasyövän ja kohdunkaulan syövän seulontoihin osallistuvien osuus on suurempi kuin EU:ssa keskimäärin. Koulutus- ja tuloryhmien välillä on kuitenkin huomattavaa eriarvoisuutta, ja heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisryhmien osallistuminen on vähäisempää.

Syövänhoidon suorituskyky

Suomessa terveydenhuolto on kaikkien saatavilla, mutta omavastuuosuudet ovat korkeat ja muodostavat taloudellisen esteen syövänhoidolle. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea raportoi, että saatavuusongelmista kärsivien lääkkeiden määrä kasvoi vuonna 2010 raportoidusta 67 valmisteesta 696 valmisteeseen vuonna 2018. EU24-maiden keskiarvoon verrattuna Suomi suoriutuu hyvin, ja yleisimpien syöpätyyppien viiden vuoden elossaololuku on korkeampi kuin näissä maissa keskimäärin. Vuonna 2018 Suomen syöpämenot olivat 277 euroa henkeä kohti, mikä on alle EU:n keskiarvon. Avohoidon kustannukset lähes kaksinkertaistuivat vuosina 2004–2014, ja avohoidosta on tullut merkittävin kustannusten aiheuttaja.

2. Suomen syöpätilanne

Yli 33 000 suomalaisen odotettiin saavan syöpädiagnoosin vuonna 2020

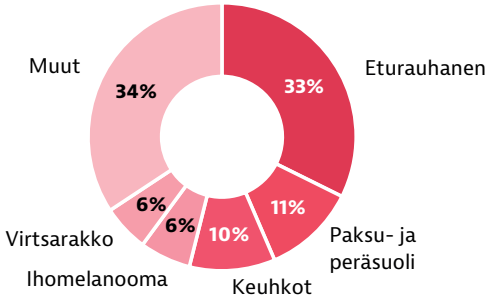
EU:n Yhteinen tutkimuskeskus arvioi eurooppalaisen syöpätietojärjestelmän (ECIS) pandemiaa edeltäneiden vuosien ilmaantuvuuskehityksen perusteella, että vuonna 2020 Suomessa todettaisiin noin 33 000 uutta syöpätapausta (Kaavio 1), mikä vastaa 598:aa tapausta 100 000:ta asukasta kohti. Ikävakioitu ilmaantuvuus on hieman EU:n keskiarvoa alhaisempi (Suomessa 559 ja EU:ssa 569 tapausta 100 000:ta asukasta kohti). Uusien syöpätapausten odotettiin jakautuvan niin, että miehillä olisi 17 638 uutta syöpätapausta ja naisilla 15 969. Ikävakioitujen lukujen odotettiin olevan miehillä EU:n keskiarvoa alhaisempia (Suomessa 654 ja EU:ssa 686 tapausta 100 000:ta asukasta kohti) mutta naisilla hieman EU:n keskiarvoa korkeampia (Suomessa 496 ja EU:ssa 484).

Miehillä yleisimpien syöpätyyppien odotettiin olevan eturauhassyöpä, paksu- ja peräsuolen syöpä sekä keuhkosyöpä. Naisilla taas rintasyövän odotettiin olevan yleisin, ja sen jälkeen tulisivat paksu- ja peräsuolen syöpä sekä keuhkosyöpä. (Kaavio 1.) EU:n keskiarvosta poiketen ihomelanooman odotettiin Suomessa olevan neljänneksi yleisin miesten ja naisten syöpä (Suomessa 6 % ja EU:ssa 4 % kaikista syövistä).

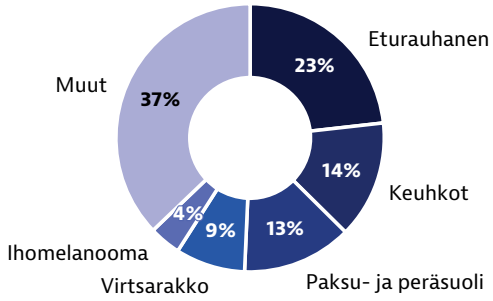
Kaavio 1. Lähes 33 000 suomalaisen odotettiin saavan syöpädiagnoosin vuonna 2020

Syövän ilmaantuvuuden jakautuminen sukupuolen mukaan Suomessa ja EU:ssa

SUOMI - MIEHET
17 638 uutta tapausta



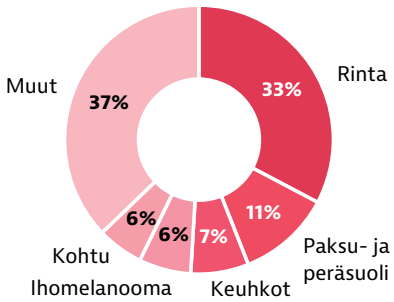
EU - MIEHET
1 444 949 uutta tapausta



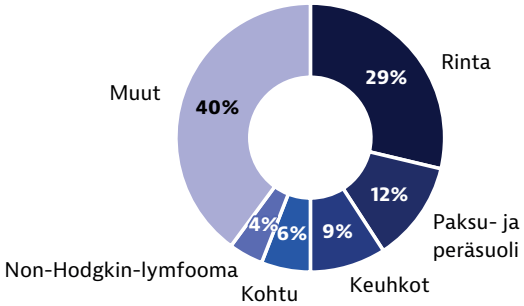
IKÄVAKIOITU LUKU (KAIKKI SYÖVÄT)

Suomi	654 100 000:ta asukasta kohti
EU	686 100 000:ta asukasta kohti

SUOMI - NAISET
15 969 uutta tapausta



EU - NAISET
1 237 588 uutta tapausta



IKÄVAKIOITU LUKU (KAIKKI SYÖVÄT)

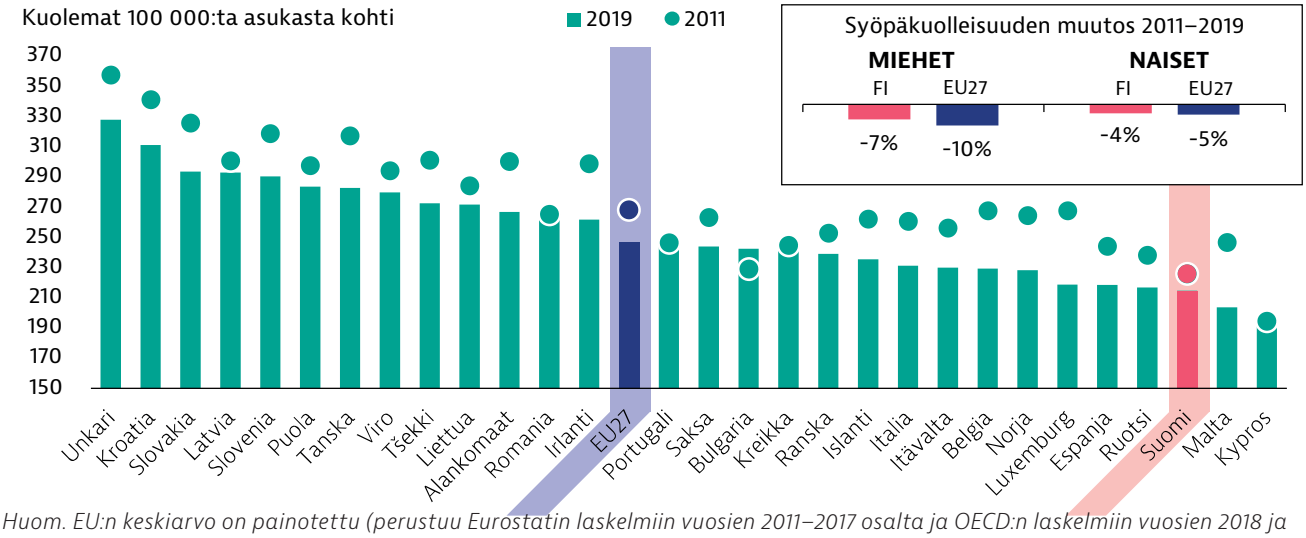
Suomi	496 100 000:ta asukasta kohti
EU	484 100 000:ta asukasta kohti

Huom. Kohtusyöpä ei sisällä kohdunkaulan syöpää. Nämä arviot on laadittu covid-19-pandemiaa edeltäneiden vuosien ilmaantuvuussuuntausten perusteella. Siksi ne saattavat poiketa viime vuosina havaituista luvuista.
Lähde: Eurooppalainen syöpätietojärjestelmä. Haettu 9.5.2022 osoitteesta https://ecis.jrc.ec.europa.eu. © Euroopan unioni, 2022.

Suomen syöpäkuolleisuus on EU:n alhaisimpia

Syöpäkuolleisuus oli Suomessa EU:n kolmanneksi alhaisin vuonna 2019 (Suomessa 215 ja EU:ssa 247 tapausta 100 000:ta asukasta kohti) siitä huolimatta, että kuolleisuus vähentyi vähemmän kuin EU:ssa keskimäärin vuosina 2011–2019 (Kaavio 2). Miesten syöpäkuolleisuus väheni hieman enemmän (7 %) kuin naisten (4 %), mikä vastaa EU:n keskiarvoa. Eurostatin tietojen mukaan vuonna 2018 terveydenhuollon keinoin vältettävissä oleva kuolleisuus[1] oli Suomessa alhaisempi kuin EU:ssa keskimäärin (Suomessa 22 ja EU:ssa 29 tapausta 100 000:ta asukasta kohti) mutta sukupuolten välinen ero oli suuri: miesten kuolleisuus oli alhaisempi (14/100 000) kuin naisten (30/100 000). Vastaavasti myös ehkäistävissä oleva kuolleisuus[2] oli Suomessa alhaisempi (41/100 000) kuin EU:ssa keskimäärin (61/100 000) ja sukupuolten välinen ero oli suuri.

Kaavio 2. Syöpäkuolleisuus on vähentynyt Suomessa viime vuosikymmenellä vähemmän kuin EU:ssa



Huom. EU:n keskiarvo on painotettu (perustuu Eurostatin laskelmiin vuosien 2011–2017 osalta ja OECD:n laskelmiin vuosien 2018 ja 2019 osalta).
Lähde: Eurostatin tietokanta.

Keuhkosyöpä oli suurin syöpäkuolemien aiheuttaja Suomessa, vaikka tilanne on parantunut viime vuosikymmenen aikana (Kaavio 3). Paksu- ja peräsuolen syöpä sekä haimasyöpä olivat toiseksi ja kolmanneksi yleisimmät syyt. Niiden osalta kuolleisuus on lisääntynyt hieman vuodesta 2011 lähtien (3 % paksu- ja peräsuolen ja 1 % haimasyövän osalta).

Sen sijaan mahasyöpien ilmaantuvuus on vähentynyt merkittävästi: 1950-luvulla todettiin vuosittain 2 000 uutta tapausta, vuonna 2020 taas ainoastaan 620 uutta tapausta. Myös kuolleisuus on vähentynyt samalla, kun elossaololuku on kasvanut (Pitkäniemi ym., 2022). Vuonna 2020 mahasyöpien aiheuttamassa kuolleisuudessa oli jonkin verran eriarvoisuutta koulutustason mukaan: miehillä kuolleisuus oli matalammin koulutetuilla 43 prosenttia korkeampi kuin korkeammin koulutetuilla, naisilla taas 61 prosenttia korkeampi. Elossaololuku pysyi 2000-luvulla vakaana: noin 30 prosentissa naisilla ja 25 prosentissa miehillä.

Suomen Syöpäyhdistyksen raportin (Pitkäniemi ym., 2022) mukaan syöpätaakan alue-erot olivat vuonna 2020 neljän yleisimmän syövän osalta suurimmat keuhkosyövässä, erityisesti naisten keskuudessa (Kaavio 4). Riskisuhteen vaihteluväli oli ilmaantuvuudessa 0,77–1,62. Ilmaantuvuus oli erityisen suurta Helsingissä, Lapissa ja Ahvenanmaalla. Vastaavasti kuolleisuusriskisuhteen vaihteluväli oli 0,72–2,05. Se osoittaa, että sairastuneet kuolevat usein keuhkosyöpään alueesta riippumatta. Miehillä vaihtelu oli huomattavasti pienempää sekä ilmaantuvuudessa (0,86–1,26) että kuolleisuudessa (0,84–1,15).

