

SUOMI

# SYÖPÄPROFIILIT

2025



European  
Commission



BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

## Syöpäprofiilisarja

Syöpään liittyvien eriarvoisuuksien rekisteri (ECIR) on EU:n syöpäntorjuntasuunnitelman lippulaiva-aloite. Se tarjoaa luotettavaa tietoa syövän ennaltaehkäisystä ja hoidosta, jotta voidaan tarkastella suuntauksia, eroja ja eriarvoisuutta jäsenvaltioiden, alueiden ja väestöryhmien välillä. Syöpäprofiileissa kuvataan EU:n 27 jäsenvaltion sekä Islannin ja Norjan vahvuudet, haasteet ja erityiset toiminta-ajat, jotka ohjaavat niiden investointeja ja toimia EU:n, kansallisella ja alueellisella tasolla EU:n syöpäntorjuntasuunnitelman puitteissa. Syöpiin liittyvien eriarvoisuuksien rekisteri tukee myös saasteettomuustoimintasuunnitelman lippulaivatoimea 1. Profiilit on laatinut OECD yhteistyössä Euroopan komission kanssa. Työryhmä haluaa kiittää kansallisia asiantuntijoita ja OECD:n terveystieteiden ja syöpiin liittyvien eriarvoisuuksien rekisteriä käsittelevää EU:n temaattista työryhmää arvokkaista tiedoista ja kommentteista.

## 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 pohjautuvat, on esitetty Eurostatin tietokannassa ja OECD:n terveystietokannassa.

Tietoa on saatu myös Euroopan komission yhteiseltä tutkimuskeskuksesta (JRC), EU:n tulo- ja elinolotutkimuksesta (EU-SILC), Maailman terveysjärjestöltä (WHO), Kansainväliseltä syöpäntutkimuslaitokselta (IARC), Kansainväliseltä atomienergiajärjestöltä (IAEA), lasten onkologian alan eurooppalaiselta yhdistykseltä (European Society for Paediatric Oncology, SIOPE), Euroopan unionin perusoikeusvirastolta (FRA, hlbtq-tutkimus), kouluikäisten lasten terveystietotutkimuksesta (HBSC) sekä vuoden 2023 maakohtaisista terveys- ja syöpäprofiileista ja muista 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. Kuolleisuus- ja ilmaantuvuusluvut on ikävakioitu Eurostatin vuonna 2013 hyväksymän Euroopan vakioväestön mukaisesti.

Ostovoimapariteetti määritellään valuutan muuntokurssiksi, joka tasoi eri valuttojen ostovoiman poistamalla maiden väliset hintatasoerot.

*Vastuuvapauslauseke: Tämän asiakirjan julkaisusta vastaavat OECD:n pääsihteeri ja Euroopan komission puheenjohtaja. Tässä asiakirjassa esitetyt näkemykset ja väitteet eivät välttämättä vastaa OECD:n tai Euroopan unionin jäsenvaltioiden virallisia kantoja. Tällä asiakirjalla ja asiakirjaan sisältyvillä tiedoilla ja kartoilla ei ole mitään vaikutusta minkään maa-alueen asemaan taikka itsemääräämisoikeuteen, kansainvälisten rajojen ja raja-alueiden linjauksiin eikä minkään maa-alueen, kaupungin tai muun alueen nimeen. Tässä yhteisessä julkaisussa käytetyt maiden ja alueiden nimet ja kartat ovat OECD:n käytäntöjen mukaisia.*

OECD:n osalta sovellettavat erityiset alueelliset vastuuvapauslausekkeet:

*Turkin tasavallan huomautus: Tässä asiakirjassa esitetyt tiedot, joissa viitataan "Kyprokseen", koskevat saaren eteläosaa. Saarella ei ole yhtä hallintoa, joka edustaisi sekä kyproksenturkkilaisia että kyproksenkreikkalaisia. Turkki tunnustaa Pohjois-Kyproksen turkkilaisen tasavallan. Kunnes kestävä ja tasapuolinen ratkaisu saavutetaan Yhdistyneiden kansakuntien puitteissa, Turkki pysyy kannassaan Kyproksen kysymyksen suhteen.*

*Kaikkien Euroopan unionin jäsenvaltioiden, jotka ovat OECD:n jäseniä, ja Euroopan unionin huomautus: Kaikki Yhdistyneiden kansakuntien jäsenet Turkkiä lukuun ottamatta tunnustavat Kyproksen tasavallan. Tässä asiakirjassa esitetyt tiedot koskevat Kyproksen tasavallan hallituksen tosiasialliseen hallintaan kuuluvaa aluetta.*

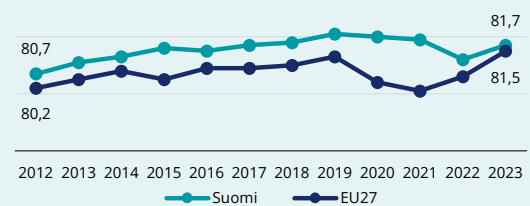
© OECD / Euroopan unioni 2025. Mikäli alkuperäisen asiakirjan ja asiakirjan käännösversion välillä on eroja, ainoastaan alkuperäisen asiakirjan teksti katsotaan päteväksi.

## Sisällysluettelo

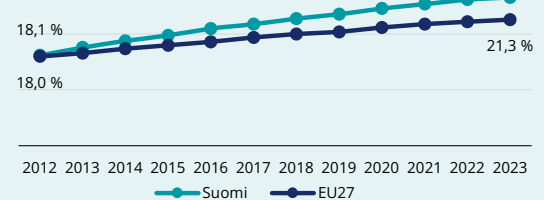
1. PÄÄKOHDAT	3
2. SUOMEN SYÖPÄTILANNE	4
3. RISKITEKIJÄT JA ENNALTAEHKÄISY	9
4. VARHAINEN HAVAITSEMINEN	13
5. SYÖVÄNHOIDON SUORITUSKYKY	17
5.1 Saavutettavuus	17
5.2 Laatu	20
5.3 Kustannukset ja kustannustehokkuus	22
5.4 Hyvinvointi ja elämänlaatu	23
6. KATSAUS LASTEN SYÖPIIN	26

## Terveydenhuoltojärjestelmän pääpiirteet

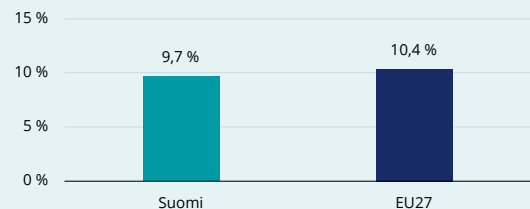
Elinajanodote syntymähetkellä (vuosina)



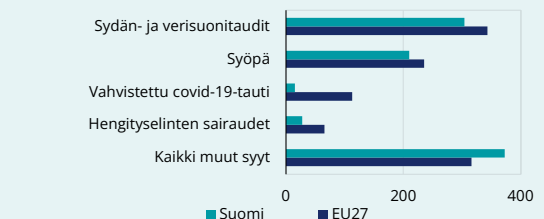
Vähintään 65-vuotiaiden osuus väestöstä (%)



Terveydenhuoltomenot prosentteina BKT:sta, 2022 tai lähin vuosi

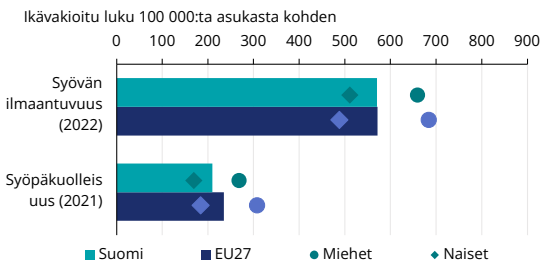


Ikävakioitu kuolleisuus 100 000:ta asukasta kohden, 2021



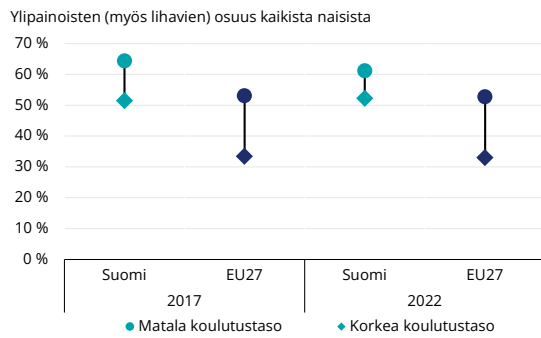
Lähde: Eurostatin tietokanta.

# 1. Pääkohdat



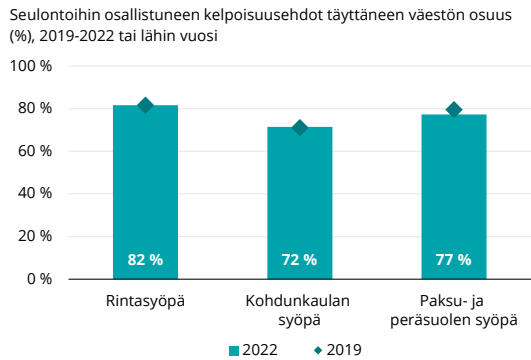
## Suomen syöpätilanne

Syöpien arvioitu ilmaantuvuus Suomessa on lähellä EU:n keskiarvoa. Miesten uusissa syöpätapauksissa on yleensä kyseessä eturauhassyöpä, paksu- ja peräsuolen syöpä tai keuhkosityöpä. Naisten yleisimmät syöpätyypit ovat rintasyöpä, paksu- ja peräsuolen syöpä ja keuhkosityöpä. Suomen jyrkästi laskenut syöpäkuolleisuus on EU:n alhaisimpia, vaikka luvut ovatkin heikossa sosioekonomisessa asemassa olevilla ihmisillä muuta väestöä korkeampia.



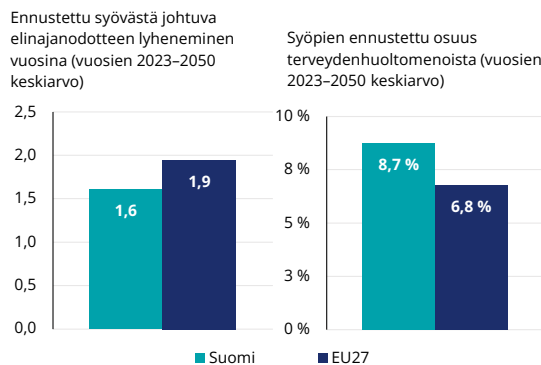
## Riskitekijät ja ennaltaehkäisy

Suomessa ylipainoa esiintyy EU-maista kolmanneksi eniten liikunnan suuresta määrästä huolimatta. Sosioekonomiset erot ylipainon suhteen ovat suhteellisen pieniä. Viimeisten vuosikymmenten aikana tupakointi on vähentynyt Suomessa merkittävästi, ja nykyään Suomen tupakointiaste on yksi EU:n alhaisimmista. Tupakointi on kuitenkin suhteellisen yleistä nuorten ja heikossa sosioekonomisessa asemassa olevien keskuudessa, mikä viittaa tarpeeseen toteuttaa kohdennettuja toimia. Alkoholia käytetään Suomessa sen naapurimaita enemmän mutta selvästi EU:n keskiarvoa vähemmän. Papilloomavirusrokotusten eli HPV-rokotusten osalta Suomen tilanne on hyvä.



## Varhainen havaitseminen

Suomessa on vakiintuneet kansalliset rintasyövän ja kohdunkaulan syövän seulontaohjelmat. Lisäksi se käynnisti vuonna 2022 valtakunnallisen väestöpohjaisen paksu- ja peräsuolen syövän seulontaohjelman. Rintasyövän ja kohdunkaulan syövän seulontaohjelmien ja paksu- ja peräsuolen syövän seulonnan pilottiohjelman osallistumisasteet olivat vuonna 2021 EU:n korkeimpia. Eriarvoisuutta kuitenkin esiintyy, ja osallistumisasteet ovat muuta väestöä alhaisemmat heikossa sosioekonomisessa asemassa olevilla sekä ihmisillä, jotka eivät puhu äidinkielenään kotimaista kieltä.



## Syövänhoidon suorituskyky

Suomessa pienituloiset saattavat kohdata esteitä syövän hoidossa, vaikka taloudellista tukea onkin saatavilla, sillä useisiin syövänhoitopalveluihin vaaditaan ennakkomaksu. Lääkäreistä on pulaa, mutta muiden resurssien, kuten hoitajien ja lääkinnällisten laitteiden, saatavuus on suhteellisen hyvä. Syövän hoidon laatu on parantunut ajan myötä, kuten syövästä selviytyneiden kasvavat arvioidut määrät osoittavat. Syövän hoidon laadukkuus turvataan akkreditoituilla yliopistollisilla sairaaloilla, yhteistyöllä sekä kansallisten ja alueellisten verkostojen avulla toteutettavalla kansallisella toimintapolitiikalla ja ohjeistuksella. Syövän osuuden terveydenhuollon menoista odotetaan olevan suurempi kuin EU:ssa keskimäärin.

## 2. Suomen syöpätilanne

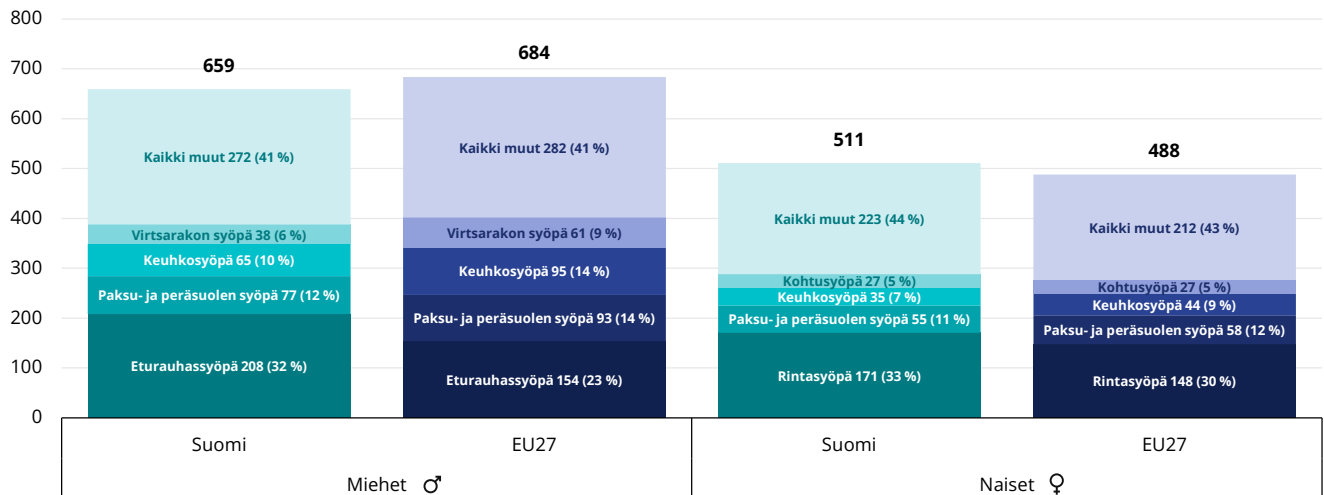
### Syöpien ilmaantuvuus Suomessa on lähellä EU:n keskiarvoa

Yhteinen tutkimuskeskus arvioi eurooppalaisen syöpätietojärjestelmän pandemiaa edeltäneiden vuosien ilmaantuvuuskehityksen perusteella, että vuonna 2022 Suomessa todettaisiin lähes 35 300 uutta syöpätapausta. Tämä arvio on hieman alhaisempi kuin Suomen Syöpärekisteriin rekisteröityjen uusien syöpätapausten määrä (yhteensä 37 268 uutta syöpätapausta, 19 646 miehillä ja 17 622 naisilla). Syöpien ilmaantuvuus on suomalaisilla miehillä hieman EU:n keskiarvoa alhaisemmalla tasolla mutta suomalaisilla naisilla hieman korkeammalla tasolla (ks. kaavio 1).