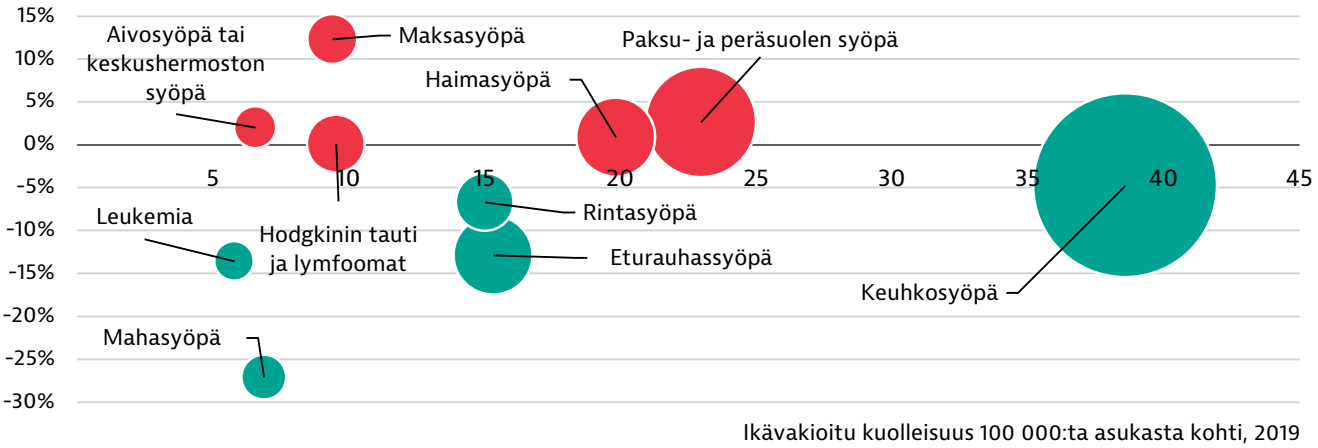
Suomen Syöpärekisterin raportin mukaan lasten syöpäkuolleisuus oli lähes kaksinkertainen ulkomaalaistaustaisilla tai ulkomailla syntyneillä lapsilla verrattuna suomalaistaustaisiin tai Suomessa syntyneisiin lapsiin (Kyrönlahti ym., 2020). Kuolleisuus oli korkeampi myös silloin, kun äidin (2,3 kertaa korkeampi) tai isän (1,9 kertaa korkeampi) äidinkieli oli muu kuin suomi tai ruotsi.

1 *Terveydenhuollon keinoin vältettävissä olevalla kuolleisuudella tarkoitetaan paksu- ja peräsuolen, peräaukon, rinnan, kohdunkaulan, kohdun, kiveksen tai kilpirauhasen pahanlaatuisten kasvainten aiheuttamia kuolemia.*

2 *Ehkäistävissä olevalla kuolleisuudella tarkoitetaan huulen, suuontelon, nielun, ruokatorven, mahalaukun, maksan, henkitorven, keuhkoputkien ja keuhkojen, kohdunkaulan tai virtsarakon pahanlaatuisten kasvainten aiheuttamia kuolemia.*

Kaavio 3. Kuolleisuus väheni keuhkosyövän osalta mutta lisääntyi paksu- ja peräsuoli- sekä haimasyöpien osalta

Syöpäkuolleisuuden muutos 2011–2019 (tai lähin vuosi)

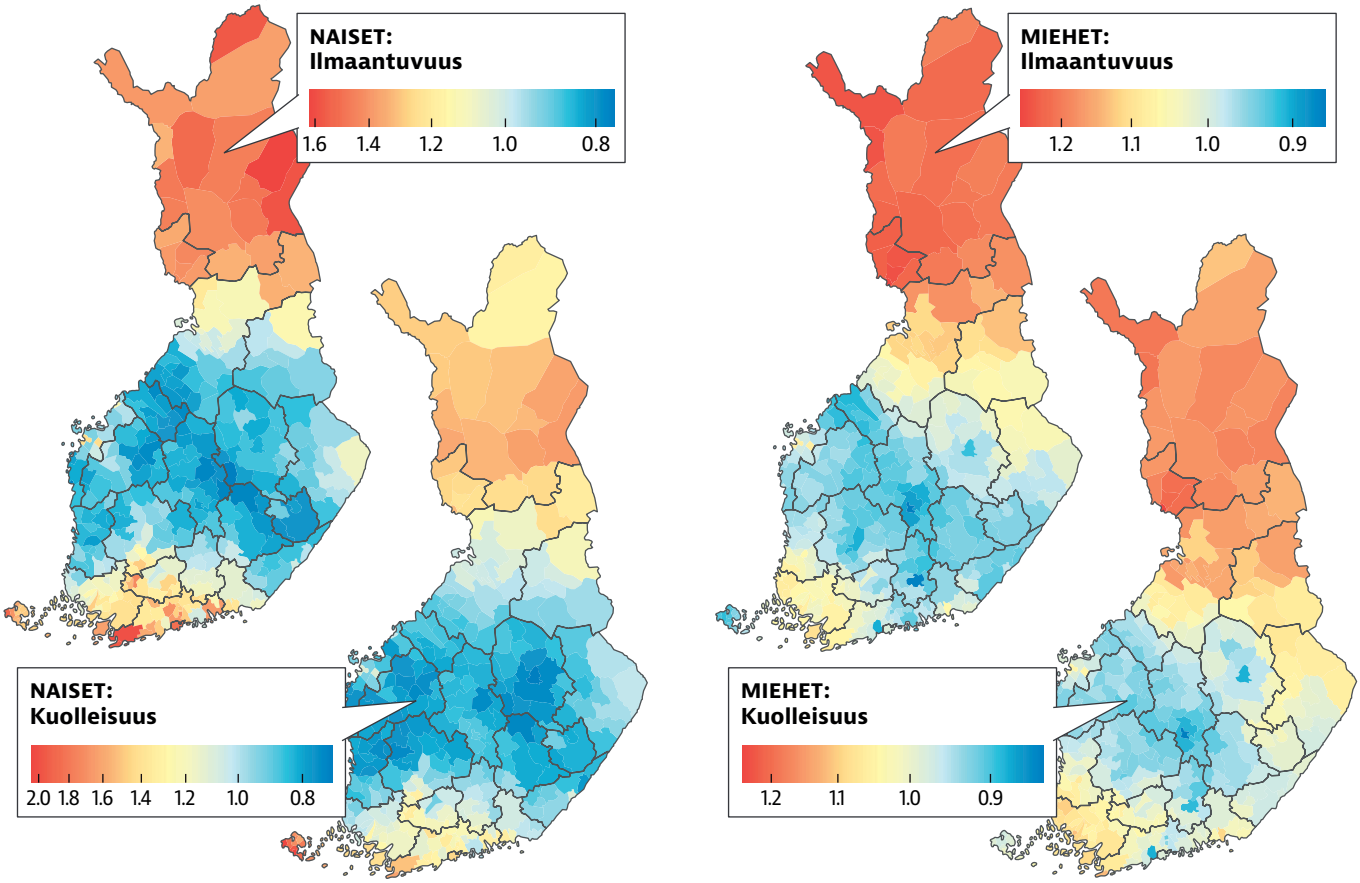


Huom. Punaiset ympyrät merkitsevät syöpäkuolleisuuden prosentuaalisen muutoksen kasvua vuosina 2011–2019 ja vihreät ympyrät sen vähentymistä. Ympyröiden koot ovat suhteessa kuolleisuuslukuihin vuonna 2019. Joidenkin näiden syöpätyyppien osalta kuolleisuus on vähäistä. Siksi prosentuaalisia muutoksia on tulkittava varoen. Kuolleisuuslukuja kuvaavien ympyröiden koot eivät ole vertailukelpoisia maiden välillä.
Lähde: Eurostatin tietokanta.

Syöpätaakka kasvoi Suomessa vuosina 2000–2019 mutta on edelleen EU:n keskiarvoa alhaisempi

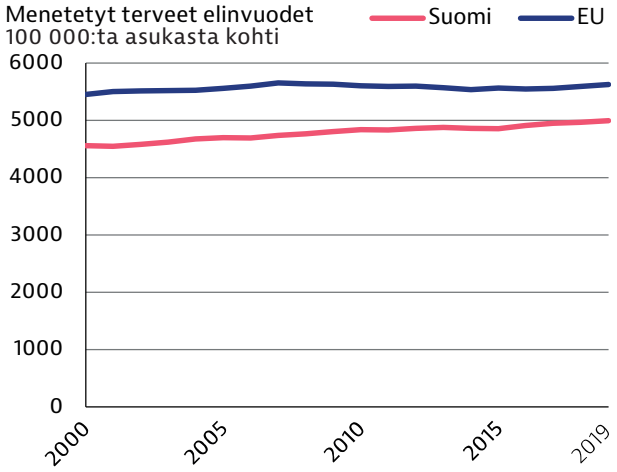
Vuonna 2019 väestön syöpätaakka mitattuna menetetyillä terveillä elinvuosilla 100 000:ta asukasta kohti oli Suomessa pienempi (4 995) kuin EU:ssa (5 757). Tämä luku kuitenkin kasvoi Suomessa 9 prosenttia vuosina 2000–2019 ja lähentyi hieman EU:n keskiarvoa (Kaavio 5).

Kaavio 4. Keuhkosyöpätaakan alue-erot olivat naisten keskuudessa suuria



Lähde: Pitkäniemi ym. (2022).

Kaavio 5. Suomen syöpätaakka on EU:n keskiarvoa alhaisempi mutta kasvoi vuosina 2000–2019



Huom. Keskiarvoja ei ole painotettu.
Lähde: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).

Pahanlaatuisten kasvainten seurauksena menetetyt mahdolliset elinvuodet vähenivät 26 prosenttia vuosina 2000–2018, ja vuonna 2018 menetettiin 970 mahdollista elinvuotta 100 000:ta alle 75-vuotiasta asukasta kohti. Lasku oli samanlaista miehillä (27 %) ja naisilla (26 %): vuonna 2018 miesten osalta menetettiin 1 038 elinvuotta ja naisten osalta 909 elinvuotta.

Suomessa lapsuusiän syöpien eloonjäämisluvut ovat korkeita mutta haittavaikutusten riski kasvaa

Suomalaislapsilla todetaan vuosittain noin 150 uutta syöpää, joista noin 70 tytöillä ja 80 pojilla. Yleisimmät lasten syövät vuonna 2020 olivat akuutti lymfoblastinen leukemia ja gliooma. Lapsuusiän syövistä parannutaan yleensä hyvin, ja suhteellinen viiden vuoden elossaololuku on yli 80 prosenttia.

Suomen Syöpäyhdistyksen arvion mukaan noin 7 000 suomalaista on sairastanut syövän alle 25-vuotiaana. Heistä kaksi kolmasosaa kokee myöhemmin elämässään fyysisiä ja psyykkisiä haittoja, ja heillä on suurempi terveysongelmien (2,5-kertainen) ja mielenterveysongelmien (1,8-kertainen) riski kuin heidän terveillä sisaruksillaan.

Suomen Syöpärekisteri on mukana Adult Life after Childhood Cancer in Scandinavia: Socioeconomic consequences of long-term survival hankkeessa, jossa suunnitellaan nuorena syövän sairastaneiden seurantaa. Tämä auttaa tarjoamaan tarvittavaa neurokognitiivista ja sosiaalista tukea sekä turvaamaan syövästä parantuneiden koulutus- ja työllistymismahdollisuudet.

Kansallisissa syöväntorjuntatoimissa keskitytään ehkäisy- ja seulontaohjelmiin

Suomella ei ole kansallista syöväntorjuntasuunnitelmaa. Viime vuosikymmenen aikana maassa on kuitenkin otettu käyttöön useita toimintapolitiikkoja syövän ehkäisyohjelmien parantamiseksi sekä panostettu riskitekijöiden, erityisesti tupakan ja alkoholin käytön, vähentämiseen. Vuonna 2022 annetussa seulontoja koskevassa säädösehdotuksessa ehdotettiin uudistuksia rintasyövän, kohdunkaulan syövän sekä paksu- ja peräsuolen syövän seulontaan. Ehdotuksella uudistettiin tietoinfrastruktuuria, yhdenmukaistettiin tietoja ja kehitettiin uusia parametreja Suomen Syöpärekisteriä varten. Lisäksi on perustettu kansallinen seulontalautakunta kehittämään laatuoppaita ja seulontaprotokollia rintasyövän, kohdunkaulan syövän sekä paksu- ja peräsuolen syövän seulontaa varten.

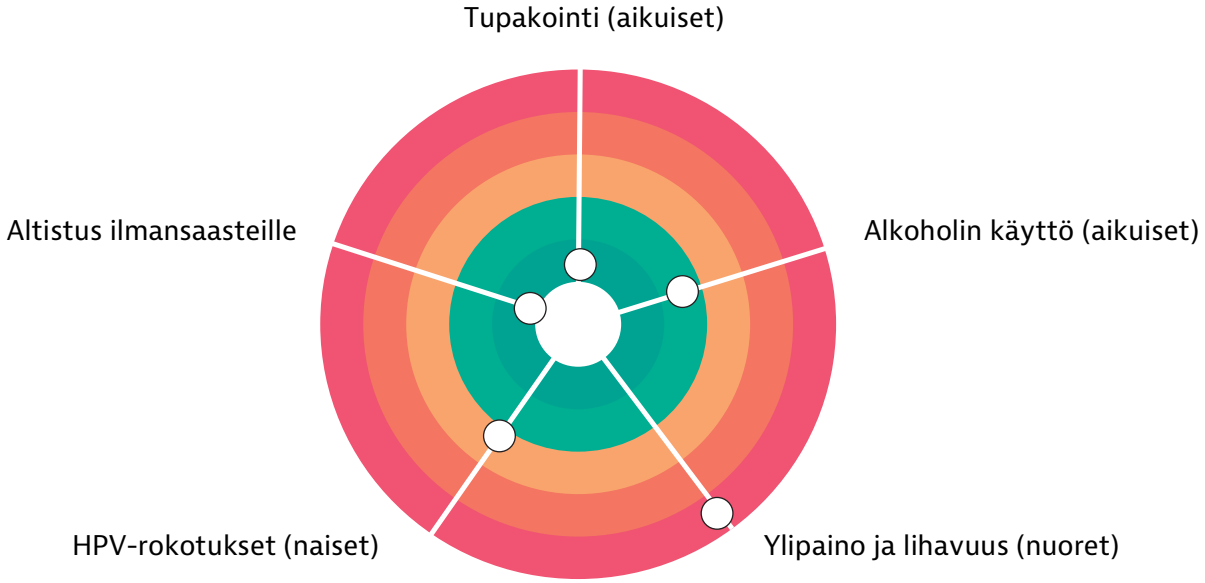
Suomen Syöpäyhdistys, joka koostuu sen jäsenjärjestöistä, Syöpäsäätiöstä ja Suomen Syöpärekisteristä, toimii syövän ennaltaehkäisyä ja tutkimusta koskevan yhteisen perussäännön ja strategian mukaisesti. Syöpäyhdistyksen tehtävänä on edistää terveyttä, ennaltaehkäistä syöpäsairauksia, tukea syöpään sairastuneita ja vähentää syövästä aiheutuvia haittoja. Vuosia 2021–2025 koskevassa strategiassaan Syöpäyhdistys pyrkii kehittämään uusia vapaaehtoistoiminnan muotoja (esimerkiksi venäläisten vapaaehtoisten värvääminen, jotta voidaan parantaa venäjänkielisten potilaiden pääsyä syöpähoitoon, ks. kohta 5.2), edistämään johdonmukaisempaa viestintää, kartoittamaan uusia palveluja ja niiden saatavuutta koko Suomessa sekä kehittämään Suomen Syöpärekisterin tutkimus- ja asiantuntijapalveluja.

Suomessa ennaltaehkäisyn osuus terveydenhuollon kustannuksista vuonna 2020 oli 4,3 prosenttia, mikä oli suurempi kuin EU:ssa keskimäärin (3,4 %). Vasta perustetun kansallisen syöpäkeskuksen tehtävänä on edistää laadukasta ja yhdenvertaista syövänhoitoa sekä tutkimusta ja innovointia (ks. kohta 5.2).

3. Riskitekijät ja ennaltaehkäisy

Suomessa noin 35 prosenttia kaikista kuolemista voidaan selittää käyttäytymiseen liittyvillä riskitekijöillä. Kaiken kaikkiaan Suomi suoriutuu syövän riskitekijöiden suhteen paremmin kuin muut EU-maat (Kaavio 6). Vaikka aikuisväestön tupakoinnin vähentämisessä on edistytty, alkoholin kokonaiskulutus, HPV-rokotusten määrä, altistuminen ilmansaasteille sekä ylipaino ja lihavuus ovat edelleen merkittäviä kansanterveydellisiä huolenaiheita.

Kaavio 6. Ylipaino ja lihavuus ovat merkittäviä syövän riskitekijöitä Suomessa



Huom. Mitä lähempänä piste on keskustaa, sitä parempi maan tilanne on verrattuna muihin EU-maihin. Yksikään maa ei ole valkoisella "tavoitealueella", vaan kaikilla mailla on parantamisen varaa kaikilla osa-alueilla.
Lähteet: OECD:n laskelmat, jotka perustuvat tupakoinnin ja ylipainon/lihavuuden osalta vuoden 2019 eurooppalaiseen terveyshaastattelututkimukseen, alkoholinkulutuksen osalta vuoden 2022 OECD:n terveystilastoihin ja WHO:n alkoholia ja terveyttä koskevan maailmanlaajuisen tietojärjestelmän (GISAH) tietoihin (2020), WHO HPV-rokotusten osalta (WHO:n ja Unicefin yhteisen rokotusraportointilomakkeen kautta) (2020), sekä ilmansaasteiden osalta Eurostatin tietoihin (2019).

Suomessa tupakoidaan vähemmän kuin EU:ssa keskimäärin, mutta erot koulutustasojen välillä ovat suuria

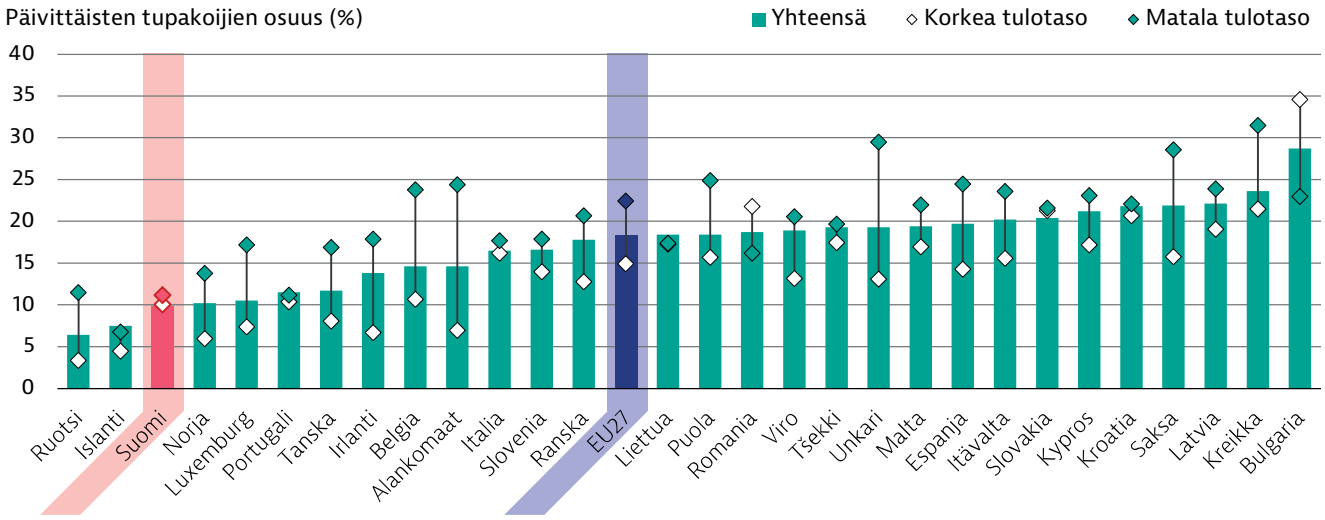
Suomi on yksi niistä kahdesta EU-maasta, joissa päivittäin tupakoivien aikuisten osuus (10 %) oli vuonna 2019 EU:n alhaisin (Kaavio 7). Päivittäin tupakoivien osuus oli kuitenkin paljon suurempi (11 %) alhaisemmalla koulutustasolla kuin korkeammin koulutettujen keskuudessa (5 %). Ero on samankaltainen kuin EU27:ssä keskimäärin (19 % matalammin koulutetuilla ja 13 % korkeammin koulutettujen keskuudessa). Suurituloisempien (10 %) ja pienituloisempien (11 %) ryhmien välinen ero oli kuitenkin paljon pienempi, toisin kuin EU:ssa keskimäärin (15 % ja 22 %).

Viime vuosikymmenen aikana Suomi on asettanut etusijalle tupakoinnin vähentämiseen tähtääviä toimenpiteitä. Se on muun muassa toteuttanut tupakoinnin lopettamisohjelmia, tupakkatuotteiden pakkauksiin ja merkintöihin kohdistettuja toimenpiteitä ja tiedotuskampanjoita sekä kiristänyt tupakkatuotteiden verotusta. Nykyisen tupakkalain tavoitteena on, että tupakka- tai nikotiinituotteita päivittäin käyttävien osuus aikuisväestöstä pienenee alle 5 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä (Savuton Suomi 2030). Suomi sääntelee tiukasti myös sähkösavukkeiden käyttöä ja sähkösavukenesteiden makuaineita, jotta lapset eivät tulisi riippuvaisiksi nikotiinituotteista.

Alkoholia käytetään vähemmän kuin EU:ssa keskimäärin, mutta kulutukseen liittyy sosiaalista eriarvoisuutta

Vuonna 2020 suomalaiset kuluttivat alkoholia keskimäärin 8,2 litraa puhdasta alkoholia henkeä kohti, mikä on vähemmän kuin EU:ssa keskimäärin (9,8 litraa). Nuorten ja aikuisten alkoholin kokonaiskulutus väheni 18 prosenttia vuosina 2007–2019. Sukupuoleen, koulutukseen,

Kaavio 7. Suomessa tupakoidaan vähemmän kuin EU:ssa keskimäärin



Huom. EU:n keskiarvo on painotettu (perustuu Eurostatin laskelmaan).
Lähde: Eurostatin tietokanta (EHIS). Tiedot koskevat vuotta 2019.

tulotasoon ja kaupungistumisasteeseen liittyvät erot ovat Suomessa kuitenkin suuremmat kuin EU:ssa. Runsas alkoholinkäyttö oli yleisempää pienituloisempien keskuudessa (7 %) kuin suurituloisilla (5,7 %). Koulutukseen liittyvä eriarvoisuus on vähäisempää, mutta sitäkin esiintyy: alkoholin riskikäyttö oli yleisempää korkeammin koulutettujen (5 %) keskuudessa kuin matalammin koulutetuilla (4 %).

Suomi on kehittänyt kansallista alkoholiveropolitiikkaa haitallisen alkoholinkäytön vähentämiseksi. Lisäksi maa on rajoittanut alkoholin mainontaa, myöntänyt monopolin valtion omistamalle yhtiölle yli 6 tilavuusprosenttia alkoholia sisältävien juomien vähittäismyyntiin sekä rajoittanut alkoholin myyntiaikoja niin vähittäiskaupassa kuin baareissa ja ravintoloissa.

Ylipaino ja lihavuus on yleistä verrattuna EU:n keskiarvoon

Vuonna 2019 ylipainoisten tai lihavien aikuisten osuus (59 %) oli yksi suurimmista EU:ssa. Lihavuus yleistyi vuosina 2014–2019 nopeammin naisten keskuudessa (47 %:sta 56 %:iin) kuin miehillä (61 %:sta 63 %:iin). Vuosina 2012–2018 toteutettiin lihavuuden torjumiseksi kansallinen ohjelma, johon sisältyi tiedotuskampanjoita ja yhteistyön lisäämistä terveysalan toimijoiden välillä kansallisella ja paikallisella tasolla. Kunnossa kaiken ikää ohjelman tavoitteena on kannustaa yli 40-vuotiaita sisällyttämään liikunta osaksi arkeaan. Se on kuntien liikunta- ja terveyspalvelujen, työpaikkojen, työterveyshuollon, urheiluseurojen ja muiden yhdistysten sekä kansanterveysjärjestöjen yhteinen hanke.