Suomessa miesten uusissa syöpätapauksissa on yleensä kyse eturauhassyövästä, paksu- ja peräsuolen syövästä tai keuhkosyövästä<sup>1</sup>. Eturauhassyövän ilmaantuvuusaste on EU:n keskiarvoa paljon korkeampi, keuhkosyövän ja paksu- ja peräsuolen syövän taas EU:n keskiarvoa alhaisempi. Naisilla ilmenee eniten rintasyöpää, toiseksi ja kolmanneksi eniten paksu- ja peräsuolen syöpää ja keuhkosyöpää. Rintasyövän ilmaantuvuusaste on EU:n keskiarvoa korkeampi, paksu- ja peräsuolen syövän ja keuhkosyövän taas EU:n keskiarvoa alhaisempi.

### Kaavio 1. Rinta- ja eturauhassyövän ilmaantuvuusasteet ovat Suomessa EU:n keskiarvoa korkeammat

Ikävakiointu ilmaantuvuus 100 000:ta asukasta kohden, arvio, 2022



*Huomautukset: Vuoden 2022 luvut ovat arvioita, jotka perustuvat edellisten vuosien ilmaantuvuussuuntauksiin, ja ne voivat erota myöhempien vuosien todellisista luvuista. Sisältää kaikki syöpätyypit lukuun ottamatta niitä ihosyöpiä, jotka eivät ole melanoomaa. Kohtusyöpä ei sisällä kohdunkaulan syöpää.*

*Lähde: Eurooppalainen syöpätietojärjestelmä. Haettu 10.3.2024 osoitteesta <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>. © Euroopan unioni, 2024. Ilmaantuvuutta koskevat prosentiosuudet on laskettu uudelleen ikävakiointujen ilmaantuvuuslukujen perusteella, joten ne eroavat eurooppalaisen syöpätietojärjestelmän verkkosivustolla esitetyistä absoluuttisten lukujen perusteella lasketuista prosentiosuuksista.*

### Suomessa syöpien ilmaantuvuus lisääntyy naisilla, mutta miehillä se on pysynyt vakaana viimeisen vuosikymmenen aikana

Suomen Syöpärekisterin mukaan syöpien ikävakioidut ilmaantuvuusluvut ovat naisten osalta olleet kasvusuunnassa viime vuosina. Vuosina 2007–2019 ne kasvoivat noin 1 %:n vuosivauhtia. Miesten osalta ilmaantuvuusluvut

pysyivät suhteellisen vakaina vuosina 2004–2019 ja pienivät vuosittain 0,2 %. Vuonna 2020 syöpien ilmaantuvuusluvut pienivät sekä miehillä että naisilla. Uusia syöpätapauksia diagnosoitiin 1 600 tapausta vähemmän kuin olisi odotettu ilman covid-19-pandemiaa. Vuonna 2021 syöpätapauksia oli 900 vähemmän kuin aiempien ilmaantuvuus-suuntausten perusteella oli arvioitu ja vuonna

<sup>1</sup> Keuhkosyöpä tarkoittaa myös henkitorven ja keuhkoputkien syöpää.

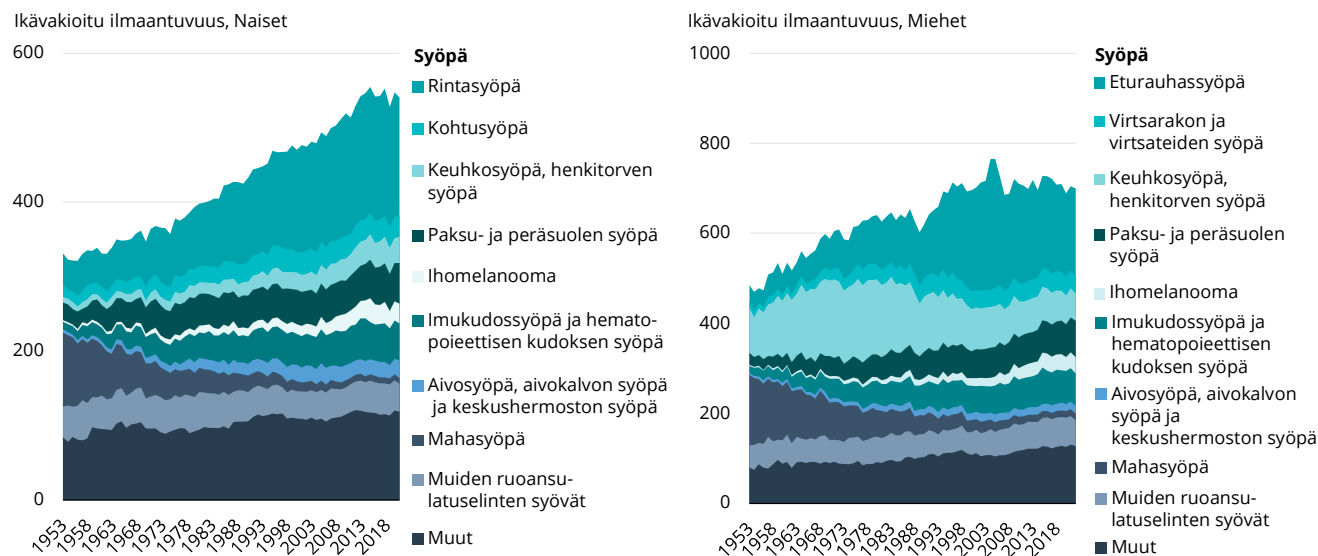
2022 tapauksia oli 1 000 arvioitua vähemmän pandemian vuoksi (Seppä ym., 2023, ja Pitkäniemi ym., 2024).

Naisilla rintasyöpätapausten ilmaantuvuus on kasvattanut syöpien yleisiä ilmaantuvuuslukuja muutaman viime vuosikymmenen aikana. Noin yhden kahdeksasta naisesta odotetaan sairastuvan rintasyöpään elämänsä aikana. Suomen Syöpäinstituutin tutkimuksessa havaittiin, että Suomessa naisten riski sairastua rintasyöpään kasvoi vuosina 2012–2021 keskimäärin 0,6 % vuodessa. Miehillä eturauhassyövän ilmaantuvuus

kasvoi 1990-luvulla ja oli huipussaan vuonna 2004. Miesten keuhkosityövän ilmaantuvuus on vähentynyt 1970-luvulta lähtien, ja viime vuosina uusien keuhkosityöpätapausten ilmaantumis-suuntaus on ollut laskeva (ks. kaavio 2). Mahasyövän ilmaantuvuus on vähentynyt merkittävästi viime vuosikymmenten aikana sekä naisilla että miehillä (Seppä ym., 2023).

Eurooppalaisen syöpätietojärjestelmän arvion mukaan uusien syöpätapausten määrä kasvaa Suomessa 16 %:lla vuosina 2022–2040.

## Kaavio 2. Keuhkosityövän ilmaantuvuus on vähentynyt miehillä 1970-luvun lopusta lähtien, mutta naisten osalta se ei vaikuta olevan saavuttanut vielä huippuaan



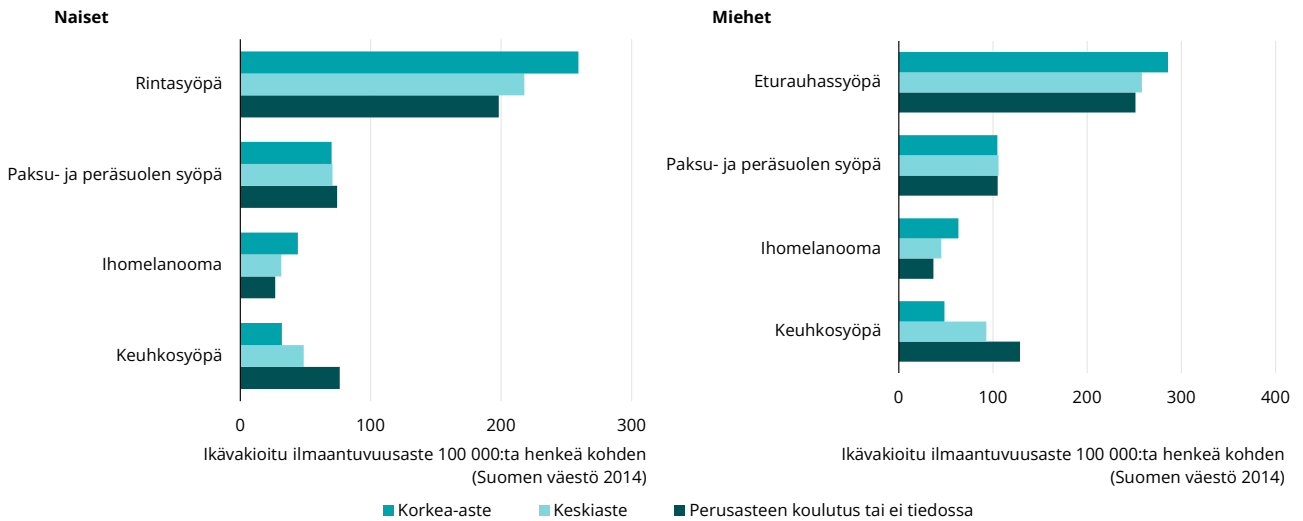
Lähde: Pitkäniemi ym. (2024).

## Suomessa syöpien ilmaantuvuus on yleisesti ottaen suurinta Ahvenanmaalla sekä vähän koulutetuilla

Suomessa syöpien yleinen ilmaantuvuusaste on korkeasti koulutetuilla pienempi kuin vähän koulutetuilla. Keuhkosityövän kohdalla ero on suuri, sillä keuhkosityövän ilmaantuvuusaste on vähän koulutetuilla yli kaksinkertainen verrattuna korkeasti koulutettuihin. Tämä pätee sekä naisiin että miehiin (ks. kaavio 3). Tämä kuvastaa vähän koulutettujen pitkään jatkunutta korkeaa tupakointiastetta (ks. kohta 3). Rinta- ja eturauhassyöpien ilmaantuvuusaste on puolestaan korkeasti koulutetuilla suurempi kuin vähän koulutetuilla (Seppä ym., 2023).

Syöpien ilmaantuvuus vaihtelee eri puolilla Suomea. Etelässä ilmaantuvuusaste on korkeampi kuin pohjoisessa sekä miesten että naisten osalta. Suomessa on 21 hyvinvointialuetta Helsingin kaupungin ja Ahvenanmaan lisäksi. Ne vastaavat julkisrahoitteisten perus- ja erikoisterveydenhuoltopalvelujen järjestämisestä. Suomen Syöpärekisterin mukaan ilmaantuvuusaste (mukautettuna Suomen vuoden 2014 väestömäärään) oli vuonna 2022 Ahvenanmaalla naisten osalta 738 uutta syöpätapausta 100 000:ta naista kohden ja miesten osalta 824 uutta syöpätapausta 100 000:ta miestä kohden. Naisilla luku on yli 60 % korkeampi kuin naisten alhaisin luku (Etelä-Savon hyvinvointialueella) ja miehillä lähes 30 % korkeampi kuin miesten alhaisin luku (Pohjois-Savon hyvinvointialueella).

### Kaavio 3. Uusia rintasyöpä-, eturauhassyöpä- ja ihomelanoomatapauksia todetaan eniten korkeasti koulutetuilla



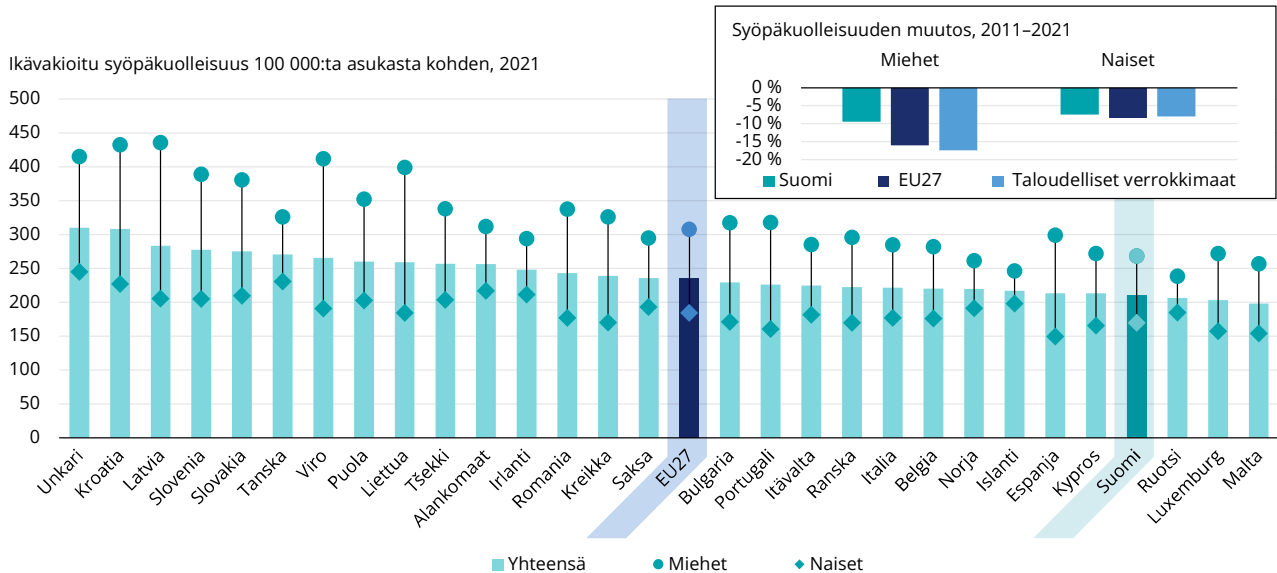
Lähde: Pitkäniemi ym. (2024).

### Suomessa syöpäkuolleisuus on vähentynyt merkittävästi viime vuosikymmenten aikana ja on nykyään EU:n alhaisimpia

Vuonna 2021 Suomen ikävakiointu syöpäkuolleisuusluku oli EU+2-maiden<sup>2</sup> neljänneksi alhaisin. Luku oli Suomessa 210 kuolemaa 100 000:ta ihmistä kohden, EU:ssa keskimäärin 235. Suomessa kuolleisuusluvut olivat sekä miesten (268 kuolemaa 100 000:ta miestä kohden) että naisten (169 kuolemaa 100 000:ta naista kohden) osalta

EU:n keskiarvoa (308 kuolemaa 100 000:ta miestä kohden ja 184 kuolemaa 100 000:ta naista kohden) alhaisemmat ja keskitasoa Suomen taloudellisiin verrokkimaihin verrattuna (ks. kaavio 4)<sup>3</sup>. Taloudellisiin verrokkimaihin verrattuna miesten syöpäkuolleisuus laski Suomessa hitaammin, kun taas naisten kuolleisuus laski samalla vauhdilla. Suomessa miesten kuolleisuusluku oli lähes 60 % korkeampi kuin naisten, mikä vastaa EU:n yleistä kaavaa.

### Kaavio 4. Suomessa miesten syöpäkuolleisuusluku oli EU:n viidenneksi alhaisin ja naisten kuudenneksi alhaisin



Huomautukset: Taloudelliset verrokkimaat määritellään tertiileiksi klustereiksi ostovoimastandardin mukaisen asukasta kohden lasketun BKT:n vuoden 2022 määrän perusteella. Suomen taloudelliset verrokkimaat ovat Kypros, Tšekki, Espanja, Ranska, Italia, Liettua, Malta ja Slovenia.

Lähde: Eurostatin tietokanta.

<sup>2</sup> EU+2-maita ovat EU:n 27 jäsenmaata (EU27-maat) sekä Islanti ja Norja.