Kouluikäisten lasten terveyskäyttäytymistutkimuksen mukaan vuonna 2018 noin joka viides 15-vuotias oli ylipainoinen tai lihava. Ylipainoisten ja lihavien osuus 2–6-vuotiaista pojista oli 24 prosenttia, kun taas samanikäisillä tytöillä osuus oli 15 prosenttia. Poikien ylipaino ja lihavuus oli yleisempää myös 7–12-vuotiailla ja 13–16-vuotiailla (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2020).

Niiden ihmisten osuus, jotka harrastivat viikossa vähintään 150 minuuttia terveyttä edistävää aerobista liikuntaa, kasvoi vuosina 2014–2019 naisten 54,5 prosentista ja miesten 54,8 prosentista 71,7 prosenttiin molemmilla sukupuolilla. Myös suuri- ja pienituloisten välinen ero kuroutui umpeen vuosina 2014–2019 (pienituloisten keskuudessa osuus kasvoi 49 %:sta 71 %:iin ja suurituloisilla 60 %:sta 73 %:iin).

Suomalaisia suojellaan syöpää aiheuttavilta aineilta edellyttämällä, että elintarvikkeissa on merkinnät, joissa ilmoitetaan tarkat tiedot rasvan ja natriumin määrästä. Kansanterveyden edistämiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi Suomi noudattaa Terveys kaikissa politiikoissa lähestymistapaa. Lisäksi on perustettu monialaisia komiteoita, joihin osallistuu erilaisia sidosryhmiä, kuten terveydenhuollon ammattilaisia, teollisuuden edustajia, yksityisen sektorin sidosryhmiä sekä tiedotusvälineiden ja kansalaisyhteiskunnan edustajia. Komiteat käsittelevät riskitekijöitä ja toimivat neuvoa-antavina eliminä toimintapoliittisten suositusten ja suuntaviivojen laatimisessa.

HPV-rokotuksia tarjotaan osana kansallista ohjelmaa sekä tytöille että pojille

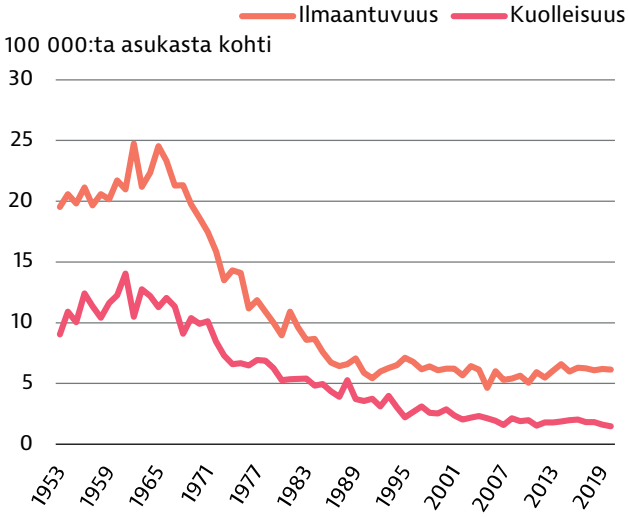
Suomessa todetaan vuosittain noin 170 uutta kohdunkaulan syöpää, ja vuotuinen kuolleisuus on tällä hetkellä noin kolmannes tästä lukumäärästä. Uusien kohdunkaulan syöpien ja kuolleisuuden määrä on laskenut viidennekseen 1960-luvun tasosta (Kaavio 8).

Suomi käynnisti kansallisen HPV- eli papilloomavirusrokotusohjelman tytöille vuonna 2013. Ohjelmaa laajennettiin vuonna 2020 kattamaan myös pojat. Sosiaali- ja terveysministeriön päätöksellä HPV-rokote on otettu mukaan myös kansalliseen rokotusohjelmaan, joten kaikille 10–12-vuotiaille tytöille ja pojille tarjotaan maksutta kaksi HPV-rokotusta. HPV-rokotusten järjestämisestä vastaavat kunnat.

Ilmansaasteille altistuminen on Suomessa vähäisempää kuin EU:ssa

Vuonna 2019 altistuminen PM_{10}-hiukkasille oli Suomessa 10,2 µg/m³. Tämä oli alhaisin arvo EU-maiden joukossa ja alle puolet EU:n keskiarvosta (20,5 µg/m³). Lisäksi Suomen $PM_{2,5}$-pitoisuus oli toiseksi alhaisin EU-maista (5,1 µg/m³ verrattuna EU:n keskiarvoon 12,6 µg/m³). Institute for Health Metrics and Evaluation laitoksen mukaan otsonille ja $PM_{2,5}$-hiukkasille altistuminen aiheutti Suomessa vuonna 2019 noin prosentin kaikista kuolemista, mikä on EU:n alhaisimpia lukuja.

Kaavio 8. Kohdunkaulan syövän ilmaantuvuus ja kuolleisuus laskivat vuosina 1953–2019



Lähde: Pitkäniemi ym. (2022).

4. Varhainen havaitseminen

Suomessa on käytössä kansalliset rintasyövän, kohdunkaulan syövän sekä paksu- ja peräsuolen syövän seulontaohjelmat

Rintasyövän seulontaohjelma on ollut käytössä 1980-luvulta lähtien ja kohdunkaulan syövän seulontaohjelma 1960-luvulta lähtien. Kaikki 50–69-vuotiaat naiset kutsutaan rintasyöpäseulontaan kahden vuoden välein, kun taas 30–65-vuotiaat naiset kutsutaan kohdunkaulan syövän seulontaan viiden vuoden välein. Seulontaa koskevaa valtioneuvoston asetusta muutettiin elokuussa 2021, minkä seurauksena paksu- ja peräsuolen syövän seulonta käynnistyy koko maassa vuonna 2022. Seulonta koskee 60–68-vuotiaita miehiä ja naisia, ja se tehdään joka toinen vuosi immunokemiallisen ulosteen veritestin (FIT) perusteella.

Seulontaohjelma on väestöpohjainen, eli se kohdistetaan tiettyyn riskialttiiseen kohdeväestöön. Suomen Syöpärekisteri ja kunnat vastaavat syöpäseulontoihin ilmoittautumisen ja seulontatoiminnan koordinoinnista. Syöpärekisteri toimittaa luettelon kelpoisuusehdot täyttävistä henkilöistä kunnille, jotka toteuttavat seulonnat yhdessä muiden kuntien kanssa tai sopimuksen perusteella yksityisen yrityksen kautta. Seulonta ei edellytä terveydenhoitopalvelujen tarjoajien osallistumista ilmoittautumis- tai seulontaketjuihin. Suomen Syöpärekisteri koordinoi seulontaketjuja, joilla varmistetaan, että kelpoisuusehdot täyttävät henkilöt saavat kutsukirjeen (saatavana pyynnöstä myös vähemmistökielillä), voivat osallistua seulontaan ja saavat tarvittaessa hoitoa. Tätä varten Syöpärekisteri yhdistää sosiodemografisia tietoja potilastietoihin yksilöllisten potilastunnisteiden avulla.

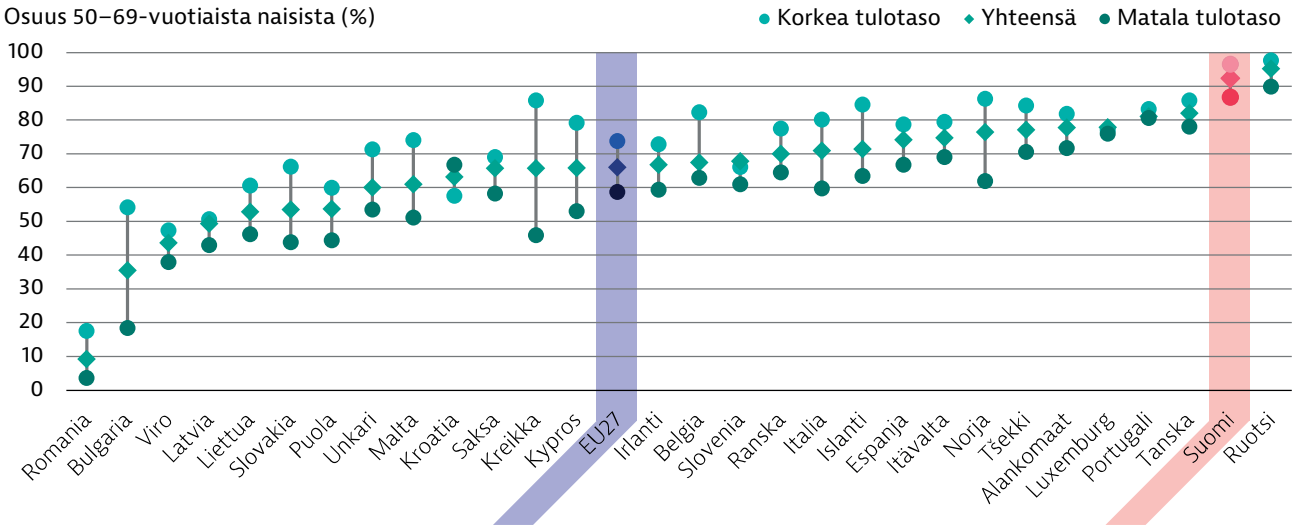
Hiljattain käynnistetyssä paksu- ja peräsuolen syövän seulontaohjelmassa pyrittiin lisäämään väestön tietoisuutta ohjelmasta Suomen Syöpärekisterin koordinoimilla tiedotuskampanjoilla ja lehtisillä. Rintasyövän ja

kohdunkaulan syövän seulontaohjelmat ovat olleet käytössä Suomessa jo yli 30 vuotta, joten ne tunnetaan hyvin. Siksi ne eivät myöskään kuulu kansallisiin painopisteisiin. Näin ollen tiedotuskampanjoissa keskitytään pääasiassa paksu- ja peräsuolen syövän seulontaan.

Rintasyövän seulonnan osallistumisaste on korkeampi kuin EU:ssa keskimäärin, mutta osallistumiseen liittyy sosiaalista eriarvoisuutta

Rintatutkimuksiin osallistuvien osuus on Suomessa suuri muihin EU-maihin verrattuna. Vuonna 2019 yhteensä 92,3 prosenttia 50–69-vuotiaista naisista ilmoitti käyneensä rintatutkimuksessa viimeisen vuoden aikana, kun vastaava luku koko EU:ssa oli 66 prosenttia (Kaavio 9). Osuus kuitenkin vaihtelee koulutus- ja tulotason mukaan. Vuonna 2019 ero suurituloisempien (97 %) ja pienituloisempien (87 %) naisten välillä oli 10 prosenttiyksikköä. Korkeammin koulutettujen (93 %) ja matalammin koulutettujen (85 %) välillä se oli 8 prosenttiyksikköä. Tulotasojen välinen ero on kuitenkin pienempi kuin EU:ssa keskimäärin (73,7 % suurituloisempien ja 58,6 % pienituloisempien naisten keskuudessa). Sitä vastoin koulutustasojen välinen ero vastaa EU:n keskiarvoa: EU:ssa osuus oli 71,5 prosenttia korkeammin koulutettujen ja 63,9 prosenttia matalammin koulutettujen keskuudessa.

Kaavio 9. Rintasyöpäseulontojen osallistumisaste Suomessa on EU:n toiseksi korkein, mutta tulotasojen välillä on eroja



Huom. EU:n keskiarvo on painotettu (perustuu Eurostatin laskelmaan). Kaaviossa esitetään niiden 50–69-vuotiaiden naisten osuus, jotka ovat ilmoittaneet käyneensä mammografiakuvauksessa viimeisen kahden vuoden aikana.
Lähde: Eurostatin tietokanta (EHIS). Tiedot koskevat vuotta 2019.