<sup>3</sup> Taloudelliset verrokkimaat määritellään tertiileiksi klustereiksi ostovoimastandardin mukaisen asukasta kohden lasketun BKT:n vuoden 2022 määrän perusteella. Suomen taloudelliset verrokkimaat ovat Kypros, Tšekki, Espanja, Ranska, Italia, Liettua, Malta ja Slovenia

Vuosien 1953–2022 kansallisten tietojen mukaan naisten ikävakioidut syöpäkuolleisuusluvut ovat laskeneet tasaisesti viimeisten 60 vuoden aikana ja miesten 1980-luvulta lähtien. Mahasyöpäkuolleisuus on laskenut ajan mittaan merkittävästi, mikä on vaikuttanut yleisen syöpäkuolleisuuden laskemiseen (Pitkaniemi ym., 2024).

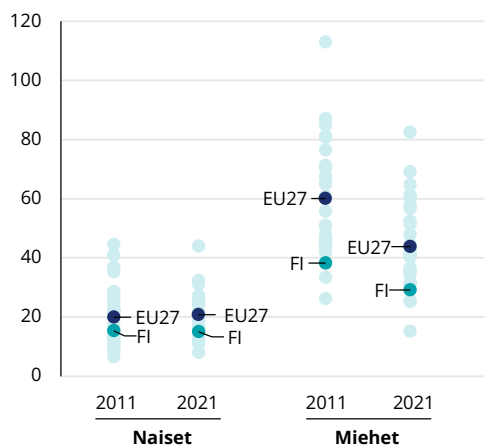
### Ehkäistävässä oleva kuolleisuus on Suomessa yleisesti ottaen laskenut kuluneen vuosikymmenen aikana

Vuosina 2011–2021 naisten ehkäistävässä oleva kuolleisuus<sup>4</sup> laski rintasyövän osalta 11 %, paksu- ja peräsuolen syövän osalta 16 % ja keuhkosyövän

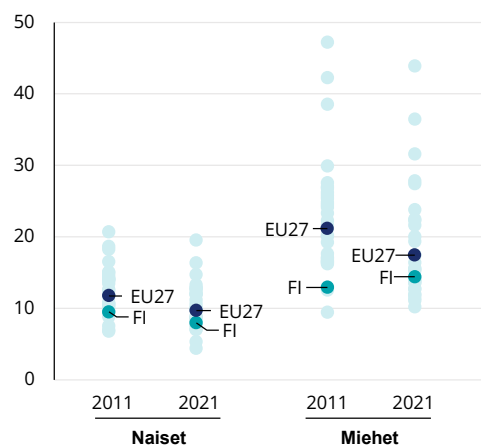
osalta 2 %. Miesten ehkäistävässä oleva kuolleisuus laski 24 % keuhkosyövän osalta. Suomalaisten miesten ehkäistävässä oleva kuolleisuus paksu- ja peräsuolen syövän osalta taas kasvoi 12 % vuosina 2011–2021, mikä poikkeaa EU+2-maiden yleisestä laskevasta kehityssuuntauksesta (ks. kaavio 5). Tämä voi liittyä siihen, että Suomen valtakunnallinen väestöpohjainen paksu- ja peräsuolen syövän seulontaohjelma käynnistettiin myöhään verrattuna muihin EU+2-maihin, ja siihen, että miesten osallistuminen tähän seulontaohjelmaan on suhteellisen vähäistä naisiin verrattuna (ks. kohta 4).

### Kaavio 5. Miesten ehkäistävässä oleva kuolleisuus kasvoi paksu- ja peräsuolen syövän osalta viime vuosikymmenen aikana

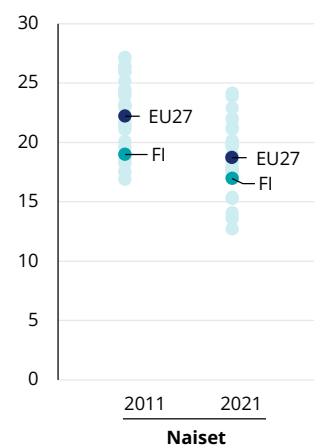
Ikävakioidu ehkäistävässä oleva keuhkosyöpäkuolleisuus 100 000:ta asukasta kohden



Ikävakioidu ehkäistävässä oleva paksu- ja peräsuolisyyöpäkuolleisuus 100 000:ta asukasta kohden



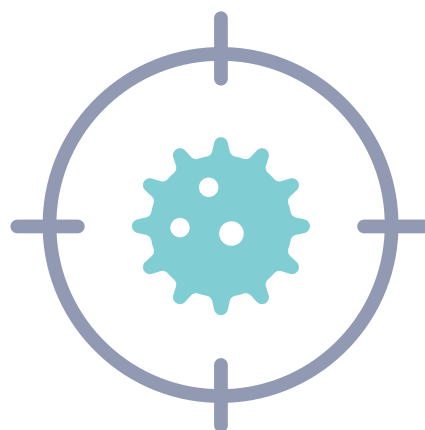
Ikävakioidu ehkäistävässä oleva rintasyöpäkuolleisuus 100 000:ta naista kohden



Huomautukset: Ehkäistävässä oleva kuolleisuus kattaa alle 75-vuotiaiden kuolemantapaukset. Lähde: Eurostatin tietokanta.

### Vähän koulutettujen syöpäkuolleisuus on suurta

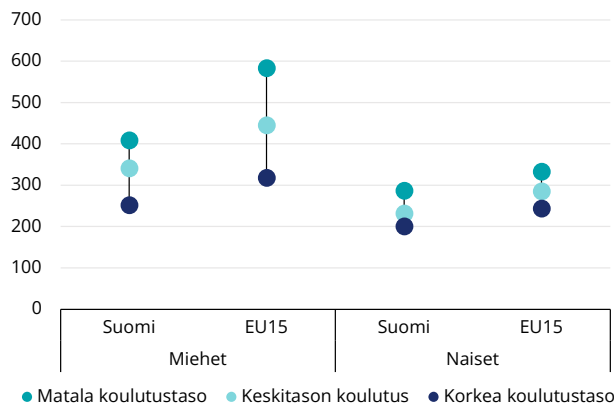
Kuten useimmissa muissakin EU+2-maissa, Suomessa vähän koulutettujen syöpäkuolleisuusluvut ovat korkeammat kuin korkeasti koulutettujen (ks. kaavio 6). Tämä koulutukseen liittyvä ero on Suomessa miesten osalta 62 %, mikä on EU:n keskiarvoa (84 %) vähemmän. Naisten osalta ero on Suomessa 43 %, mikä on EU:n keskiarvoa (37 %) enemmän. Kuolleisuudessa näkyvä eriarvoisuus korostaa, että on tärkeää ottaa käyttöön kohdennettuja lähestymistapoja heikossa sosioekonomisessa asemassa olevien syövän riskitekijöiden vähentämiseen ja varhaisen havaitsemisen edistämiseen (ks. kohdat 3 ja 4) sekä laadukkaan syövänhoidon saatavuuden tukemiseen koko hoitopolun ajan (ks. kohta 5.1).



<sup>4</sup> Ehkäistävässä oleva kuolleisuus käsittää sekä terveyspalvelujen ja -politiikan keinoin vältettävissä olevat kuolemantapaukset (jotka voitaisiin välttää tehokkaiden kansanterveys- ja ennaltaehkäisytoimien avulla) että terveydenhuollon keinoin vältettävissä olevat kuolemantapaukset (jotka voitaisiin välttää oikea-aikaisten ja tehokkaiden terveydenhuoltotoimien avulla).

### Kaavio 6. Koulutustason mukaan miesten kuolleisuudessa olevat erot ovat pienempiä Suomessa kuin useimmissa EU+2-maissa

Ikävakioidu kokonaissyöpäkuolleisuus 100 000:ta asukasta kohden



Huomautus: EU-CanIneq-tutkimuksen tiedot koskevat vuosia 2015–2019. EU15:llä tarkoitetaan 14 EU-maan ja Norjan painottamatonta keskiarvoa.

Lähde: Euroopan komissio, Kansainvälinen syöväntutkimuslaitos, Erasmus MC, Mapping Socio-economic Inequalities in Cancer Mortality across European Countries, 2024. Syöpiin liittyvien eriarvoisuuksien rekisterin tietokooste.

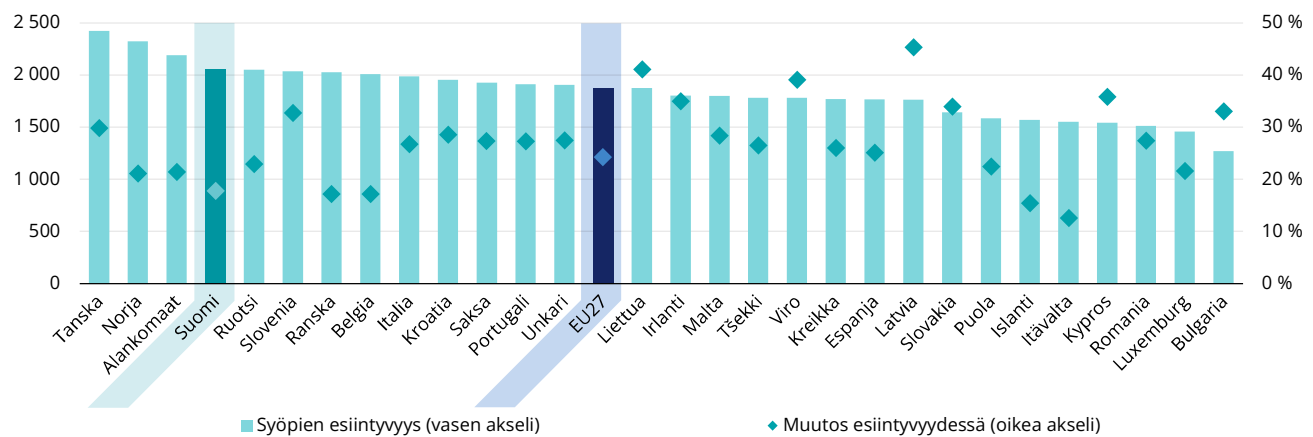
### Syöpätaakka on Suomessa suuri syöprien suuren esiintyvyyden vuoksi

Syöprien ilmaantuvuus on Suomessa lähellä EU:n keskiarvoa, syöpäkuolleisuus on vähäistä ja elinajanodote on EU:n keskiarvoa pidempi. Syöprien viiden vuoden esiintyvyytluku<sup>5</sup> on EU:n neljänneksi korkein, mikä tarkoittaa suurta taakkaa Suomen terveydenhuoltojärjestelmälle. Syöpätyypit, joita esiintyy selvästi eniten, ovat naisilla rintasyöpä ja miehillä eturauhassyöpä ja niiden jälkeen paksu- ja peräsuolen syöpä (Pitkäniemi ym., 2024). Syöprien esiintyvyys kasvoi Suomessa 18 % vuosina 2010–2020 lisäten tautitaakkaa. Luku oli kuitenkin EU+2-maiden viidenneksi alhaisin ja EU:n 24 %:n keskiarvoa alhaisempi (ks. kaavio 7).

### Kaavio 7. Syöprien esiintyvyys on Suomessa EU+2-maiden neljänneksi suurinta

Viiden vuoden esiintyvyytluvut 100 000:ta asukasta kohden, 2022 (Globocan)

Muutos ikävakioiduissa koko eliniän kattavissa esiintyvyytluvuissa, 2010–2020 (EUROCARE-6)



Lähteet: IARC:n Globocan-tietokanta 2024, ja EUROCARE-6-tutkimus (De Angelis ym., 2024)

### Suomi on laatinut ja toteuttanut kansallisia syöpäsuunnitelmia suuren syöpätaakan torjumiseksi

Suomessa julkaistiin vuonna 2010 julkaisu ”Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020” ja vuonna 2014 julkaisu ”Syövän ehkäisy, varhaisen toteamisen ja kuntoutumisen tuen kehittäminen vuosina 2014–2025”. Molemmat katsotaan Suomen kansallisiksi syöpäsuunnitelmiksi (ks. laatikko 1). Näitä suunnitelmia ei toteuteta järjestelmällisesti kokonaisuudessaan, vaan kukin sidosryhmä, kuten potilasjärjestöt, terveydenhuollon ammattilaiset, terveydenhuoltopalvelujen tarjoajat

sekä kunnallisen ja kansallisen tason päättäjät, noudattavat annettuja suosituksia harkintansa mukaan. Esimerkiksi Syöpäjärjestöt (joka koostuu alueellisista syöpäyhdistyksistä, kansallisista potilasjärjestöistä, syöprien ennaltaehkäisyä ja tutkimusta tukevasta Syöpäsäätiöstä sekä Suomen Syöpärekisteristä) otti vuonna 2021 käyttöön oman strategiansa vuosille 2021–2025. Siinä keskitytään syövän ennaltaehkäisyyn, syövän hoidon laatuun sekä syöpää sairastaville ihmisille ja heidän läheisilleen annettavaan tukeen.

<sup>5</sup> Syöprien esiintyvyydellä tarkoitetaan sitä osuutta väestöstä, joka on saanut syöpädiagnoosin ja on edelleen elossa, mukaan lukien henkilöt, joiden syöpähoito on käynnissä, ja henkilöt, joiden hoito on saatu päätökseen. Syöprien viiden vuoden esiintyvyytluku kattaa ihmiset, jotka ovat saaneet syöpädiagnoosin viimeisten viiden vuoden aikana. Koko eliniän kattava esiintyvyytluku puolestaan kattaa ihmiset, jotka ovat saaneet syöpädiagnoosin joskus elämänsä aikana.



## Laatikko 1. Suomen kansallisia syöpäsuunnitelmia, jotka ovat EU:n syövän torjuntasuunnitelman pilarien mukaisia, toteutetaan parhaillaan

”Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020” ja ”Syövän ehkäisy, varhaisen toteamisen ja kuntoutumisen tuen kehittäminen vuosina 2014–2025” vastaavat läheisesti EU:n syövän torjuntasuunnitelman painopistealoja.

Suunnitelmassa ”Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020” keskitytään syövän diagnosoimiseen ja keskitettyyn hoitoon varmistamalla samalla laadukas hoito potilaan sosioekonomisesta asemasta ja asuinpaikasta riippumatta. Suunnitelmaan kuuluu perusterveydenhuollon ja palliatiivisen hoidon vahvistaminen, jotta hoito toteutuisi saumattomasti, erikoissairaanhoidon, syöpälääkäri- ja radiologipulaan puuttuminen sekä syövän hoidon kattavan, kansallisen tason seurannan ja koko hoitopolun ajan annettavan saumattoman tuen kehittäminen paremman tiedonjaon avulla.

Suunnitelman ”Syövän ehkäisy, varhaisen toteamisen ja kuntoutumisen tuen kehittäminen vuosina 2014–2025” tavoitteena on 1) vähentää syöpään yhdistettyjä riskitekijöitä, kuten tupakointia, alkoholin käyttöä, epäterveellistä ruokavaliota ja liikkumattomuutta, ennaltaehkäisytoimien ja terveyden edistämistoimien avulla, 2) vahvistaa olemassa olevia syöpäseulontaohjelmia ja parantaa syöpien varhaista havaitsemista lisäämällä kansalaisten tietoisuutta ja neuvontapalveluita, parantamalla valmiuksia varhaiseen havaitsemiseen sekä turvaamalla erityisesti perusterveydenhuollon riittävät resurssit, 3) tarjota kattavaa ja kohdennettua kuntoutusapua potilaiden ja heidän läheistensä tukemiseksi kaikissa syövän hoitopolun vaiheissa, 4) antaa terveydenhuollon ammattilaisille koulutusta perusterveydenhuollosta, kuntouttavasta hoidosta ja palliatiivisesta hoidosta sekä 5) tehdä monitieteellistä tutkimusta terveellisten elämäntapojen edistämiseksi, arvioida syöpäseulontaohjelmia sekä tehdä määrällistä ja laadullista tutkimusta kuntouttavasta hoidosta. Syöpiin liittyvä eriarvoisuus ja lasten syövät eivät kuulu Suomen kansallisten syöpäsuunnitelmien painopistealoihin. Lisäksi Suomessa laaditaan parhaillaan kansallista syöpästrategiaa, joka kattaa koko hoitopolun ennaltaehkäisystä elämänlaadun tukemiseen. Strategia on tarkoitus julkaista vuonna 2025.