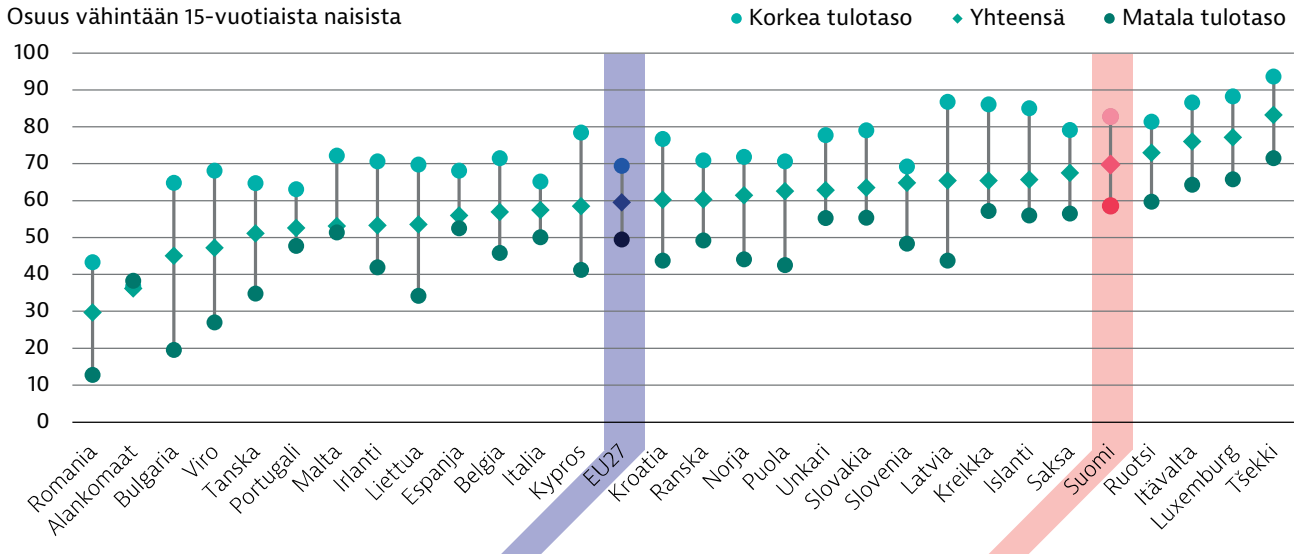
Suomen Syöpärekisterin vuoden 2021 rintasyövän seulontaohjelman vuosikatsauksessa korostettiin, että seulonnan ikävakioitu osallistumisaste oli muiden kuin kotimaisten kielten väestöryhmässä selvästi heikompi (63 %) kuin kotimaisten kielten ryhmässä (83 %). Tämän ongelman ratkaisemiseksi Syöpärekisteri kehitti aloitteen, jossa esitettiin, että kutsukirjeet olisivat pyynnöstä saatavilla myös vähemmistökielillä.

Kohdunkaulan syövän seulonnan osallistumisaste on korkea, mutta yhteiskuntaryhmien välillä on merkittäviä eroja

Itseraportoitu osallistuminen kohdunkaulan syövän seulontaan viimeisen vuoden aikana oli Suomessa EU:n korkeimpia (70 %), 10 prosenttiyksikköä EU:n keskiarvoa (60 %) korkeampi. Ikä-, koulutus- ja tuloryhmien välillä on kuitenkin merkittävää eriarvoisuutta. Vuonna 2019 suurituloisempien osallistumisaste oli 83 prosenttia ja pienituloisempien 59 prosenttia. Tuloryhmien välinen ero oli 24 prosenttiyksikköä verrattuna EU:n keskiarvoon, joka oli 20 prosenttiyksikköä (Kaavio 10.). Vastaavasti korkeammin koulutettujen osallistumisaste oli 85 prosenttia ja matalammin koulutettujen 40 prosenttia. Koulutustasojen välinen ero oli 45 prosenttiyksikköä, mikä on huomattavasti suurempi kuin EU:ssa keskimäärin (34 prosenttiyksikköä).

Suomessa kohdunkaulan syövän seulontaan osallistumisessa on eroja myös eri kieliryhmien välillä (Lamminmäki ym., 2022). Seulontaan osallistuminen oli vuosina 2010–2014 suurinta suomea äidinkielenään puhuvien keskuudessa (69 %). Muut kieliryhmät osallistuivat vähemmän aktiivisesti: esimerkiksi venäjänkielisten osallistumisaste oli 66 prosenttia, thainkielisten 63 prosenttia ja somalinkielisten vain 24 prosenttia.

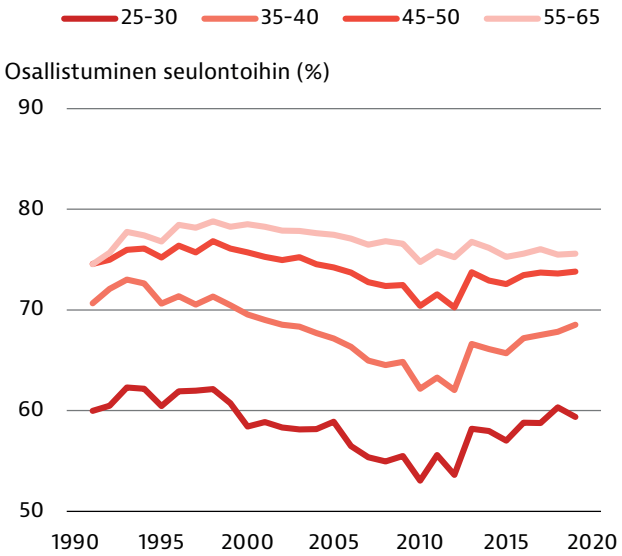
Kaavio 10. Kohdunkaulan syövän seulonnan osallistumisaste Suomessa on korkea, mutta ero tulotasot välillä on merkittävä



Huom. EU:n keskiarvo on painotettu (perustuu Eurostatin laskelmaan). Kaaviossa esitetään niiden vähintään 15-vuotiaiden naisten osuus, jotka ovat ilmoittaneet käyneensä kohdunkaulan syövän seulonnassa viimeisen kolmen vuoden aikana.
Lähde: Eurostatin tietokanta (EHIS). Tiedot koskevat vuotta 2019.

Suomessa kohdunkaulan syövän seulontaan osallistumisessa ei ole tapahtunut suuria muutoksia viime vuosikymmeninä (Kaavio 11). Vaikka seulontakutsut kattavat kohdeväestön käytännössä kokonaan, seulontaan osallistumisessa oli eroja eri ikäryhmien välillä: Vanhemmissa ikäryhmissä (55–65-vuotiaat ja 45–50-vuotiaat) osallistumisaste oli yli 70 prosenttia, kun taas 35–40-vuotiaiden ryhmässä osallistuminen väheni ajan myötä. 25–30-vuotiaiden naisten osallistuminen jäi vuonna 2019 alle 60 prosenttiin.

Kaavio 11. Kohdunkaulan syövän seulontaan osallistuminen ei juurikaan muutu ajan mittaan, mutta ikäryhmien välillä on edelleen eroja



Lähde: Suomen Syöpärekisteri (2021).

Suomen Syöpärekisteri on tärkeä terveydenhuoltopolitiikan resurssi

Suomen Syöpärekisteri, joka koostuu valtakunnallisesta syöpärekisteristä ja kansallisista seulontarekistereistä, vastaanottaa tietoja palveluntarjoajilta ja seulontayksiköiltä. Raportointi on pakollista ja perustuu erityislainsäädäntöön. Tilastokeskuksen kuolleisuus- ja sosiodemografiset tiedot päivitetään vuosittain, ja lisätietoa kuolinajasta, asuinpaikasta, maastamuutosta ja maahanmuutosta saadaan Suomen väestötietojärjestelmästä. Suomi voi yhdistää lääketieteellisiä tietoja Digi- ja väestötietoviraston ja Tilastokeskuksen tietoihin, jotta tiettyjä väestöryhmiä voidaan tarkastella esimerkiksi äidinkielen, sosioekonomisen aseman tai koulutustason mukaan.

Syöpärekisteri on kehittänyt sisäisen laadunvarmistusjärjestelmän, joka helpottaa kuntien suorittamaa seurantaa. Lisäksi yksittäisten henkilöiden seulontatiedot ovat seulojien käytettävissä. Useimmat merkitykselliset tietokentät ovat muokattavissa tilastollisia tarkoituksia varten. Seulontatoimintaan kohdistetaan sekä sisäisiä että ulkoisia tarkastuksia (Lönnberg ym., 2012; Lunkka ym., 2021) tietojen oikeellisuuden varmentamiseksi ja ohjelmien vaikuttavuuden arvioimiseksi.

Suomen Syöpärekisteri arvioi eturauhassyövän, keuhkosyövän ja munasarjasyövän seulontaa koskevaa näyttöä

Suomi arvioi tuoreinta tieteellistä näyttöä myös muista syöpäseulontatyypeistä,

kuten eturauhassyövän, keuhkosyövän ja munasarjasyövän seulonnasta. Huolimatta näytöstä, jonka mukaan PSA-testiin perustuva seulonta vähentää eturauhassyöpäkuolleisuutta viidenneksellä, eturauhassyövän seulontaa ei suositella Suomessa ylidiagnosointiin ja ylihoitamiseen liittyvien ongelmien vuoksi (Hugosson ym., 2019). Suomalaisessa satunnaistetussa eturauhassyövän seulontaa koskevassa tutkimuksessa seurataan noin 80 000:ta yli 25-vuotiasta miestä. Tutkimuksessa tutkitaan PSA-seulonnasta johtuvaa ylidiagnosointia ja arvioidaan eturauhasen tunnustelun tarkkuutta syövän seulontamenetelmänä (Suomen Syöpärekisteri, 2021).

Suomessa ei tällä hetkellä suositella myöskään keuhkosyövän seulontaa seurantaan liittyvien haasteiden vuoksi (van der Aalst, ten Haaf & de Koning, 2016). Munasarjasyövän seulonnasta on meneillään arviointitutkimus, jonka kuolleisuusarvio valmistuu lähivuosina (Menon ym., 2021).

5. Syövänhoidon suorituskyky

5.1 Saavutettavuus

Suomessa terveydenhuolto on kaikkien saatavilla, mutta omavastuuosuudet ovat korkeat

Kaikki Suomessa vakituisesti asuvat henkilöt kuuluvat kunnallisen terveydenhuollon piiriin. Kunnallinen terveydenhuolto kattaa laajasti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluja. Vuonna 2019 asiakasmaksuilla katettu osuus Suomen terveydenhuoltomenoista (17 %) oli suurempi kuin EU:ssa keskimäärin (15 %). Suurin osa asiakasmaksuista on peräisin lääkkeistä sekä avohoidon, hammashoidon ja pitkäaikaishoidon palveluista.

Terveydenhuollon ammattilaisten määrä vaihtelee alueittain, mutta sädehoitokeskusten määrä on korkea

Suomessa oli vuonna 2020 vähemmän lääkäreitä kuin EU:ssa keskimäärin (Suomessa 3,5 ja EU:ssa 4,0 lääkäriä 1 000:ta asukasta kohti), mutta sairaanhoitajien määrä oli EU:n suurin (Suomessa 14,3 ja EU:ssa 8,9 hoitajaa 1 000:ta asukasta kohti). Syöpälääkäreiden määrä 100 000:ta asukasta kohti kasvoi 2,26:sta 3,17:ään vuodesta 2006 vuoteen 2014 eli vähemmän kuin EU:ssa keskimäärin (1,93 vuonna 2006 ja 3,29 vuonna 2014). Terveydenhuollon ammattilaisten epätasainen maantieteellinen jakautuminen aiheuttaa kuitenkin eriarvoisuutta hoidon saatavuudessa. Lääkäritiheys on suuri pääkaupunkiseudulla, mutta maaseudulla ja syrjäisillä alueilla työskentelee vain vähän lääkäreitä.

Suomessa on enemmän sädehoitokeskuksia kuin EU:ssa keskimäärin (Suomessa 10,3 ja EU:ssa 8,9 keskusta 1 000 000:aa asukasta kohti) (Kaavio 12). Maassa on EU-maista eniten megavolttiluokan (MV) sädehoitokeskuksia (9 keskusta 100 000:ta asukasta kohti), mutta protonihoitoon erikoistuneita tai kilovolttiluokan (kV) keskuksia ei ole lainkaan.

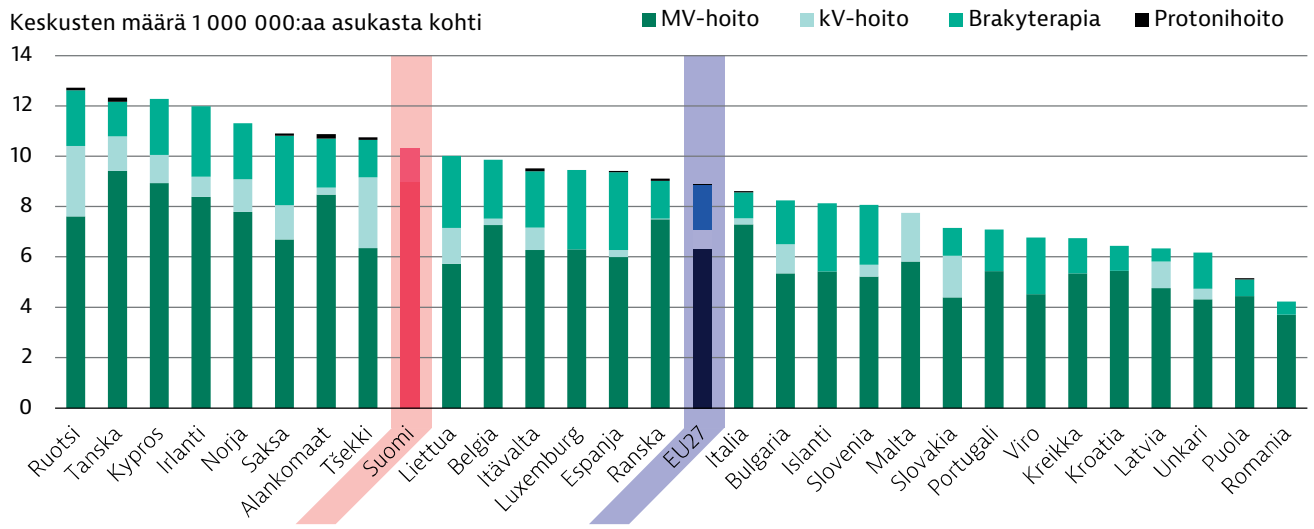
Lääkepula on kymmenkertaistunut viime vuosikymmenen aikana

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea raportoi, että saatavuusongelmista kärsivien lääkkeiden määrä kasvoi vuonna 2010 raportoidusta 67 valmisteesta 696 valmisteeseen vuonna 2018. Vuonna 2018 tehdyssä tutkimuksessa (European Association of Hospital Pharmacists, 2018) kävi ilmi, että syöpälääkkeet olivat mikrobilääkkeiden ja rokotteiden jälkeen yleisin lääkeryhmä, josta oli pulaa. Syöpälääkkeiden saatavuushäiriöitä esiintyy kaikkialla Suomessa ilman alueellisia eroja. Aloitteissa, joilla pyritään puuttumaan lääkepulaan, keskitytään edistämään oikea-aikaista tiedonkulkua terveydenhuollon ammattilaisten, potilaiden ja apteekkien välillä sekä monikielisten pakkausten käyttöä. Tällainen aloite on esimerkiksi pohjoismainen yhteistyöaloite, johon osallistuvat Tanska, Suomi, Islanti, Norja ja Ruotsi.

Suomi on käynnistänyt aloitteita yksilöllistetyn hoidon kehittämiseksi

Genomikeskuksesta annetulla lailla perustetaan kansallinen Genomikeskus, joka toimii Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen yhteydessä. Sen tehtävänä on hallinnoida yksilöllistetyn hoidon

Kaavio 12. Sädehoitolaitteistojen saatavuus Suomessa on EU:n keskiarvoa suurempi



Huom. EU27:n keskiarvo on painottamaton (perustuu OECD:n laskelmaan).
Lähde: Kansainvälinen atomienergiajärjestö.

tarpeita. Keskuksen yhteyteen perustetaan kansallinen genomitietorekisteri, jonka tietoja voidaan käyttää terveydenhuollon, tutkimuksen ja innovoinnin tarkoituksiin. Laissa edellytetään, että rekisterin muut käyttäjät, kuten muut kuin lääketieteelliset asiantuntijat ja sosiaalivi-ranomaiset, anonymisoivat tiedot.

Cancer IO on osa Business Finlandin Yksilöllistetyn terveyden ohjelmaa. Se on Helsingin yliopiston koordinoima julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyöhanke, jolla edistetään syövän immunoterapian tutkimusta ja innovointia (Cancer IO, 2022). Hankkeeseen osallistuu neljä yliopisto-sairaalaa, yksi keskussairaala, pk-yrityksiä, potilasjärjestöjä sekä immunoterapiaan investoivia lääkeyhtiöitä.

Yksilöllistä syövänhoitoa selvittävä kansallinen vaiheen 2 lääketutkimus edenneessä syövässä (FinProve)

Suomen neljä suurinta syöpäkeskusta toteuttavat vuosina 2021–2026 kansallisen tutkimuksen, jonka tarkoituksena on selvittää edenneiden syöpien hoitoa molekyyliprofiloinnin avulla (5.2 Laatu). FinProve on prospektiivinen ei-satunnaistettu kliininen tutkimus, jonka tarkoituksena on määrittää Euroopan lääkeviraston, Yhdysvaltain elintarvike- ja lääkeviraston (FDA) tai Japanin lääkkeiden ja lääkinnällisten laitteiden valvonta-viraston (PMDA) hyväksymien tai niiden arvioitavana olevien syövän täsmälääkkeiden tai lääkeyhdistelmien teho ja myrkyllisyys edenneen syövän hoidossa. Tutkimukseen voivat osallistua vähintään 18-vuotiaat levinnyttä syöpää sairastavat henkilöt, joilla on kiinteitä kasvaimia, joihin tavanomaiset hoitomuodot eivät ole tehonneet. Lisäksi osallistujien elintoimintojen on oltava hyväksyttävät.

5.2 Laatu

Suomessa syövän elossaololuvut ylittävät EU:n keskiarvon

Suomessa eturauhassyöpään, lapsuusiän leukemiaan, kohdunkaulan syöpä, rintasyöpään sekä paksu- ja peräsuolen syöpään sairastuneiden elossaololuvut ovat korkeampia kuin EU24-maissa keskimäärin (Kaavio 13). Eturauhassyövän ja lapsuusiän leukemian elossaololuvut ovat yli 90 prosenttia, mutta keuhkosyövän elossaololuku (13 %) jää alle EU24-maiden keskiarvon (15 %).

Paksu- ja peräsuolen syövän viiden vuoden elossaololuku kasvoi vuosista 1967–1971 vuosiin 2012–2016 miehillä 32 prosentista 65 prosenttiin, naisilla taas 35 prosentista 67 prosenttiin (Hemminki, Försti ja Hemminki, 2021). Kaiken kaikkiaan elossaololuvut kasvoivat vähiten viimeksi kuluneen vuosikymmenen aikana, ja erot yhden ja viiden vuoden elossaololukujen välillä ovat pysyneet muuttumattomina 50 vuoden ajanjaksolla.

Suomen Syöpärekisterin mukaan lapsuusiän syöpien elossaololuvuissa on eroja ulkomaalaistaustaisten ja suomalaistaustaisten välillä (Kyrönlahti ym., 2020). Lapsuusiässä syöpään sairastuneiden viiden vuoden elossaololuku oli 83 prosenttia, jos äiti tai isä oli suomalaistaustainen. Se oli kuitenkin 68 prosenttia, jos äiti oli ulkomaalaistaustainen, ja 70 prosenttia, jos isä oli ulkomaalaistaustainen.

Yksi Suomen Syöpäyhdistyksen hankkeista vuonna 2022 on tehdä yhteistyötä venäläisten vapaaehtoisten kanssa, jotta venäjänkielisiä syöpäpotilaita ja heidän läheisiään voitaisiin tukea syöpähoitojen ja muiden asiaan liittyvien

Kaavio 13. Elossaololuvut ylittävät EU:n keskiarvon useimpien syöpien osalta

Eturauhassyöpä	Lapsuusiän leukemia	Rintasyöpä	Kohdunkaulan syöpä	Paksu- ja peräsuolen syöpä	Keuhkosyöpä
Suomi: 93%	Suomi: 95%	Suomi: 89%	Suomi: 67%	Suomi: 65%	Suomi: 13%
EU24: 87%	EU24: 82%	EU24: 83%	EU24: 64%	EU24: 60%	EU24: 15%

Huom. Tiedot koskevat ihmisiä, jotka saivat diagnoosin vuosina 2010–2014. Lapsuusiän leukemialla tarkoitetaan akuuttia lymfoblastileukemiaa.
Lähde: CONCORD-ohjelma, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

palvelujen saamisessa. Vuonna 2021 koulutettiin 17 uutta venäjänkielistä vapaaehtoista yhteistyössä Suomen Venäjänkielisten Keskusjärjestön ja kahden sen jäsenyhdistyksen kanssa.

Suomi panostaa palliatiivisen hoidon perusopetukseen ja erikoistumiskoulutukseen

Eurooppalaisen raportin (Arias ym., 2019) mukaan vuonna 2018 Suomessa oli 0,7 palliatiivisen hoidon yksikköä 100 000:ta asukasta kohti, mikä on alle EU:n keskiarvon (1,1 yksikköä 100 000:ta asukasta kohti). Vuonna 2017 keskimääräinen opioidien (pois lukien metadoni) kulutus asukasta kohti Suomessa oli morfiiniekvivalentteina ilmaistuna 126,9 mg, mikä on enemmän kuin EU:ssa keskimäärin (107 mg). Palliatiivisen hoidon opinnot ovat pakollisia 40 prosentissa lääketieteen koulutusohjelmista, mutta raportissa korostettiin myös, että hoitotyön oppilaitoksissa vastaava luku on vain 10 prosenttia. Tämä luku on yksi EU:n alhaisimmista.

Opetus- ja kulttuuriministeriö toteutti vuosina 2018–2021 EduPal-hankkeen, jossa pyrittiin kehittämään palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutusta monialaisen yhteistyön ja työelämäyhteistyön avulla. Hankkeen tavoitteena oli arvioida palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen parhaita käytäntöjä, laatia palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen osaamiskuvaukset, laatia valtakunnalliset suositukset palliatiivisen hoidon sisällyttämisestä hoitotyön ja lääketieteen perusopetukseen ja palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen erikoistumiskoulutuksiin sekä edistää palliatiiviseen hoitoon liittyvää tutkimus- ja kehittämistoimintaa.

Kansallinen syöpäkeskus toimii syöpäalan osaamiskeskuksena

Sosiaali- ja terveysministeriö perusti 31. joulukuuta 2019 kansallisen syöpäkeskuksen, joka koostuu viidestä alueellisesta syöpäkeskuksesta ja toimintaa koordinoivasta yksiköstä. Keskus valvoo kliinistä syöpätutkimusta ja syövänhoidon palveluresurssien käyttöä kansallisella tasolla. Keskuksen tehtävänä on edistää yhdenvertaista syövänhoitoa sekä syöpään liittyvää tutkimus- ja kehittämistoimintaa.

Euroopan syöpäinstituuttien järjestö OECI on myöntänyt sertifioinnin neljälle syöpäkeskukselle, jotka sijaitsevat Helsingissä, Tampereella, Turussa ja Kuopiossa. Keskukset ovat sitoutuneet edistämään syöpätutkimusta ja tukemaan kliinistä tutkimusta.

Syöpäpotilaiden psykososiaalinen tuki on edelleen tärkeä kysymys Suomessa

Syöpäsuunnitelmassa kuvataan yleistä psyko-onkologista tukea koskevat erityistavoitteet, toimet ja toimenpiteet. Syöpäpotilaille ja heidän läheisilleen on kuitenkin tarjolla edelleen vain vähän psykososiaalista tukea syöpädiagnoosin jälkeen (Tiirola ym., 2021).

Suomen Syöpäyhdistys, joka on potilaiden, terveydenhuollon ammattilaisten ja muiden vapaaehtoisten valtakunnallinen kattojärjestö, tarjosi vuonna 2021 neuvontaa ja psykososiaalista tukea syöpää sairastaville, heidän läheisilleen ja muille syöpään liittyvistä asioista huolissaan oleville. Palvelut olivat saatavilla puhelimitse ja verkossa kolmella pääkielellä (suomi, ruotsi ja englanti). Tavoitteena oli tarjota apua potilaan tarpeiden mukaan ja helpottaa siirtymistä arkeen syövän jälkeen.