### Taulukko 1. Suomen kansalliset syöpäsuunnitelmat vastaavat läheisesti EU:n syövän torjuntasuunnitelmaa

EU:n syövän torjuntasuunnitelman pilarit				EU:n syövän torjuntasuunnitelman yleiset teemat		
Ehkäisy	Varhainen havaitseminen	Diagnosointi ja hoito	Elämänlaatu	Syöpiin liittyvät eriarvoisuudet	Lasten syövät	Tutkimus ja innovointi
●	●	●	●	●	●	●

*Huomautukset: EU:n syövän torjuntasuunnitelmasta käytetään englanniksi lyhennettä EBCP (Europe's Beating Cancer Plan). Sininen merkki tarkoittaa, että kansallisessa syöpäsuunnitelmassa on aiheesta erityinen osio. Oranssi merkki tarkoittaa, että yhdessä kansallisen syöpäsuunnitelman osioista käsitellään aihetta muttei keskitytä ainoastaan siihen. Vaaleanpunainen merkki tarkoittaa, että kyseistä aihetta ei käsitellä kansallisessa syöpäsuunnitelmassa. Lähde: Mukaella vielä julkaisemattomasta EU:n syövän torjuntasuunnitelman täytäntöönpanon kartoittamista ja arvioimista koskevasta tutkimuksesta ("Study on mapping and evaluating the implementation of Europe's Beating Cancer Plan").*

## 3. Riskitekijät ja ennaltaehkäisy

### Suomi investoi ennaltaehkäisyyn, mutta terveellisten elämäntapojen edistämiseksi voitaisiin tehdä enemmän

Vuonna 2021 Suomen terveydenhuoltomenoista 8,3 % käytettiin ehkäisevään terveydenhuoltoon. Luku on EU:n 6,1 %:n keskiarvoa korkeampi

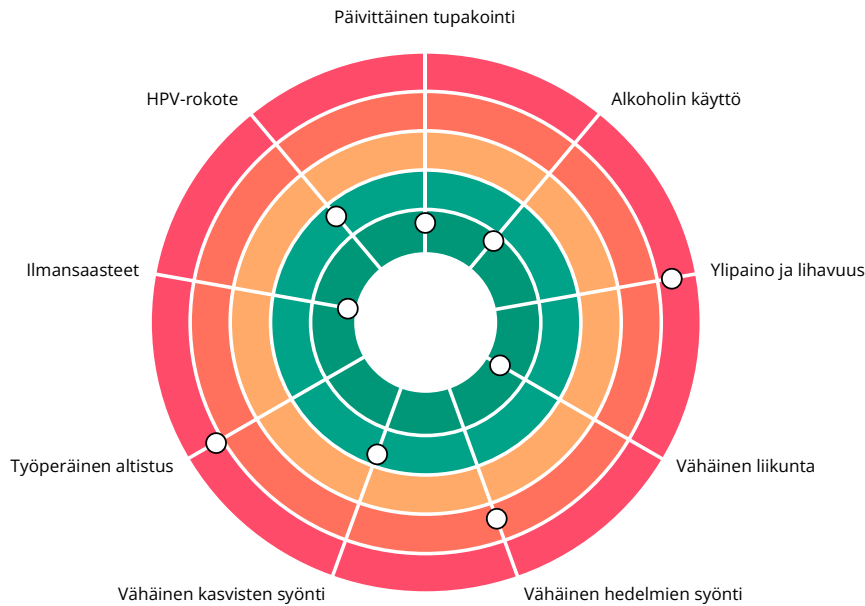
ja viidenneksi korkein kaikissa EU-maissa<sup>6</sup>. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi vastaavat kunnat. Ne asettavat tähän liittyviä tavoitteita ja toteuttavat toimenpiteitä. Suomessa tupakointi ja alkoholin käyttö on vähäistä ja riittävästi liikuntaa harrastavan väestön osuus korkea. Lisäksi

<sup>6</sup> Terveydenhuollon tilinpidossa ilmoitettujen ennaltaehkäisymenojen pitäisi sisältää kansallisten ohjelmien ulkopuolella toteutettavat toimet (esimerkiksi spontaanit syöpäseulonnat tai tupakoinnin lopettamista koskeva neuvonta tavallisen lääkärikäynnin yhteydessä). Käytännössä mailla voi kuitenkin olla vaikeuksia määrittää tällaisten ohjelmien ulkopuolisia ennaltaehkäisymenoja.

ilmanlaatu<sup>7</sup> on EU+2-maiden paras (PM<sub>2,5</sub>-hiukkasia 4,9 µg/m<sup>3</sup>). Ylipaino ja lihavuus ovat kuitenkin merkittävä ja kasvava kansanterveysongelma. Lisäksi työelämässä altistutaan runsaasti

kemikaaleille. Lähes joka kolmas on kertonut altistuvansa työssään usein kemiallisille tuotteille tai aineille (ks. kaavio 8).

### Kaavio 8. Suomessa ylipainon ja työperäisen altistuksen esiintyvyys ovat EU:n korkeimpien joukossa



*Huomautukset: 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 eri osa-alueilla.*

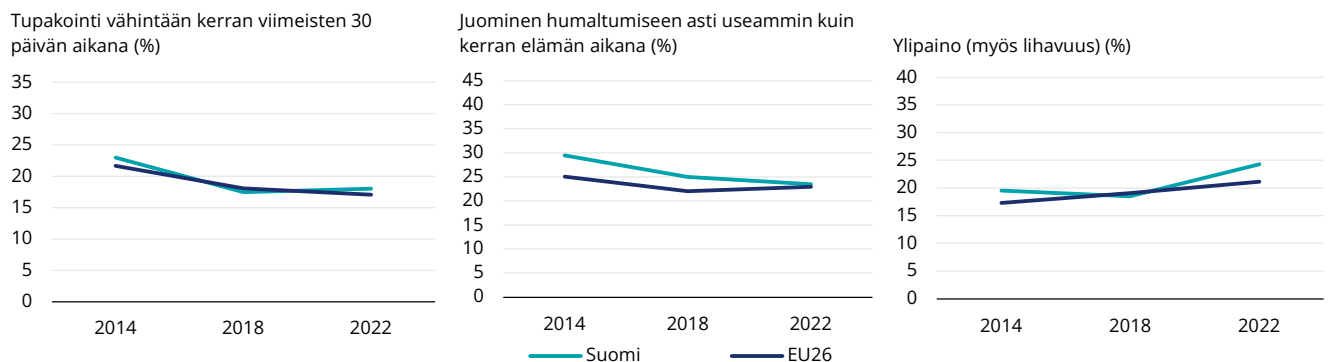
*Lähteet: (Aikuisten) ylipainon, lihavuuden, liikunnan sekä hedelmien ja vihannesten syönnin osalta OECD:n laskelmat, jotka perustuvat vuoden 2022 EU:n tulo- ja elinolututkimukseen, työperäisen altistuksen osalta Eurofoundin tutkimus, (aikuisten) alkoholin käyttö, tupakoinnin sekä ilmansaasteiden osalta OECD:n terveystilastot sekä (15-vuotiaiden tyttöjen) HPV-rokotusten osalta WHO.*

### Suomessa ylipainoa esiintyy aikuisilla EU-maista toiseksi eniten liikunnan suuresta määrästä huolimatta

Vuonna 2022 niiden aikuisten määrä, jotka ilmoittivat olevansa ylipainoisia tai lihavia, oli Suomessa kaikista EU-maista toiseksi korkein (60 %). Myös nuorten ylipaino on yleistä: vuonna 2022 lähes yksi neljästä (24 %) 15-vuotiaasta oli

ylipainoinen. Määrä on EU:n kuudenneksi suurin. Tämä eroaa tupakoinnin ja toistuvan humalatilaan asti juomisen yleisyydestä, sillä niiden osalta määrät olivat vuonna 2022 suomalaisten 15-vuotiaiden osalta lähempänä EU:n keskiarvoja (ks. kaavio 9). Vaikka ylipaino on Suomessa yleisempää miehillä kuin naisilla (kuten muissakin EU+2-maissa), sukupuolten välinen ero ylipainon esiintyvyydessä on verrattain minimaalinen.

### Kaavio 9. Lähes yksi neljästä suomalaisnuoresta on ylipainoinen



*Huomautus: EU:n keskiarvo ei ole painotettu. Tiedot koskevat vuotta 2022 ja perustuvat 15-vuotiaisiin lapsiin. Lähde: Health Behaviour in School-Aged Children Survey (tutkimus kouluikäisten lasten terveystilasta).*

<sup>7</sup> Ilmansaasteita mitataan läpimitaltaan alle 2,5 mikrometriä olevien hiukkasten (PM<sub>2,5</sub>-hiukkasten) määränä.

Aikuisten ylipaino ja lihavuus ovat yleisiä ongelmia koulutustasosta riippumatta, mutta kuten useimmissa muissakin EU-maissa, ylipaino ja lihavuus ovat vähemmän yleisiä korkeasti koulutetuilla suomalaisilla naisilla (52 % vuonna 2022) kuin vähän koulutetuilla naisilla (61 %). Ero kuitenkin pieneä vuosien 2017 ja 2022 välillä 13 prosenttiyksiköstä 9 prosenttiyksikköön (ks. kaavio 10).

Myös lapsilla esiintyy ylipainoa, mutta ylipaino on Suomessa yleisempää heikossa sosioekonomisessa asemassa olevilla lapsilla, kuten yleisesti muissakin EU-maissa. Vuonna 2022 perheiden varakkuusasteikon mukaisesti laskettujen köyhimpien perheiden 11–15-vuotiaista lapsista 29 % oli ylipainoisia. Varakkaimpien perheiden lapsilla vastaava luku oli 21 %.

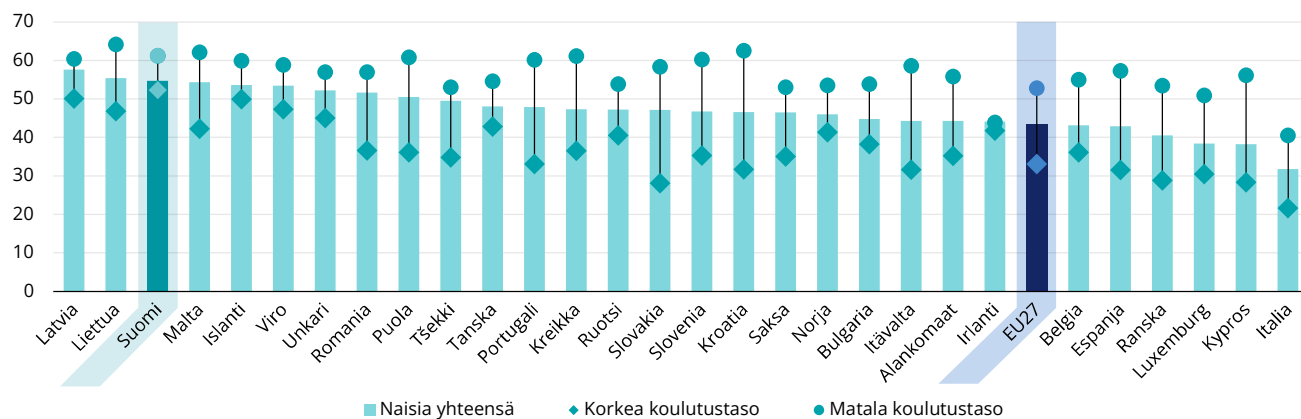
Huono ravinto lisää ylipainoa ja lihavuutta. Vuonna 2022 noin puolet aikuisista söi hedelmiä harvemmin kuin kerran päivässä ja lähes

neljä kymmenestä aikuisesta söi vihanneksia harvemmin kuin kerran päivässä. Luvut ovat EU:n keskiarvoa pienempiä. Nuorten päivittäinen hedelmien ja vihannesten syönti lisääntyi Suomessa enemmän kuin muualla EU:ssa vuosina 2014–2022, mutta luvut ovat silti EU:n keskiarvoa alhaisempia.

Liikuntaa koskevat kehityssuuntaukset ovat sitä vastoin myönteisiä. Vuonna 2022 lähes kaksi kolmesta (64 %) yli 15-vuotiaasta suomalaisesta harrasti liikuntaa vähintään kolme kertaa viikossa. Määrä on yli kaksinkertainen EU:n keskiarvoon (31 %) verrattuna. Nuorista vastaavasti vain 21 % harrasti 60 minuuttia liikuntaa päivässä, mutta määrä on kasvanut lähes neljä prosenttiyksikköä vuoden 2014 jälkeen ja on merkittävästi EU:n keskiarvoa (15 %) korkeampi.

### Kaavio 10. Suomessa aikuisten ylipaino on yleistä koulutustasosta riippumatta

Ylipainoisten (myös lihaviiden) osuus (%) kaikista vähintään 18-vuotiaista naisista, 2022



Huomautus: Ylipainoinen (tai lihava) henkilö on henkilö, jonka painoindeksi on yli 25.  
Lähde: Eurostatin tietokanta.

### Suomi toteuttaa erilaisia toimia ylipainon ja lihavuuden torjumiseksi

Suomi on toteuttanut useita eri toimenpiteitä, joilla edistetään liikunnan harrastamista ja sen myötä ylipainoisuuden vähentämistä. Näitä toimenpiteitä on esimerkiksi Kunnossa kaiken ikää -hanke. Kyseessä on kunnallisten liikunta- ja terveystalusten, työpaikkojen, työterveyden, urheiluseurojen, eri yhdistysten sekä kansanterveysjärjestöjen yhteistyöhanke, jossa kannustetaan yli 40-vuotiaita sisällyttämään liikunta osaksi jokapäiväistä elämäänsä. Suomi toteuttaa myös tiedotuskampanjoita julkisesta liikenteestä ja aktiivisista liikennemuodoista ja tukee työ- ja koulumatkojen kulkemista aktiivisesti liikkuen. Nämä toimet ovat johtaneet siihen, että Suomessa liikkumattomuus on toiseksi alhaisimmalla tasolla

koko EU:ssa (liikkumattomuudella tarkoitetaan sitä, että väestö käyttää alle 150 minuuttia terveyttä edistävään aerobiseen liikuntaan viikossa)

Suomi on toteuttanut myös paljon erilaisia valtakunnallisia toimintapolitiikkoja, mikä kuvastaa sen vahvaa sitoutumista ylipainon torjuntaan. Se on ottanut käyttöön sokerilla makeutettujen juomien valmisteveron, ravintoloiden ruokalistojen ravintosisältömerkinnät, elintarvikkeiden pakkausten etupuolelle tehtävät merkinnät (sydänmerkki myönteisten arvioiden osalta sekä rasvan ja natriumin määrää koskevat merkinnät kielteisistä terveysvaikutuksista ilmoittamiseksi) sekä elintarviketuottajien vapaaehtoiset sokerirajat. Kouluikäisten lasten osalta Suomi sääntelee kouluissa saatavilla olevia ruokia ja

juomia, rajoittaa sokerilla makeutettujen juomien saatavuutta ja tarjoaa lapsille ilmaiset kouluateriat ensimmäisen ja toisen asteen kouluissa. Rajoitukset, jotka koskevat epäterveellisten ruokien ja juomien suoraa mainostamista nuorille, kuuluvat kuitenkin itsesääntelyn piiriin. Terveydenhuollossa on saatavilla ravintoneuvontaa. Lisäksi Suomi toteutti vuosina 2012–2018 kansallisen ohjelman lihavuuden torjumiseksi. Ohjelma sisälsi tiedotuskampanjoita ja eri terveystoimijoiden yhteistyötä kansallisella ja paikallisella tasolla. Näillä toimenpiteillä ei ole kuitenkaan vielä onnistuttu kääntämään kehityksen suuntaa, vaan ylipainoisuus ja lihavuus yleistyvät yhä, joten tehokkaita kansanterveyspolitiikkoja tarvitaan edelleen.

### **Tupakointi on vähentynyt merkittävästi viime vuosikymmeninä, mutta nuorille ja heikossa sosioekonomisessa asemassa oleville kohdennettuja politiikkoja tarvitaan**

Suomessa 11 % aikuisista tupakoi päivittäin vuonna 2022. Määrä on EU:n alhaisimpia. Tupakointi on Suomessa kuitenkin edelleen syövän merkittävin riskitekijä. Lisäksi tupakointi ei ole harvinaista maan lasten ja nuorten keskuudessa. Vuonna 2022 15-vuotiaista 18 % oli tupakoinut vähintään kerran viimeisten 30 päivän aikana. Luku oli hieman EU:n keskiarvoa (17 %) korkeampi (ks. kaavio 9).

Suomi on viimeisen vuosikymmenen aikana toteuttanut useita eri toimenpiteitä tupakoinnin vähentämiseksi. Näitä toimenpiteitä ovat esimerkiksi tupakkatuotteiden korkea verotus, tupakkatuotteiden pakkausten ja pakkausmerkintöjen yhdenmukaistaminen, tupakoinnin lopettamisohjelmat sekä tiedotuskampanjat. Lisäksi Suomi on asettanut kieltoja tupakkatuotteiden mainonnalle kaikissa medioissa, mukaan lukien sponsorointi ja tuotetelineet. Suomessa verotuksen osuus keskimääräisestä vähittäishinnasta on yli 85 %, mikä on Viron ja Tanskan ohella EU:n korkeimpia. Meneillään olevan Savuton Suomi 2030 -hankkeen tavoitteena on, että tupakojien ja nikotiinituotteiden käyttäjien osuus aikuisväestöstä pienenee alle 5 %:iin vuoteen 2030 mennessä. Suomi sääntelee tiukasti myös sähkösavukkeiden ja sähkösavukeneiden makuaineiden käyttöä, jotta lapset eivät tulisi riippuvaisiksi nikotiinituotteista. Nuorten kiinnostuksen ehkäisemiseksi myös sähkösavukkeiden ja sähkösavukeneiden pakkaukset on yhdenmukaistettu. Tavallisten sähkötupakkatuotteiden käyttäjien määrä on kuitenkin kasvanut viime vuosina. Vuonna 2022 heidän osuutensa 15 vuotta täyttäneestä väestöstä oli 2,4 %.

Päivittäinen tupakointi on vähentynyt Suomessa merkittävästi, ja väestö on hyvin tietoinen päivittäisen tupakoinnin riskeistä. Neljä viidestä päivittäin tupakoivasta suomalaisesta on huolestunut kielteisistä terveysvaikutuksista, yli puolet tahtoo lopettaa ja noin kolmasosa on yrittänyt lopettaa tupakoinnin (Suomen ASH, 2024). Tupakointi on kuitenkin viimeisten vuosikymmenten aikana ollut yleistä vähän koulutettujen ihmisten keskuudessa, mikä on johtanut koulutustasojen välisiin eroihin keuhkosyövän ilmaantuvuudessa (ks. kohta 2). Vuonna 2022 päivittäin tupakoivien osuus vähän koulutetuista aikuisista oli yli kaksinkertainen (14 %) verrattuna korkeasti koulutettuihin (6 %) (Ruokolainen ym., 2019). Nuorten osalta Suomen terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan 2 % lukio-opiskelijoista tupakoi päivittäin vuonna 2021. Vastaava osuus ammattiopilaitosten opiskelijoista oli 18 %. Nämä luvut viittaavat tarpeeseen ottaa käyttöön aiempaa kohdennettumpia lähestymistapoja heikossa sosioekonomisessa asemassa olevien aikuisten ja nuorten tukemiseksi, jotta he eivät aloita tupakointia tai jotta he onnistuvat lopettamaan.

### **Alkoholia käytetään Suomessa EU:n keskiarvoa vähemmän mutta naapurimaita enemmän**

Vuonna 2022 Suomessa käytettiin keskimäärin 7,6 litraa puhdasta alkoholia henkeä kohden. Määrä on EU27-maiden keskiarvoa (10 litraa) pienempi ja pienempi kuin vuonna 2012, jolloin puhdasta alkoholia käytettiin 9,3 litraa henkeä kohden. Määrä on kuitenkin edelleen korkeampi kuin naapurimaassa Norjassa, jossa kulutus oli 6,6 litraa vuonna 2022. Niiden 15-vuotiaiden osuus, jotka olivat juoneet alkoholia humaltumiseen asti toistuvasti elämänsä aikana, oli EU:n keskiarvoa (23 %) sekä Ruotsia (18 %) ja Norjaa (14 %) hieman suurempi (24 %), vaikka luku onkin pienentynyt ajan mittaan.

Suomessa on käytössä alkoholiverotus, ja se sääntelee alkoholin mainostamista ja rajoittaa alkoholin myyntiaikoja baareissa ja ravintoloissa. Kuten Ruotsissakin, Suomessa on käytössä valtio-omisteinen vähittäismyyntin monopoli-järjestelmä, jossa määrätään milloin, missä ja mihin hintaan alkoholijuomia myydään. Järjestelmässä vahvan alkoholin myynti on tehokkaasti säänneltyä, sillä vähittäismyymälöitä on suhteellisen harvassa ja niiden aukioloajat ovat lyhyehköt. Viimeaikaisilla uudistuksilla on kuitenkin lievennetty alkoholin myyntiin ja mainostamiseen liittyviä rajoituksia. Aikaisemmin yli 5,5 %:n alkoholijuomia sai myydä vain valtio-omisteisessa monopolissa, mutta raja nostettiin 8,0 %:iin kesäkuussa 2024 voimaan

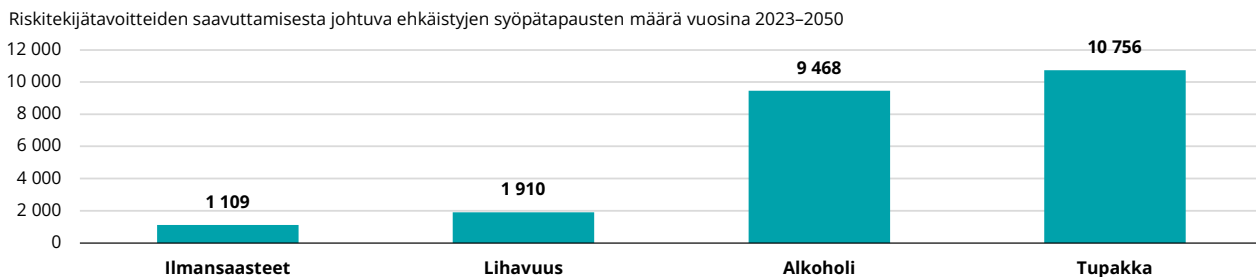
tulleella Suomen alkoholilain muutoksella. Vuonna 2023 julkaistussa tutkimuksessa arvioitiin, että ilman valtion monopolia alkoholia käytettäisiin 9 % enemmän ja alkoholiin liittyvät taloudelliset kustannukset ja kuolleisuus kasvaisivat merkittävästi (Sherk ym., 2023).

### Parantamalla elintapoja Suomessa voitaisiin vähentää uusia syöpätapauksia entisestään

OECD:n Strategic Public Health Planning (SPHeP) -mallintamistyön mukaan Suomessa voitaisiin

vähentää syöpätapausten määrää jopa noin 10 756 tapauksella vuosina 2030–2050, jos tupakointia koskevat tavoitteet saavutettaisiin (ks. kaavio 11). Jos alkoholia koskevat tavoitteet saavutettaisiin, kyseisellä aikavälillä voitaisiin välttää 9 468 syöpätapausta. Ilmansaasteita koskevien tavoitteiden saavuttaminen voisi vähentää syöpätapauksia 1 109:llä, ja lihavuutta koskevien tavoitteiden saavuttaminen 1 910:llä.

### Kaavio 11. Saavuttamalla tupakointitavoitteet Suomessa voitaisiin estää yli 10 000 syöpätapausta vuosina 2023–2050



*Huomautukset:* Tupakointia koskevat tavoitteet ovat, että tupakointi vähenee 30 %:lla vuosina 2010–2025 ja että alle 5 % väestöstä tupakoi vuoteen 2040 mennessä. Alkoholia koskevat tavoitteet ovat, että yleinen alkoholin käyttö vähenee vähintään 20 % ja että humalahakuinen juominen vähenee 20 % vuosina 2010–2030. Ilmansaasteita koskevat tavoitteet ovat, että vuotuinen keskimääräinen PM<sub>2.5</sub>-taso on 10 µg/m<sup>3</sup> vuoteen 2030 mennessä ja 5 µg/m<sup>3</sup> vuoteen 2050 mennessä. Lihavuutta koskevana tavoitteena on sen vähentäminen vuoden 2010 tasolle vuoteen 2025 mennessä.

*Lähde:* OECD (2024), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

### HPV-rokotusaste on alhainen, erityisesti ulkomailla syntyneiden vanhempien lapsilla

Suomi käynnisti 12-vuotiaille tytöille suunnatun kansallisen HPV-rokotusohjelman vuonna 2013. Ohjelmaa laajennettiin vuonna 2020 kattamaan myös pojat. Koulujen terveystarjonnasta tarjoavat kaksi HPV-rokotusannosta kaikille 10–12-vuotiaille maksutta. Tavoitteena on vähentää kohdunkaulan syövän ilmaantuvuutta. Vuonna 2022 HPV-rokotuksia tarjottiin maksutta myös aiemmin rokottamatta jääneille 13–15-vuotiaille

lapsille. Vuonna 2023 Suomessa 76 % 15-vuotiaista tytöistä oli saanut viimeisen HPV-rokotuksen. Luku on paljon EU:n 64 %:n keskiarvoa korkeampi. Samanikäisillä suomalaisilla pojilla vastaava luku oli 65 %. Vaikka tietoa asiasta on saatavilla yhdeksällä kielellä, HPV-rokotusaste on alhainen sellaisten vanhempien lapsilla, jotka eivät puhu äidinkielenään kotimaista kieltä (Hussein ym., 2024). Tämä korostaa tarvetta parantaa viestintästrategioita maahanmuuttajien osalta.

## 4. Varhainen havaitseminen

### Suomella on vakiintuneet kansalliset rintasyövän ja kohdunkaulan syövän seulontaohjelmat sekä hiljattain käynnistetty paksu- ja peräsuolen syövän seulontaohjelma

Suomessa rintasyöpää on seulottu vuodesta 1987 lähtien ja 50–69-vuotiaat naiset kutsutaan maksuttomaan mammografiaan joka toinen vuosi.

Kohdunkaulan syövän seulontaohjelma käynnistettiin vuonna 1963, ja 30–65-vuotiaat naiset kutsutaan maksuttomaan seulontaan joka viides vuosi. Joillakin hyvinvointialueilla seulontaan kutsutaan myös 25-vuotiaat naiset. Suomessa 25-vuotiaiden naisten ensimmäiseksi kokeeksi suositellaan papakoetta ja 30 vuotta

täyttäneille naisille HPV-testiä. Naiset, joilla on lieviä solumuutoksia tai joiden HPV-testi on positiivinen, kutsutaan seulontaan 12–24 kuukauden välein.

Paksu- ja peräsuolen syövän seulontaohjelma käynnistettiin kansallisesti vuonna 2022. Tätä ennen vuonna 2019 toteutettiin seulonnan pilottiohjelma, jonka aikana vapaaehtoisissa kunnissa asuville kelpoisuusehdot täyttävillä 60–66-vuotiaille miehille ja naisille lähetettiin henkilökohtainen seulontakutsu sekä testipaketti (ikäväliä pidennettiin 68 ikävuoteen vuonna 2021). Vuonna 2022 käynnistetyssä kansallisessa ohjelmassa kohdeväestölle lähetetään joka toinen vuosi kutsu maksuttomaan paksu- ja peräsuolen syövän seulontaan, näytepakkaus immunokemiallista ulosteen veritestiä varten sekä etukäteen maksettu palautuskirjekuori. Vuonna 2024 seulonta kattoi kaikki 60–70-vuotiaat. Kohderyhmää laajennetaan vähitellen siten, että vuoteen 2031 mennessä seulontaan kutsutaan kaikki 56–74-vuotiaat. Positiivisista tuloksista ilmoitetaan kirjeitse, ja henkilö ohjataan lisätutkimuksiin. Kansallisen asiantuntijaryhmän suositteleman seulonta-algoritmin perusteella henkilöt, joiden tulos on seurannassa (ensisijaisesti kolonoskopia) negatiivinen, kutsutaan seulontaan kuuden vuoden kuluttua. Jos paksu- ja peräsuolen syöpää hoidetaan ja seurataan standardien mukaisesti, seulontaan lähetetään kutsu seuraavan kerran 10 vuoden kuluttua.

### **Suomessa hyvinvointialueet vastaavat kaikkien syöpäseulontojen järjestämisestä**

Vuoden 2023 uudistuksen myötä maan 21 hyvinvointialuetta sekä Helsingin kaupunki vastaavat terveys-, sosiaali- ja pelastuspalvelujen, myös syöpäseulontojen, järjestämisestä. Lisäksi Ahvenanmaa vastaa seulontojen järjestämisestä omalla alueellaan. Ennen uudistusta syöpäseulontojen järjestäminen oli kuntien (paikallisten hallintoviranomaisten) vastuulla. Seulonnat tarjosi joko kunta tai yksityinen palveluntarjoaja, jolta kunta oli tilannut kyseisen palvelun. Nykyisin hyvinvointialueet lähettävät kutsukirjeet rintasyövän ja kohdunkaulan syövän seulontaan. Joillain alueilla seulonta-aika on varattu etukäteen, ja kirjeessä mainitaan toimenpiteen ajankohta sekä paikka (joita voidaan muuttaa). Paksu- ja peräsuolen syövän seulontakutsujen ohessa lähetetään näytepakkaus.

Rintasyövän seulonnassa hyvinvointialueet tarjoavat mammografian ja tarvittaessa varmennustutkimukset. Seulonnat voidaan suorittaa liikkuvissa mammografiyksiköissä. Suomi tutkii mahdollisuuksia käyttää tekoälyä

rintasyövän seulonnassa. Tekoäly voisi helpottaa pulaa terveydenhuollon ammattilaisista, auttaa radiologeja sekä vähentää heidän työtaakkaansa ja terveydenhuollon kustannuksia.

Kohdunkaulan syövän seulonnat suoritetaan joko terveyskeskuksissa tai seulontalaboratoriossa. Paksu- ja peräsuolen syövän seulonnassa osallistujat lähettävät näytteensä suoraan testauslaboratorioon.

Jotkin hyvinvointialueet voivat järjestää lisäksi eturauhassyöpä-, keuhkosyöpä- ja/ tai ihosyöpäseulontoja, mutta nämä eivät ole täyttäneet Suomen järjestelmällisten väestöpohjaisten seulontojen kriteerejä. Tampereen yliopistossa toteutetussa eturauhassyövän seulontatutkimuksessa (FinRSPC) todettiin, että seulonnoista voisi olla enemmän haittaa kuin hyötyä. Ne voisivat johtaa esimerkiksi väriin positiivisiin tuloksiin ja yliidiagnosointiin. Myös keuhkosyövän seulonnat voisivat johtaa moniin väriin positiivisiin tuloksiin.

### **Rintasyövän seulontojen osallistumisaste on Suomessa EU:n toiseksi korkein, mutta epätasa-arvoisuutta esiintyy**

Vaikka rintasyövän seulontojen osallistumisaste on laskenut Suomessa vähitellen viime vuosikymmenten aikana, se on edelleen melko korkea. Vuonna 2022 aste oli 82 % (ks. kaavio 12), mikä on EU:n toiseksi korkein Tanskan jälkeen (83 %). Suomen Syöpärekisterin tutkimuksen mukaan seulonnoilla ehkäistään Suomessa noin 100 rintasyöpäkuolemaa vuosittain.

Osallistumisasteet vaihtelevat merkittävästi eri alueiden välillä. Suomen Syöpärekisterin mukaan vuosina 2017–2021 alhaisin ikävakioitu osallistumisaste oli Uudellamaalla, erityisesti Helsingissä (73 %). Tämä johtuu todennäköisesti siitä, että pääkaupungissa tehdään muuta maata enemmän seulontaohjelman ulkopuolisia spontaaneja seulontoja. Korkein osallistumisaste oli Ahvenanmaalla (86 %), ja kahdeksalla hyvinvointialueella osallistumisaste oli vähintään 85 %.

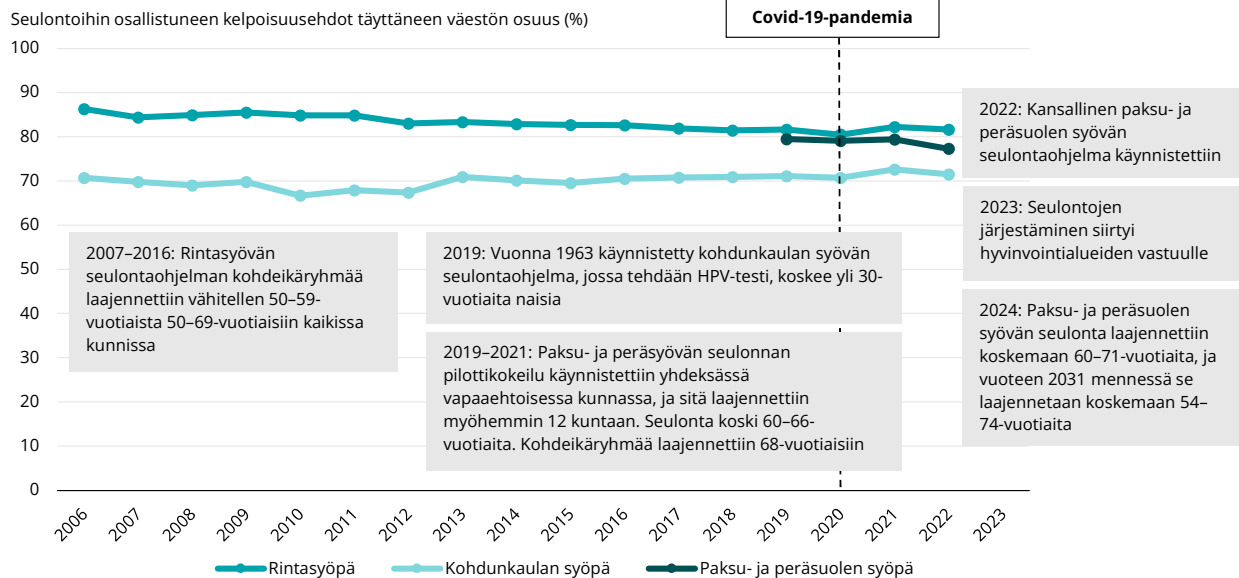
Osallistumisasteet vaihtelevat merkittävästi myös sosioekonomisen aseman mukaan. Vuosina 2020 ja 2021 rintasyöpäseulontojen ikävakioitu osallistumisaste oli alhainen naisilla, jotka eivät olleet työelämässä (60 %), kuten opiskelijoilla, työttömillä ja eläkeläisillä, verrattuna työelämässä olleisiin naisiin (87 %). Lisäksi osallistumisaste oli alhaisempi naisilla, jotka eivät puhuneet kotimaista kieltä (63 %), verrattuna naisiin, jotka puhuivat suomea, ruotsia tai saamea (82 %), ja alhaisempi naisilla, joiden koulutusaste

oli alhainen (66 %), verrattuna naisiin, joiden koulutusaste oli korkea (85 %).

Tietoisuutta syöpäseulontaohjelmista lisätään julkisesti saatavilla olevilla verkkokoulutusoppailla, videoilla sekä muilla julkisilla

tavoilla. Monet tiedotusmateriaalit, samoin kuin seulontakutsut, ovat saatavilla usealla eri kielellä. Aiempaa kohdennettummille lähestymistavoille näyttää kuitenkin olevan tarvetta, jotta erot eri väestöryhmien välillä saataisiin poistettua.

## Kaavio 12. Suomen syöpäseulontojen osallistumisasteet ovat EU:n korkeimpia



**Huomautukset:** Tiedot koskevat raportointivuonna seulontaan kutsuttujen 50–69-vuotiaiden naisten mammografiaseulontaa, raportointivuonna seulontaan kutsuttujen 30–60-vuotiaiden naisten kohdunkaulan syövän seulontaa sekä raportointivuonna seulontaan kutsutun 60–66-vuotiaan väestön paksu- ja peräsuolen syövän seulontaa. Kaaviossa esitetään kaikkien syöpätyyppien seulontaohjelmien tiedot kaikilta tarkasteluvuosilta.  
Lähde: OECD:n terveystilastot 2024.

### Kohdunkaulan syövän seulontojen osallistumisaste on Suomessa EU:n viidenneksi korkein

Suomessa kohdunkaulan syövän seulontojen osallistumisaste oli 72 % vuonna 2022. Luku on EU:n viidenneksi korkein Ruotsin (79 %), Tšekin ja Slovenia (74 %), ja Irlannin (73 %) jälkeen. Suomessa noin 60 % kohdunkaulan syövän esiasteista (ja hieman alle 25 % kohdunkaulan syöivistä) havaitaan seulontaohjelman avulla. Osittain tämän ansiosta kohdunkaulan syöpien ikävakiointu arvioitu ilmaantuvuusaste on Suomessa alhainen (kuusi uutta tapausta 100 000:ta naista kohden vuonna 2022, mikä on noin puolet EU:n keskiarvosta), samoin kuin kohdunkaulan syövästä johtuva ikävakiointu kuolleisuusaste (1,9 kuolemaa 100 000:ta naista kohden, mikä myös on noin puolet EU:n keskiarvosta).

Kohdunkaulan syövän seulontojen osallistumisaste vaihtelee väestöryhmittäin. Osallistumisaste on alhaisempi 25–30-vuotiailla naisilla (62 %) kuin 45–65-vuotiailla naisilla (75 %). Rintasyövän seulontojen ikävakiointu osallistumisaste oli vuosina 2017–2021 korkein Ahvenanmaalla (78 %) ja alhaisin Pohjois-Savon hyvinvointialueella

(61 %). Kohdunkaulan syövän seulontojen osallistumisasteessa on eroja äidinkielenään kotimaista kieltä puhuvien (73 %) ja niiden välillä, jotka eivät puhu kotimaista kieltä äidinkielenään (57 %). Suomen Syöpärekisterin vuonna 2023 julkaistussa tutkimuksessa havaittiin, että osallistumisaste vaihtelee myös sosioekonomisen taustan mukaan. Seulontoihin osallistui korkeasti koulutetuista naisista 78 %, työelämässä olevista naisista 69 %, vähän koulutetuista naisista 51 % ja työttömistä naisista 52 %.

Yhä useampi EU+2-maa jakaa näytepakkauksia osana kohdunkaulan syövän seulontaohjelmiaan parantaakseen osallistumisastetta, mutta Suomessa näin ei tehdä valtakunnallisella tasolla. Heikossa sosioekonomisessa asemassa oleville ja äidinkielenään muuta kuin kotimaista kieltä puhuville kohdennettujen viestintästrategioiden lisäksi Suomessa voitaisiin tarkastella näytepakkausten lähettämismahdollisuutta osallistumisasteen parantamiseksi.

### Suomen hlbtq-henkilöt osallistuvat rintasyövän seulontoihin harvemmin kuin muiden maiden hlbtq-henkilöt

EU:n kolmannen hlbtq-tutkimuksen (EU LGBTIQ Survey III) mukaan 13 % 40–54-vuotiaista

cis-sukupuolisista hlbtqi-naisista, transnaisista ja intersukupuolisista henkilöistä ilmoitti käyneensä mammografiassa viimeisten 12 kuukauden aikana. Luku on paljon EU:n 28 %:n keskiarvoa alhaisempi (ks. kaavio 13). Kohdunkaulan syövän seulontojen osalta Suomen asianosaisesta 25–39-vuotiaasta hlbtqi-väestöstä 55 % ilmoitti käyneensä papakokeessa viimeisten viiden vuoden aikana (luku on EU:n 64 %:n keskiarvoa alhaisempi). Vastaava osuus 40–55-vuotiaasta hlbtqi-väestöstä oli 78 % (mikä on EU:n 74 %:n keskiarvoa korkeampi).

### Pilottiohjelmaan osallistuneissa kunnissa paksu- ja peräsuolen syövän seulontojen osallistumisaste oli erittäin korkea

Suomessa otettiin käyttöön valtakunnallinen väestöpohjainen paksu- ja peräsuolen syövän seulontaohjelma vuonna 2022. Sitä ennen vuosina 2004–2016 toteutettiin satunnaistettu paksu- ja peräsuolen syövän seulontatutkimus, johon kutsuttiin noin puolet Suomen 60–69-vuotiaasta väestöstä. Lisäksi vuosina 2019–2021 toteutettiin seulonnan pilottiohjelma. Näiden pilottiohjelmien arviointi edesauttoi kansallisen seulontaohjelman täytäntöpanosuunnitelmien laatimista (esimerkiksi kahden muistutuksen lähettäminen niille, jotka eivät ole osallistuneet seulontaan).

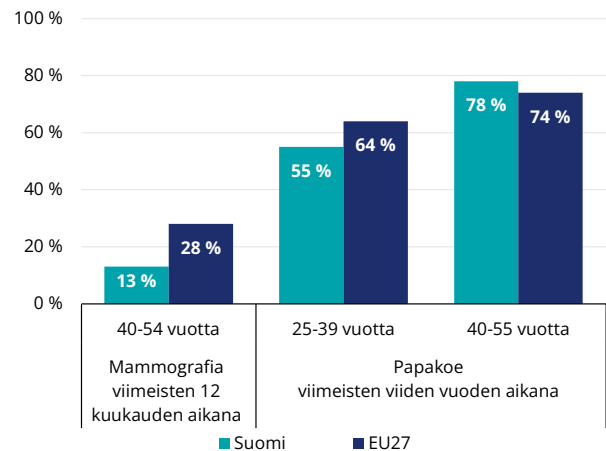
Vuonna 2022 käynnistettyä uutta paksu- ja peräsuolen syövän seulontaohjelmaa koskevien Suomen Syöpärekisterin tietojen mukaan noin 77 % kohdeväestöstä palautti ulostetestin ja noin 5 %:lla testitulokset olivat positiiviset. Sukupuolten välillä havaittiin eroja: naisten osallistumisaste oli 81 %, miesten 73 %.

### Covid-19-pandemia ei Suomessa vaikuttanut merkittävästi syöpien seulontaohjelmiin

Covid-19-pandemialla ei vaikuta olleen Suomessa merkittävää vaikutusta rintasyövän, kohdunkaulan syövän eikä paksu- ja peräsuolen syövän seulontojen osallistumisasteisiin vuosina 2020 ja 2021 (ks. kaavio 13). Näin on siitakin huolimatta, että kaikki kunnat keskeyttivät seulontakutsujen lähettämisen pandemian ensimmäisen aallon aikana maaliskuusta huhtikuuhun 2020.

### Kaavio 13: Kohdunkaulan syövän seulontojen osallistumisaste on 25–39-vuotiailla hlbtqi-henkilöillä alhaisempi Suomessa kuin EU:ssa keskimäärin

Rinta- tai kohdunkaulan syövän seulontoihin osallistuneiden osuus (%) kaikista hlbtqi-henkilöistä



*Huomaus: Hlbtqi-tutkimuksen tulokset koskevat ikäryhmiä ja/tai seulontavälejä, jotka eivät vastaa EU-maiden väestöpohjaisia seulontoja, eikä niitä tulisi verrata. Lähteet: Euroopan unionin perusoikeusvirasto (EU LGBTIQ Survey III).*

### Suomi suorittaa arvioiteja parantaakseen syöpäseulontojen laatua ja tehokkuutta

Joukkoseulontarekisteri, joka sisältää tietoa syöpäseulontojen eri vaiheista, on osa Suomen Syöpärekisteriä. Sen tiedot voidaan yhdistää Tilastokeskuksesta saatavilla oleviin sosioekonomisiin tietoihin, kuolinaikaan, asuinpaikkaan, maastamuuttaja- ja maahanmuuttaja-asemaan sekä lääketieteellisiin tietoihin. Näiden yhdistettyjen tietojen avulla on analysoitu syöpäseulontojen laatua ja vaikutusta kuolleisuuteen. Havaintoja on käytetty syöpäseulontaohjelmien kehittämiseen. Keskeiset havainnot ja tilastot julkaistaan vuosiraporteissa. Koska korkealaatuiset tiedot ovat korkealaatuisten syöpäseulontojen perusta, tietojen paikkansapitävyyden varmistamiseksi on lisäksi toteutettu sisäisiä auditointeja (Lunkka ym., 2021).

Rekisterissä aiotaan ottaa käyttöön järjestelmä, joka helpottaa seurantaan kunnissa. Järjestelmässä ihmisten seulontatiedot ovat seulojan saatavilla, mikä edistää seulontaohjelmien laadun parantamista hajautetulla tasolla ja ammattitasolla. Syöpäseulontojen tehokkuuden parantamiseksi (esimerkiksi kohdentamalla toimia ihmisiin, joiden riski sairastua syöpään on muuta väestöä suurempi) tehdään parhaillaan tutkimusta. Tutkimuksessa hyödynnetään esimerkiksi FinnGen-hankkeessa kerättyjä tietoja (ks. kohta 5.3).



# 5. Syövänhoidon suorituskyky

## 5.1 Saavutettavuus

### **Vaikka saatavilla on maksuttomia julkisia terveydenhuoltopalveluja, pienituloiset saattavat kohdata esteitä syövän diagnosoinnissa ja hoidossa**

Suomessa lääketieteellinen hoito on maksutonta kaikille alle 18-vuotiaille. Myös aikuiset voivat käyttää maksutta useita eri julkisia terveydenhuoltopalveluja, mukaan lukien laboratorio- ja röntgentutkimukset, perusterveydenhuollon mielenterveyspalvelut sekä syöpädiagnoosin saaneille potilaille tarjottava kuntoutusneuvonta. Muista lääketieteellisistä palveluista on kuitenkin maksettava omavastuuosuus. Näitä ovat esimerkiksi perusterveydenhuollon lääkärikäynnit, sairaalahoido, päiväkirurgia sekä sairaaloissa toteutettavat peräkkäiset hoidot, kuten sädehoito ja kuntoutus.

Omavastuuosuudet vaihtelevat jonkin verran hyvinvointialueiden välillä, mutta maksun enimmäismäärä on Suomessa vakio. Lääkärikäynti terveyskeskuksessa maksaa enimmillään 23 euroa (omavastuuosuus, jos lääkärikäyntejä on enimmillään kolme kalenterivuonna, tai 46 euroa kalenterivuodessa). Poliklinikkamaksut ovat enimmillään 46 euroa, päivittäiset sairaalamaksut 54,60 euroa päivässä ja sairaaloissa tehtävien päiväkirurgisten toimenpiteiden maksut 150,80 euroa. Vuosittainen maksukatto on vakio (762 euroa vuonna 2024). Kun se on saavutettu, lääketieteellisistä palveluista ei tarvitse maksaa omavastuuosuutta. Aikuisten on maksettava avohoidon lääkkeistä alkuomavastuuta 50 euroa. Useimmista lääkkeistä on maksettava omavastuu muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta (esimerkiksi tietyt syöpälääkkeet). Lääkkeiden omavastuun vuosittainen maksukatto on vuonna 2024 626,94 euroa. Maksukatton saavuttamisen jälkeen kunkin lääkkeen omavastuu on 2,5 euroa (Rajat ylittävän terveydenhuollon yhteispiste, 2024, ja Kela, 2024a).

Vuonna 2022 käyttäjiltä perittävät maksut kattoivat noin 16 % Suomen senhetkisistä terveydenhuoltomenoista, mikä vastaa melko hyvin EU:n keskiarvoa. Omavastuumaksujen kattamiseksi yksityisen vakuutuksen hankkineiden osuus väestöstä on kasvanut viime vuosina, ja lähes

yhdellä neljästä on ylimääräinen vapaaehtoinen, usein työhön perustuva sairausvakuutus.

Jos henkilöllä on taloudellisia vaikeuksia, hyvinvointialueet pienentävät terveydenhuoltopalvelujen ja -tuotteiden maksuja tai eivät peri niitä. Lisäksi Syöpäjärjestöt tarjoaa taloudellista apua taloudellisista vaikeuksista kärsiville syöpäpotilaille, ja syöpää sairastavien lasten perheet voivat hakea avustusta Syöpäsäätiön Lasten Syöpärahastosta. Tietoisuuden lisääminen näistä taloudellisista tukijärjestelmistä on tärkeää, jotta varmistetaan heikossa sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisten oikea-aikainen pääsy syöpähoitoihin.

### **Syöpähoitojen toteutus on hyvin jäsenneiltyä, ja niiden maantieteellinen saatavuus varmistetaan taloudellisen tuen avulla**

Julkisrahoitteisen perus- ja erikoisterveydenhuollon järjestäminen oli aikaisemmin Suomen yli 300 kunnan vastuulla, mutta vuodesta 2023 lähtien näistä velvollisuuksista ovat huolehtineet maan 21 hyvinvointialuetta. Syövät diagnosoidaan yleensä perusterveydenhuollossa, ja niiden hoito ja seuranta toteutetaan yleensä sairaaloissa, kunnassa tai perusterveydenhuollossa. Pitkälle erikoistuneesta hoidosta vastaavat maan viisi yhteistyöaluetta, ja se toteutetaan keskitetysti kunkin alueen yliopistollisessa sairaalassa. Yliopistolliset sairaalat tarjoavat erikoistuneita syöpähoitoja, kuten harvinaisten syöpien hoitoja. Helsingissä, joka sijaitsee Etelä-Suomen yhteistyöalueella, on lisäksi yksityinen syöpähoitoihin erikoistunut sairaala.

Suomi on suuri maa, jonka monet alueet ovat harvaan asuttuja. Ratkaistakseen hoitoon pääsyn maantieteelliset ongelmat Suomi otti 1990-luvun puolivälissä käyttöön sähköisten terveyspalvelujen kansallisen kehittämis- ja täytäntöönpanostrategian. Tämä johti etälääketieteen vakiintuneeseen infrastruktuuriin ja laajaan käyttöön jo ennen covid-19-pandemiaa. Etälääketiedettä on mahdollista käyttää syöpähoitojen yhteydessä esimerkiksi lääkärikäynteihin, diagnostiikkaan, havainnointiin, seurantaan ja tiettyihin hoitoihin.

Syöpähoidoissa sairaalaan pääseminen on kuitenkin ajoittain välttämätöntä. Suomi varmistaakin potilaiden sairaalaan pääsyn

tarjoamalla taloudellista tukea matkakustannuksiin. Suomi korvaa matkakustannukset, jotka aiheutuvat kulkemisesta lähimmässä sairaalassa tai terveyskeskuksessa annettaviin hoitoihin. Matkoista on kuitenkin maksettava omavastuuosuus, joka on enintään 25 euroa yhtä matkaa kohden vuosittaiseen maksukattoon (300 euroon) asti.

## Suomessa on pulaa lääkäreistä, mutta hoitajien saatavuus on suhteellisen hyvä

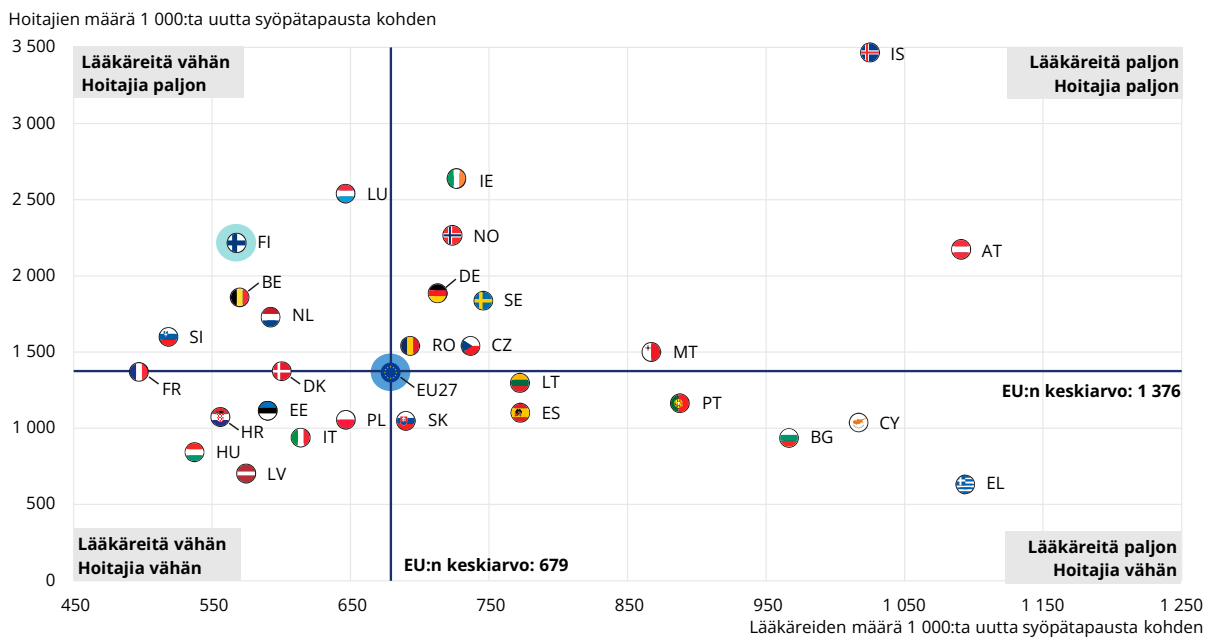
Suomessa on pulaa lääkäreistä. Vuonna 2022 maassa oli 568 lääkäriä 1 000:ta uutta syöpätapausta kohden. Luku on EU:n keskiarvoa (679 lääkäriä 1 000:ta uutta syöpätapausta kohden) alhaisempi. Lääkäreiden jakautumisessa on myös huomattavia alueellisia eroja. Maan pohjoisosissa suhde on alhaisempi (alle kaksi lääkäriä 1 000:ta uutta syöpätapausta kohden) kuin eteläosissa (mukaan lukien pääkaupunki Helsinki, jossa lääkäreitä on paljon). Sosiaali- ja terveysministeriön vuoden 2010 raportin mukaan syöpälääkäreitä ei ole joillain alueilla riittävästi.

Lääkäripula on vakava ongelma, erityisesti perusterveydenhuollossa. Suomi on ottanut käyttöön strategisen etenemissuunnitelman vuosiksi 2022–2027 turvatakseen lääkäreiden sekä muiden sellaisten terveys- ja sosiaalipalvelujen ammattilaisten saatavuuden, joista on myös pulaa. Etenemissuunnitelma sisältää suunnitelmia koulutusvalmiuksien lisäämiseksi, tehtävien

ohjaamiseksi uudelleen terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa, kansainvälisen rekrytoinnin helpottamiseksi sekä työn uudelleenjärjestämiseksi digitalisaation ja hoidon paremman koordinoinnin avulla.

Hoitajien saatavuus oli kuitenkin EU:n keskiarvoa korkeampi: vuonna 2022 Suomessa oli 2 223 hoitajaa 1 000:ta syöpätapausta kohden, EU:ssa keskimäärin 1 376 hoitajaa 1 000:ta syöpätapausta kohden (ks. kaavio 14). Suomessa hoitajat ovat 2000-luvun alusta lähtien hoitaneet joitakin aiemmin ainoastaan lääkäreiden hoitamia tehtäviä, kuten lääkkeiden määrääminen ja vastaanottokäynnit perusterveydenhuollossa, ja heillä on suurempi rooli sairaalahoidossa. Hoitajat voivat lisätä ammattiosaamistaan syövän hoidosta, sillä Helsingin yliopistollisen sairaalan Syöpäkeskuksessa järjestetään monitasoisia jatkuvia koulutusohjelmia Suomen syöpähoitajille koko heidän työuransa ajan. Tällä tavoin syövän hoidosta tehdään houkutteleva ammattiala ja varmistetaan, että hoitajat pysyvät ajan tasalla nopeasti kehittyvästä teknologiasta. Syöpähoitajien saatavilla on solunsalpaajia koskevia turvallisuusohjeita ja virallista koulutusta. Lisäksi Suomen Syöpäsairaanhoitajat tukee ammattilaisia järjestämällä koulutusta ja auttamalla jäseniään osallistumaan kansainvälisiin konferensseihin. European Oncology Nursing Society -järjestön vuoden 2020 tietojen mukaan syöpähoitajien roolia hoidossa voitaisiin Suomessa vahvistaa.

## Kaavio 14. Suomen hoitajatiheys on EU:n keskiarvoa suurempi



Huomautukset: Hoitajia koskeviin tietoihin sisältyvät kaikki hoitajat (muutkin kuin EU:n ammattipätevyys tunnustamisesta annetun direktiivin alaiset). Tiedot koskevat potilastyötä tekeviä hoitajia, lukuun ottamatta Portugalia ja Slovakian tasavaltaa. Niiden osalta tiedot koskevat myös muita hoitajia, jotka toimivat aktiivisesti ammatissa, jonka harjoittaminen edellyttää hoitajakoulutusta. Kreikan tiedoissa hoitajien määrä on arvioitu todellista pienemmäksi, sillä niissä on huomioitu vain sairaaloissa työskentelevät hoitajat. Portugalin ja Kreikan osalta tietoihin on laskettu mukaan kaikki henkilöt, joilla on lupa toimia lääkärinä, mistä seuraa, että potilastyötä tekevien lääkäreiden määrä on arvioitu paljon todellista suuremmaksi. EU:n keskiarvo ei ole painotettu.

Lähde: OECD:n terveystilastot 2024. Tiedot koskevat vuotta 2022 tai viimeisintä vuotta, jonka osalta tietoja oli saatavilla.

## Lääketieteellisten laitteiden saatavuus on suhteellisen hyvä

Suomessa sädehoitolaitteiden saatavuus on suhteellisen korkealla tasolla: 11,2 laitetta 1 000 000:aa henkeä kohden. Luku on noin kolmasosan Suomen taloudellisia verrokkimaita (8,4) korkeampi (ks. kaavio 15). Laitteet ovat suhteellisen uusia: lähes 25 % laitteista on alle viisi vuotta vanhoja ja 86 % alle 15 vuotta vanhoja.

Suomessa myös magneettikuvauslaitteita on EU:n keskiarvoa enemmän: vuonna 2023 Suomessa oli 34 laitetta 1 000 000:aa henkeä kohden, muissa EU-maissa keskimäärin 18. Tietokonetomografialaitteita Suomessa on kuitenkin EU:n keskiarvoa vähemmän: Suomessa on 19 laitetta 1 000 000:aa henkeä kohden, muissa EU-maissa keskimäärin 27.

## Odotusaikojen seuranta oikea-aikaisen syöpähoitoihin pääsyn parantamiseksi

Kuten vuonna 2021 käyttöön otetussa Suomen elpymis- ja palautumissuunnitelmassa todettiin, pitkät odotusajat ovat Suomessa ongelma. Suomessa on käytössä erikoishoitoihin pääsyä koskevat enimmäisodotusaikatavoitteet. Esimerkiksi epäiltyä syöpätapausta koskevan lähetteen ja ensimmäisen hoidon aloittamisen välillä tulisi kulua enintään kuusi viikkoa, ja kirurgisen hoidon ja liittäishoidon välillä tulisi kulua enintään neljä viikkoa potilaan terveydentilasta riippuen.

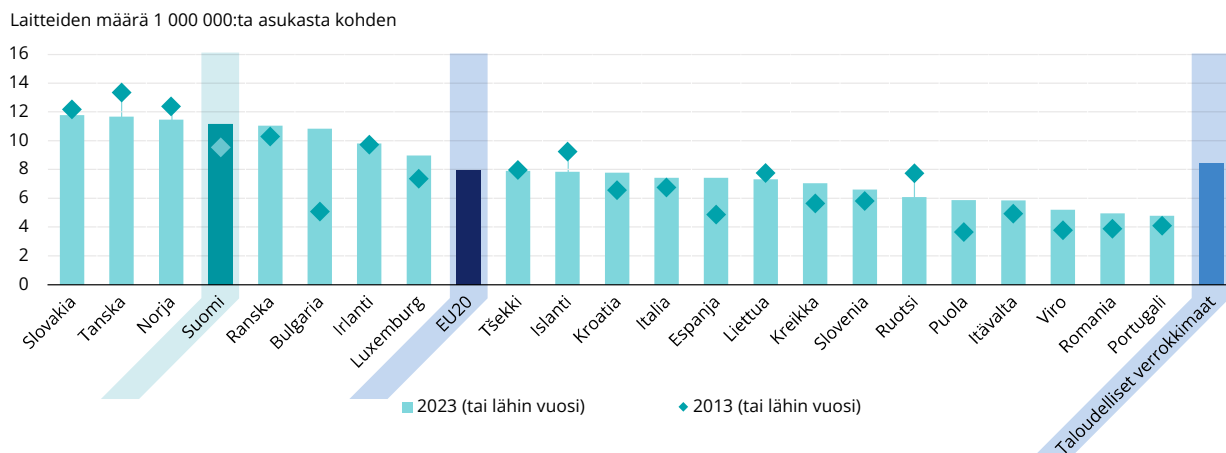
Nopeammin hoitoon pääsee kuitenkin yksityisen terveydenhuollon kautta. Potilailta perittävät maksut ovat korkeampia kuin julkisella puolella. Vaikka vain pieni osa sairaaloista on voittoa tavoittelevia ja yksityisomistuksessa,

vapaaehtoisen sairausvakuutuksen hankkineen väestön osuus kasvoi 17,1 %:sta 23,2 %:iin vuosina 2012–2022. Tämä kehityssuuntaus saattaa johtaa heikommassa asemassa olevien väestöryhmien eriarvoisuuteen oikea-aikaisen syöpähoitoihin pääsyn suhteen.

## Suomessa uusien syöpälääkkeiden myyntilupa- ja korvausprosessit ovat monimutkaisia

Uusia lääkkeitä arvioivat Suomessa lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus (Fimea) ja Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto (Palko), jotka kuuluvat sosiaali- ja terveystieteiden alaisuuteen. Fimea myöntää lääkinnällisten tuotteiden myyntiluvat Euroopan komission ja Euroopan lääkeviraston (EMA) suositusten perusteella. Lisäksi Fimea tekee terveydenhuollon menetelmien arviointityötä (health technology assessment, HTA) sekä yhteistyötä muiden tahojen, kuten yliopistojen ja tutkimuslaitosten kanssa, kansallisesti ja kansainvälisesti. Fimea esimerkiksi osallistuu FINOSE-yhteistyöhön eli HTA-yhteistyöverkoston, johon kuuluvat myös Norja ja Ruotsi, ja tekee yhdessä niiden kanssa uusien lääkkeiden klinisiä ja terveystaloudellisia arvioita. Palko antaa kansallisia suosituksia siitä, mitkä palvelut ja tuotteet kuuluvat terveydenhuollon palvelu- ja tuotevalikoimaan, myös sairaaloiden julkisrahoitteisessa terveydenhuollossa käytettävistä lääkkeistä. Kansaneläkelaitos (Kela) puolestaan tekee päätökset avohoidon lääkkeiden korvattavuudesta. HTA-arviointityötä tehdään myös yliopistollisissa sairaaloissa. Kansallinen HTA-koordinaatioyksikkö koordinoi eri yliopistoissa tehtävää HTA-työtä ja tekee yhteistyötä kansainvälisten elinten, kuten Euroopan HTA-verkoston, kanssa.

## Kaavio 15. Sädehoitolaitteiden saatavuus on Suomessa EU:n keskiarvoa korkeammalla tasolla



Huomautukset: Suurin osa EU-maiden sädehoitolaitteista sijaitsee sairaaloissa. Portugalin ja Ranskan tiedoissa on otettu huomioon ainoastaan sairaaloissa sijaitsevat sädehoitolaitteet, muiden maiden tiedoissa myös muualla sijaitsevat. Taloudelliset verrokkimmaat määritellään tertiileiksi klustereiksi ostovoimastandardin mukaisen asukasta kohden lasketun BKT:n vuoden 2022 määrän perusteella. Suomen taloudelliset verrokkimmaat ovat Tšekki, Espanja, Ranska, Italia ja Slovenia. EU:n keskiarvo ei ole painotettu.

Lähde: OECD:n terveystilastot 2024.

Kunkin yhteistyöalueen johtava ylilääkäri vahvistaa uudet syöpälääkkeet kansallisten suositusten mukaisesti, minkä jälkeen lääkkeiden käyttöönotosta päätetään kussakin sairaalassa erikseen. Jos yhdessä sairaalassa hyväksytään uusi indikaatio, se yleensä hyväksytään viipymättä muissakin sairaaloissa. Se, milloin uudet lääkkeet tulevat syöpäpotilaiden saataville käytännössä, saattaa kuitenkin vaihdella jonkin verran alueittain.

## 5.2 Laatu

### **Korkealaatuinen syövänhoito taataan keskitetyn hoitojärjestelmän, akkreditoitujen sairaaloiden sekä kansallisten ja alueellisten verkostojen avulla**

Helsingin yliopistollisen sairaalan Syöpäkeskus on suurin syöpähoitoja tarjoava keskus, jonka laajaan palveluvalikoimaan kuuluvat muun muassa sädehoidot, kemoterapia, kirurgia sekä erikoistunut palliatiivinen ja saattohoito. Syöpäkeskus tekee uusia terveydenhuollon menetelmiä koskevaa tutkimusta sekä kliinisiä lääketutkimuksia uusien syöpälääkkeiden kehittämiseksi. Se on Suomen ainoa laaja-alainen syöpäkeskus, jonka Euroopan syöpäinstituuttien organisaatio (Organisation of European Cancer Institutes, OECI) on akkreditoinut. Se on myös European Reference on Rare Adult Solid Cancers -verkoston akkreditoitu jäsen. Neljä muuta, muilla yhteistyöalueilla sijaitsevaa yliopistollista sairaalaa (Oulu, Tampere, Turku ja Kuopio) ovat myös OECI:n akkreditoimia syöpäkeskuksia.

Suomessa syövänhoito on keskitettyä (ks. kohta 5.1), ja kansallisilla ja alueellisilla verkostoilla taataan pääsy korkealaatuisiin syöpähoitoihin koko hoitopolun ajan. Kansallinen verkosto koostuu Kansallisen syöpäkeskuksen (FICAN) kansallisesta koordinoivasta yksiköstä ja viidestä alueellisesta syöpäkeskuksesta (Itäinen syöpäkeskus, Sisä-Suomen syöpäkeskus, Pohjoinen syöpäkeskus, Eteläinen syöpäkeskus ja Läntinen syöpäkeskus). FICAN panee täytäntöön ja koordinoi syöpien ehkäisemiseen, diagnosointiin ja hoitoon ja kuntoutukseen liittyvää kansallista politiikkaa ja ohjeistusta alueellisten keskusten yhteistyön avulla. Samalla se varmistaa tutkimuspohjan politiikan ja ohjeistuksen kehittämistä varten. Alueelliseen verkostoon kuuluvat hyvinvointialueet, mukaan lukien sairaalat ja lääketieteellinen korkeakoulu. Alueelliset syöpäkeskukset tekevät yhteistyötä paikallisten sairaaloiden kanssa kansallisen politiikan ja ohjeistuksen panemiseksi täytäntöön ja korkealaatuiseen hoitoon pääsyn varmistamiseksi. Laadun parantamiseksi pienemmät sairaalat

osallistuvat vertailuohjelmaan, jossa arvioidaan niiden suoriutumista useiden eri indikaattoreiden perusteella.

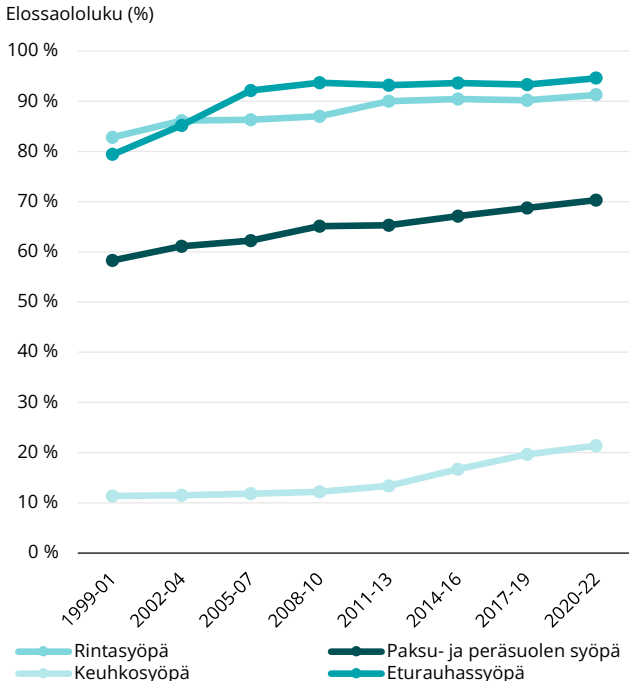
Syövänhoidon laatu taataan kliinisten ohjeiden avulla. Niitä on laadittu hyvinvointialueiden tasolla yleisimpiä syöpiä varten, ne kattavat koko hoitopolun ja ne on mukautettu resurssien alueelliseen saatavuuteen kunkin syövän hoitopolun vaiheen osalta. Syövänhoidon korkean laadun takaa osaltaan myös moniammatillinen meeting-toiminta, jossa potilaalle laaditaan yksilöllinen hoitosuunnitelmaa ja toteutetaan se.

### **Syövänhoidon laatu on parantunut ajan mittaan**

Viiden vuoden suhteelliset ikävakioidut elossaoloarviot ovat parantuneet Suomessa. Vuosina 2020–2022 ne olivat 69 % miespotilaiden osalta ja 71 % naispotilaiden osalta, mikä tarkoittaa 0,6 prosenttiyksikön nousua sekä miehillä että naisilla verrattuna vuosiin 2017–2019 (Pitkaniemi ym., 2024).

Vuosina 2020–2022 viiden vuoden elossaoloarviot olivat rintasyövän osalta 91 %, eturauhassyövän osalta 95 %, paksu- ja peräsuolen syövän osalta 70 % ja keuhkosityövän osalta 21 % (ks. kaavio 16). Arviot eivät vaihtelee merkittävästi alueiden välillä, joten hoidon laatu on oletettavasti samalla tasolla eri osissa maata. Suomen Syöpärekisterin mukaan vähän koulutettujen viiden vuoden elossaoloarviot (64 % miehillä ja 65 % naisilla) olivat kuitenkin merkittävästi alhaisemmat kuin korkeakoulu-tetuilla (77 % miehillä ja 78 % naisilla). Heikossa sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisten saattaa taloudellisista ja muista syistä olla vaikea päästä ajoissa korkealaatuisiin seuloaohjelmiin ja hoitoon, minkä vuoksi näiden ihmisten tukeminen on erityisen tärkeää koko syövän hoitopolun ajan.

### Kaavio 16. Elossaololuvut elossaololuvut ovat parantuneet viimeisten kahden vuosikymmenen aikana



Lähde: Suomen Syöpärekisteri, Syöpätilasto, 2024.

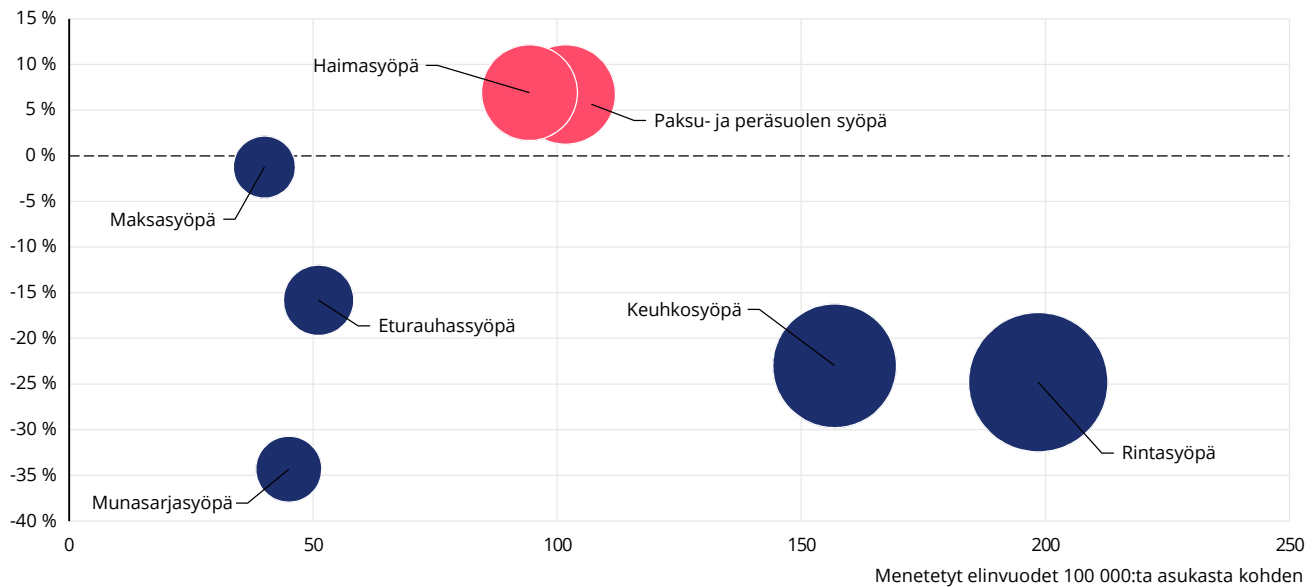
### Myös menetetyt elinvuodet viittaavat Suomen syövänhoidon suhteellisen hyvään laatuun

Elossaolotietojen lisäksi myös menetetyillä elinvuosilla voidaan mitata eri syöpien vaikutusta yhteiskuntaan, sillä siinä korostuvat nuorten syöpäkuolemat. Tarkastelemalla menetetyissä elinvuosissa ajan mittaan tapahtunutta muutosta eri syöpätyyppien osalta voidaan havaita, että ennenaikaiset kuolemat ovat vähentyneet, mikä viittaa syöpähoitojärjestelmien paranemiseen.

Vuonna 2021 Suomessa menetettiin syövän takia kaiken kaikkiaan 986 elinvuotta 100 000:ta asukasta kohden, mikä on 27 % vähemmän kuin EU:n keskiarvo (1 355). Tilanne parani Suomessa jonkin verran muita EU-maita hitaammin. Menetettyjen elinvuosien määrä on laskenut Suomessa 16 %:lla vuoden 2012 jälkeen, 19% muualla EU:ssa. Naisten osalta eniten elinvuosia menetettiin rintasyövän takia (199 vuotta 100 000:ta naista kohden, mikä on merkittävästi (25%) vähemmän kuin vuonna 2012). Paksu- ja peräsuolen syövän sekä haimasyövän takia menetettyjen elinvuosien määrä kasvoi vuosina 2012–2021 (ks. kaavio 17).

### Kaavio 17. Paksu- ja peräsuolen syövän sekä haimasyövän takia menetettyjen elinvuosien määrä kasvoi viime vuosikymmenen aikana

Menetettyjen elinvuosien prosenttiosuuden muutos vuosina 2012–2022 (tai lähin saatavilla oleva vuosi) (%)



Huomautukset: Rintasyövän, kohdunkaulansyövän ja munasarjasyövän takia menetettyjen elinvuosien määrä koskee ainoastaan naisia, kun taas eturauhassyövän takia menetettyjen elinvuosien määrä koskee ainoastaan miehiä. Vaaleanpunaiset kuplat viittaavat menetettyjen elinvuosien määrän prosentuaaliseen kasvuun vuosina 2012–2022 (tai viimeisin vuosi, jonka osalta tietoja oli saatavilla). Siniset kuplat viittaavat menetettyjen elinvuosien määrän laskuun. Kuplien koot ovat suhteessa menetettyihin elinvuosisiin vuonna 2022.

Lähde: OECD:n terveystilastot 2024.

## Suomen Syöpärekisteri on vakiintunut toimija, ja sitä arvioidaan säännöllisesti laadun parantamiseksi

Vuonna 1953 perustettu Suomen Syöpärekisteri arvioi syöpien syitä ja vaikutuksia sekä syöpien seulontaohjelmien vaikuttavuutta. Se analysoi Suomen syöpätaakkaa, kuten ilmaantuvuutta, riskitekijöitä, ehkäisemistä, varhaista havaitsemista, potilaiden eloonjäämistä, elämänlaatua sekä kuolleisuutta. Lisäksi se tekee ennusteita tulevasta tautitaakasta ja tuottaa tietoa epidemiologisia, kliinisiä ja biologisia tutkimuksia varten. Syöpärekisterin laatua valvotaan säännöllisesti. Sitä pidetään täydellisenä ja ajantasaisena. (Seppä ym., 2023)

Suomi pitää arvossa näyttöön perustuvaa, datapohjaista lähestymistapaa syöpien hoitojärjestelmien kehittämiseen ja syövänhoidon laadun parantamiseen. Tästä ovat osoituksena syöpien seulontaohjelmien kehittämisen arvioinnit ja syöpähoitoja tarjoavien sairaaloiden vertailut, joissa käytetään monia eri indikaattoreita ja joita vahvistetaan tietoja yhdistämällä. Elossaoloarviot päivitetään säännöllisesti. Arviot ovat tarkasteltavissa syöpätyypin, alueen, ikäryhmän, koulutustaustan sekä vuoden mukaan. Suomi aikoo laajentaa syöpärekisteriä kattamaan myös muita tietoja, kuten syövän aste diagnoosin antamisen aikaan, odotusajat, hoito sekä tulokset.

Suomi laajentaa parhaillaan myös mittaustoimintaa edistääkseen yksilökeskeistä laadukasta syövänhoitoa. Helsingin yliopistollisen sairaalan Syöpäkeskuksessa kerätään sähköisesti potilaiden raportoimaa laatu- ja vaikuttavuustietoa käyttäen Suomen elämänlaatumittaria.