Uudessa, Tanskan ja Ruotsin kanssa toteutettavassa yhteistyöhankkeessa (Socioeconomic consequences Adult Life after Childhood Cancer in Scandinavia) pyritään tunnistamaan potilasryhmiä, jotka useimmiten kohtaavat psykososiaalisia haasteita myöhemmin elämässään. Hankkeessa keskitytään syövästä parantuneiden koulutus- ja työllistymismahdollisuuksiin, kykyyn suorittaa asepalvelus, mielenterveysongelmiin, riskikäyttäytymiseen sekä sosiaalietuuksien ja muun avun tarpeeseen. Tutkimukseen osallistuu noin 8 500 potilasta, joilla on todettu syöpä 0–19-vuotiaana vuosina 1971–2009.

Suomen Omakanta-alusta varmistaa potilastietojen kulun eri sektoreiden välillä

Omakanta on potilastietojärjestelmä, joka helpottaa tietojen jakamista potilaiden siirtyessä eri sektoreiden välillä. Järjestelmän avulla terveydenhuollon ammattilaiset voivat tarkastella potilastietoja ja jakaa tietoja muiden ammattilaisten kanssa. Omakanta-tiliä hallinnoivat potilaat itse, minkä ansiosta he voivat hallita tietojaan täysin ja antaa suostumuksensa tietojen jakamiseen.

Suomen Syöpärekisteri on mukana yhteiseurooppalaisessa RARECARE-hankkeessa

Vuosittain noin 6 700 suomalaisella todetaan harvinainen syöpä. Suomen Syöpärekisterin vuonna 2016 julkaiseman raportin mukaan joka vuosi 22 prosenttia kaikista uusista tapauksista koskee harvinaista syöpätyyppiä. Suurin osa harvinaisista syövistä on lasten ja nuorten aikuisten syöpiä.

Harvinaista syöpää sairastavien elossaololuku on pienempi kuin yleistä syöpää sairastavilla. Ero on havaittavissa, kun diagnoosista on kulunut vuosi, ja se kasvaa ajan myötä. Suomessa vuosina 2007–2013 harvinaista syöpää sairastavien suhteellinen viiden vuoden elossaololuku oli 54 prosenttia, mikä on 17 prosenttiyksikköä alhaisempi kuin yleistä syöpää sairastavilla (71 %).

5.3 Kustannukset ja kustannustehokkuus

Suomessa kolmasosa syövän kustannuksista on välillisiä kustannuksia, mikä vastaa EU:n keskiarvoa

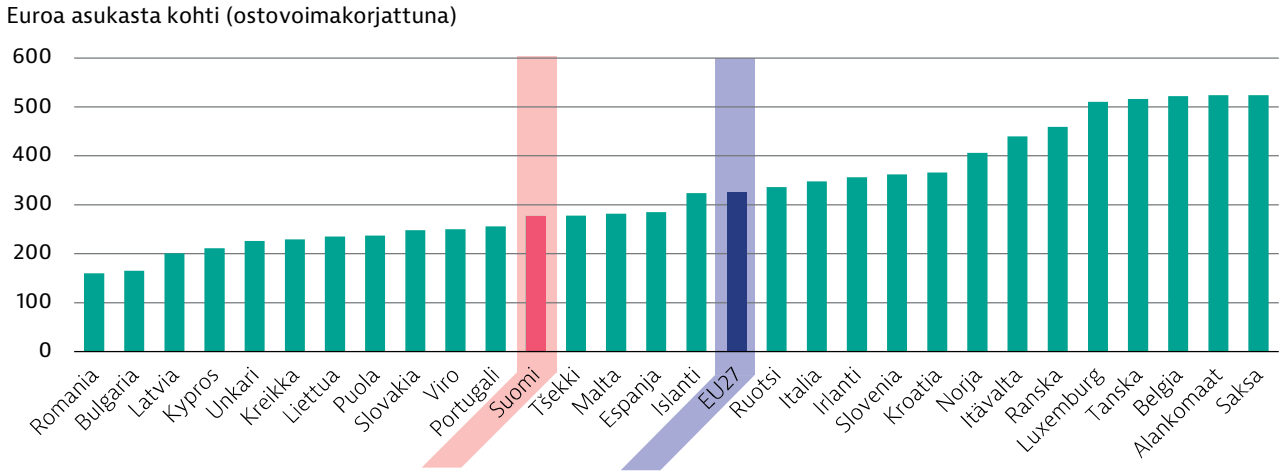
Vuonna 2020 terveydenhuoltomenojen osuus Suomen BKT:stä oli 9.6% prosenttia. Osuus kasvoi 9,1 prosentista 9.6% prosenttiin vuosien 2010 ja 2020 välisenä aikana. Syövänhoidon kustannukset vuonna 2018 olivat Suomessa 1 895 miljoonaa euroa, mikä on vähemmän kuin EU:ssa keskimäärin (6 129 miljoonaa euroa). Syövänhoidon kokonaismenoista 844 miljoonaa euroa liittyi syövänhoitoon (josta 331 miljoonaa euroa syöpälääkkeisiin) ja 337 miljoonaa euroa epävirallisiin kustannuksiin. Välilliset kustannukset, jotka ovat seurausta ennenaikaisesta kuolleisuudesta ja sairastuvuudesta johtuvasta tuottavuuden menetyksestä (559 miljoonaa euroa kuolleisuuden ja 154 miljoonaa euroa sairastuvuuden osalta), muodostivat yli kolmanneksen syövän kokonaiskustannuksista, mikä vastaa EU:n keskiarvoa (2 162 miljoonaa euroa yhteensä 6 129 miljoonasta eurosta).

Vuonna 2018 Suomen syöpämenot olivat 277 euroa asukasta kohti (ostovoimakorjattuna), mikä on alle EU:n keskiarvon (326 euroa asukasta kohti) (Kaavio 14). Avohoidon kustannukset lähes kaksinkertaistuivat Suomessa vuosina 2004–2014. Suurimmat kustannusten aiheuttajat olivat avohoito ja lääkkeet (Torkki ym., 2017).

Uudet sairaalalääkkeet arvioidaan kansallisesti, mutta hyväksymisestä päätetään sairaalatasolla

Jotta saataisiin tietoa uusien syöpälääkkeiden hoidollisista ja taloudellisista vaikutuksista, sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa toimivat Fimea ja Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto (Palko) tai yliopistosairaaloiden terveydenhuollon menetelmien arviointiverkosto (HTA-verkosto), jota koordinoi kansallinen HTA-koordinointiyksikkö FinCCHTA, arvioivat lääkkeen vaikutuksia kansallisella tasolla. Fimea noudattaa arvioinnissa Euroopan komission ja Euroopan lääkeviraston suosituksia. Palko antaa kansallisia suosituksia, jotka koskevat

Kaavio 14. Suomessa syövänhoidon kustannukset asukasta kohti ovat EU:n keskiarvoa alhaisemmat



Huom. EU27:n keskiarvo on painottamaton (perustuu OECD:n laskelmaan).
Lähde: Hofmarcher ym. (2020).

diagnosointia, hoitoa ja lääkkeiden sisällyttämistä julkisen sektorin palveluvalikoimaan.

Lopullinen päätös uusien syöpälääkkeiden käyttöönotosta ja hyväksymisestä tehdään kuitenkin sairaalatasolla. Cancer IO raportin mukaan sairaalat käyttävät päätöksenteossaan seuraavia kriteerejä: Euroopan lääkeviraston hyväksyntä, riittävä hyöty potilaille (elossaololuku kasvaa noin kolmella kuukaudella), riittävä kustannustehokkuus, vaiheen III kliiniset tutkimukset on saatettu päätökseen, Palkon tai FinCCHTA:n suositus ja sopiva potilasprofiili (Cancer IO, 2022).

Rahoitus- ja sääntelymekanismit voivat aiheuttaa eriarvoisuutta syövänhoidossa

FinCCHTA:lla on ainoastaan lääkkeiden sääntelyyn ja suositusten antamiseen liittyviä tehtäviä, kun taas muissa Pohjoismaissa (Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa) HTA-elimillä on vastuu myös hinnoittelusta ja korvauksista (Cancer IO, 2022). Muissa Pohjoismaissa on käytössä kansalliset hankintaprosessit, mutta Suomessa on viisi erillistä sairaalahankintapiiriä, joita koordinoivat viisi yliopistollista sairaanhoitopiiriä. Terveydenhuollon nykyinen, hajautettu rahoitusrakenne rajoittaa uusien, innovatiivisten ja erittäin kalliiden syövänhoitoon tehtävien investointien tukemista, mikä voi johtaa eriarvoisuuteen syöpälääkkeiden saatavuudessa. Lisäksi vaikka uusia lääkkeitä arvioidaan kansallisella tasolla, prosessiin osallistuu useampi kuin yksi sääntelyelin. Myös näissä prosesseissa esiintyvät erot voivat johtaa eriarvoisuuteen syöpälääkkeiden saatavuudessa.

5.4 Covid-19 ja syöpä: muutosjoustavuuden parantaminen

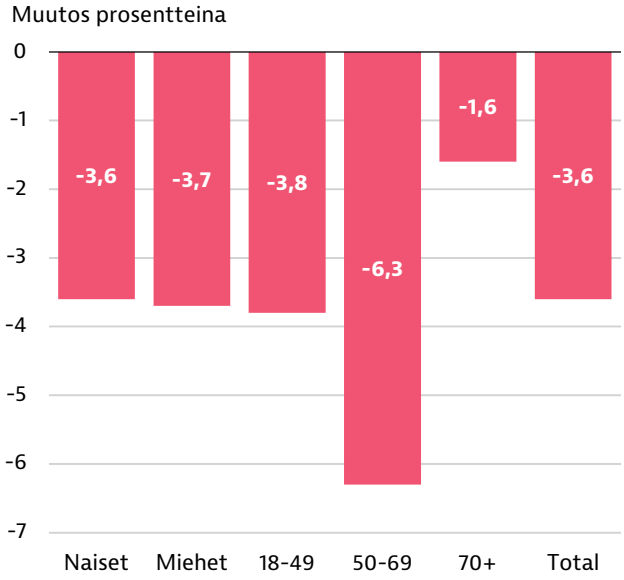
Toisin kuin useimmissa EU-maissa, covid-19-pandemialla ei ollut merkittävää vaikutusta kuolleisuuteen Suomessa. Elokuussa 2021 covid-19-pandemiasta johtuvien kuolemantapausten kokonaismäärä oli EU-maiden pienimpiä (19 tapausta 100 000:ta asukasta kohti).

Uusien syöpätapausten määrä väheni Suomessa vuonna 2020

Suomessa todettiin vuonna 2020 noin 1 600 (4 %) uutta syöpää vähemmän kuin olisi odotettu ilman pandemiaa (Pitkäniemi ym., 2022). Uusien syöpätapausten määrä väheni lähes kaikissa syöpätyypeissä mutta erityisen merkittävästi ihomelanoomassa, jota todettiin noin 400 tapausta (21 %) vähemmän kuin odotettiin. Muutos oli merkittävämpi alle 60-vuotiaiden keskuudessa (19 %) kuin 60 vuotta täyttäneillä (12 %).

Maaliskuun ja kesäkuun 2020 välisenä aikana syöpäbiopsioiden määrä väheni 12 prosenttia verrattuna samaan ajanjaksoon vuosina 2018 ja 2019 (Fujisawa, 2022). Vuonna 2020 syöpärekistereihin ilmoitettujen uusien pahanlaatuisten tapausten määrä väheni merkittävästi huhtikuussa (– 11 %) ja toukokuussa (– 24 %) (Johansson ym., 2022). Uusien pahanlaatuisten tapausten kumulatiivinen vaje oli Suomessa vuonna 2020 Pohjoismaiden toiseksi suurin (– 4 %) (suurin Ruotsissa, – 6 %). Kumulatiivisessa vajeessa ei ollut eroja sukupuolten välillä, mutta sen sijaan eri ikäryhmissä: tapausten määrä vähentyi eniten 50–69-vuotiailla (– 6 %), seuraavaksi eniten 18–49-vuotiailla (– 4 %) ja 70 vuotta täyttäneillä (– 2 %) (Kaavio 15).

Kaavio 15. Syöpähoitoon pääsy häiriintyi covid-19-pandemian aikana, pääasiassa 50–69-vuotiaiden keskuudessa



Lähde: Johansson ym. (2022).

Covid-19-pandemia häiritsi seulontatoimintaa erityisesti vanhempien ikäryhmien osalta

Suomessa ei asetettu valtakunnallisia syöpäseulontaa koskevia rajoituksia vuonna 2020, mutta joissakin kunnissa toiminta keskeytettiin tilapäisesti. Niissäkin kunnissa, joissa sitä ei keskeytetty, osallistuminen oli vähäisempää kuin aiempina vuosina. Vuonna 2020 seulontaikäisillä naisilla (50–69-vuotiaat) todettiin 8 prosenttia vähemmän uusia rintasyöpiä kuin vuonna 2019. Nuoremmassa ikäryhmässä (alle 50-vuotiaat) vastaava luku oli 1 prosentti, 70-vuotiailla ja sitä vanhemmilla naisilla 3 prosenttia (Pitkäniemi ym., 2022).

Kutsujen lähettäminen paksu- ja peräsuolen syövän seulontaan keskeytettiin kaikissa kunnissa maalis-huhtikuussa 2020, joissakin kunnissa kesäkuuhun 2020 asti. Viivästys kompensoitiin lähettämällä syksyllä ylimääräisiä kutsuja, ja ruuhka saatiin purettua.

6. Eriarvoisuus

Suomessa terveydenhuolto on kaikkien saatavilla, ja kaikki Suomessa vakituisesti asuvat henkilöt kuuluvat kunnallisen terveydenhuollon piiriin. Kunnallinen terveydenhuolto kattaa laajasti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluja. Sosiaali- ja terveysministeriön perustaman kansallisen syöpäkeskuksen tehtävänä on edistää yhdenvertaista syövänhoitoa ja tutkimus- ja kehittämistoimintaa. Sosiaalista eriarvoisuutta esiintyy kuitenkin ennaltaehkäisyssä, varhaisessa diagnosoinnissa ja syövän seurauksissa erityisesti seuraavilla alueilla:

- Miehillä on suurempi todennäköisyys saada syöpädiagnoosi, mutta terveydenhuollon keinoin vältettävissä oleva kuolleisuus ja ehkäistävissä oleva kuolleisuus on paljon suurempi naisten keskuudessa. Terveydenhuollon keinoin vältettävissä oleva kuolleisuus oli miehillä 14 tapausta 100 000:ta asukasta kohti, kun naisilla vastaava luku oli 30.
- Ulkomaalaistaustaisten ja ulkomailla syntyneiden lasten kuolleisuus on suurempi kuin suomalaistaustaisten ja Suomessa syntyneiden lasten. Kuolleisuus oli korkeampi myös silloin, kun äidin (2,3 kertaa korkeampi) tai isän (1,9 kertaa korkeampi) äidinkieli oli muu kuin suomi tai ruotsi.
- Sosiaalista eriarvoisuutta esiintyy myös altistumisessa syöpäriskiä lisääville tekijöille, joita ovat muun muassa alkoholin riskikulutus, tupakointi ja lihavuus. Riskit ovat suuremmat heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisryhmien keskuudessa. Tupakointi on yli kaksi kertaa yleisempää matalammin koulutettujen keskuudessa kuin korkeammin koulutetuilla.
- Uusien keuhkosyöpien ja keuhkosyövästä aiheutuvien kuolemantapausten määrissä on maantieteellistä eriarvoisuutta, ja riskit ovat suuremmat Helsingin, Lapin ja Ahvenanmaan alueilla.
- Myös seulontoihin osallistumisessa esiintyy sosioekonomista eriarvoisuutta. Vieraskieliset naiset käyvät epätodennäköisemmin rintasyövän ja kohdunkaulan syövän seulonnoissa. Vastaavasti kohdunkaulan syövän seulonnoissa osallistumisaste on 40 prosenttia korkeampi suurituloisemmilla kuin pienituloisempien keskuudessa.
- Terveydenhuollon ammattilaisten epätasainen maantieteellinen jakautuminen aiheuttaa eriarvoisuutta hoitoon pääsyssä. Lääkäritiheys on suuri pääkaupunkiseudulla, mutta maaseudulla ja syrjäisillä alueilla työskentelee vain vähän lääkäreitä.

Noin 7 000 suomalaista on sairastanut syövän alle 25-vuotiaana. Heillä on suurempi terveysongelmien ja mielenterveysongelmien riski kuin heidän terveillä sisaruksillaan. Tämän haasteen ratkaisemiseksi Suomi on kehittänyt useita aloitteita, kuten psykososiaalisen tuen, joka on suunnattu syövän sairastaneille henkilöille.

Suomessa on myös toteutettu uudistuksia ja aloitteita yhdenvertaisen syövänhoidon tarjoamiseksi. Niihin kuuluvat muun muassa kansallisen syöpäkeskuksen perustaminen, seulontakutsujen laatiminen myös vähemmistökielillä ja henkilöstön kouluttaminen vieraskielisten syöpäpotilaiden ja heidän läheistensä avustamiseksi.

Viitteet

Arias, N. (Natalia), Garralda, E. (Eduardo), Rhee, J.Y. (John Y.) ym. *"EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019"*. Vilvoorde: EAPC Press (2019), https://hdl.handle.net/10171/56787.

Cancer IO (2022), *Cancer immunotherapies in Finland*, Helsinki, Cancer IO, https://cancerio.org/wp-content/uploads/2022/03/Cancer-Immunotherapies-in-Finland.pdf.

European Association of Hospital Pharmacists (2018), *Medicine shortages in European hospitals, Bryssel*, European Association of Hospital Pharmacists, https://www.eahp.eu/sites/default/files/report_medicines_shortages2018.pdf.

Suomen Syöpärekisteri (2021), *Kohdunkaulansyövän seulontaohjelma. Vuosikatsaus 2021*, Helsinki, Suomen Syöpärekisteri, https://syoparekisteri.fi/assets/files/2021/06/Kohdunkaulasyovan-seulonnan-vuosikatsaus-2021_final.pdf.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2022), *Lasten ja nuorten ylipaino ja lihavuus 2021*, https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/145296/Lasten_ja_nuorten_ylipaino_ja_lihavuus_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Fujisawa, R. (2022), *Impact of the COVID-19 pandemic on cancer care in OECD countries*, Pariisi, OECD Publishing, https://doi.org/10.1787/c74a5899-en.

Hemminki, K., Försti, A., Hemminki, A. (2021), Survival in colon and rectal cancers in Finland and Sweden through 50 years, *BMJ Open Gastroenterology*, 8(1):e000644.

Hofmarcher, T. ym. (2020), The cost of cancer in Europe 2018, *European Journal of Cancer*, 129:41–49.

Hugosson, J. ym. (2019), A 16-yr follow-up of the European Randomized study of Screening for Prostate Cancer, *European Urology*, 76(1):43–51.

Johansson, A. ym. (2022), The impact of the COVID-19 pandemic on cancer diagnosis based on pathology notifications: a comparison across the Nordic countries during 2020, *International Journal of Cancer*, 151(3):381–95.

Kyrönlahti, A. ym. (2020), Childhood cancer mortality and survival in immigrants: a population-based registry study in Finland, *International Journal of Cancer*, 146(10):2746–55.

Lamminmäki, M. ym. (2022), Health inequalities among Russian-born immigrant women in Finland: longitudinal analysis on cervical cancer incidence and participation in screening, *Journal of Migration and Health*, 6:100117.

Lönnberg, S. ym. (2012), Mortality audit of the Finnish cervical cancer screening program, *International Journal of Cancer*, 132(9):2134–40.

Lunkka, P. ym. (2021), Accuracy of Finnish Cancer Registry colorectal cancer data: a comparison between registry data and clinical records, *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 56(3):247–51.

Menon, U. ym. (2021), Ovarian cancer population screening and mortality after long-term follow-up in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS): a randomised controlled trial, *The Lancet*, 397(10290):2182–93.

Pitkäniemi, J. ym. (2022), *Syöpä 2020. Tilastoraportti Suomen syöpätilanteesta*, Helsinki, Suomen Syöpäyhdistys, https://syoparekisteri.fi/assets/files/2022/06/Syopa-2020-raportti_fin.pdf.

Pitkäniemi, J. ym. (2019), *Syöpä 2019. Tilastoraportti Suomen syöpätilanteesta*, Helsinki, Suomen Syöpäyhdistys, https://syoparekisteri.fi/assets/files/2021/05/Syopa_2019_tilastoraportti.pdf.

Tiirola, H. ym. (2021), Development of cancer support services for patients and their close ones from the Cancer Society of Finland's perspective, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 16(1):1915737.

Torkki, P. ym. (2017), Cancer costs and outcomes in the Finnish population 2004–2014, *Acta Oncologica*, 57(2):297–303.

van der Aalst, C., ten Haaf, K., de Koning, H. (2016), Lung cancer screening: latest developments and unanswered questions, *The Lancet Respiratory Medicine*, 4(9):749–61.

Maiden lyhenteet

Alankomaat	NL	Italia	IT	Liettua	LT	Ranska	FR	Suomi	FI
Belgia	BE	Itävalta	AT	Luxemburg	LU	Romania	RO	Tanska	DK
Bulgaria	BG	Kreikka	EL	Malta	MT	Ruotsi	SE	Tšekki	CZ
Espanja	ES	Kroatia	HR	Norja	NO	Saksa	DE	Unkari	HU
Irlanti	IE	Kypros	CY	Portugali	PT	Slovakia	SK	Viro	EE
Islanti	IS	Latvia	LV	Puola	PL	Slovenia	SI		

European Cancer Inequalities Registry

Syöpäprofiilit 2023

Syöpään liittyvien eriarvoisuuksien rekisteri on EU:n syöväntorjuntasuunnitelman lippulaiva-aloite. Se tarjoaa luotettavaa tietoa syövän ennaltaehkäisystä ja hoidosta, jotta voidaan tarkastella suuntauksia, eroja ja eriarvoisuutta jäsenvaltioiden ja alueiden välillä. Rekisteri sisältää Euroopan komission Yhteisen tutkimuskeskuksen kehittämän verkkosivuston ja tietotyökalun (https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/) sekä vuorotellen kahden vuoden välein ilmestyvän sarjan maakohtaisia syöpäprofiileja ja kattavan raportin syövän eriarvoisuudesta Euroopassa.

Syöpäprofiileissa kuvataan EU:n 27 jäsenvaltion sekä Islannin ja Norjan vahvuudet, haasteet ja erityiset toiminta-alat, jotka ohjaavat niiden investointeja ja toimia EU:n, kansallisella ja alueellisella tasolla EU:n syöväntorjuntasuunnitelman puitteissa. Euroopan syövän eriarvoisuusrekisteri tukee myös nollapäästötoimintasuunnitelman lippulaivaa 1.

Profiilit on laatinut OECD yhteistyössä Euroopan komission kanssa. Työryhmä haluaa kiittää kansalliset asiantuntijat, OECD:n terveyskomiteaa ja syöpään liittyvien eriarvoisuuksien rekisteriä käsittelevää EU:n asiantuntijaryhmää arvokkaista kommenteista ja ehdotuksista.

Kussakin maakohtaisessa syöpäprofiilissa esitetään lyhyt yhteenveto seuraavista:

- kansallinen syöpätaakka
- syövän riskitekijät, joissa keskitytään käyttäytymiseen ja ympäristöön liittyviin riskitekijöihin.
- varhaista havaitsemista koskevat ohjelmat
- syövän hoidon suorituskyky, jossa keskitytään saatavuuteen, hoidon laatuun, kustannuksiin ja COVID-19:n vaikutukseen syövän hoitoon.

Viitatkaa tähän julkaisuun seuraavasti:
OECD (2023), *Syöpäprofiilit: Suomi 2023,*
EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/a0e415cd-fi.

ISBN 9789264652941 (PDF)
Series : EU Country Cancer Profiles

European Commission

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES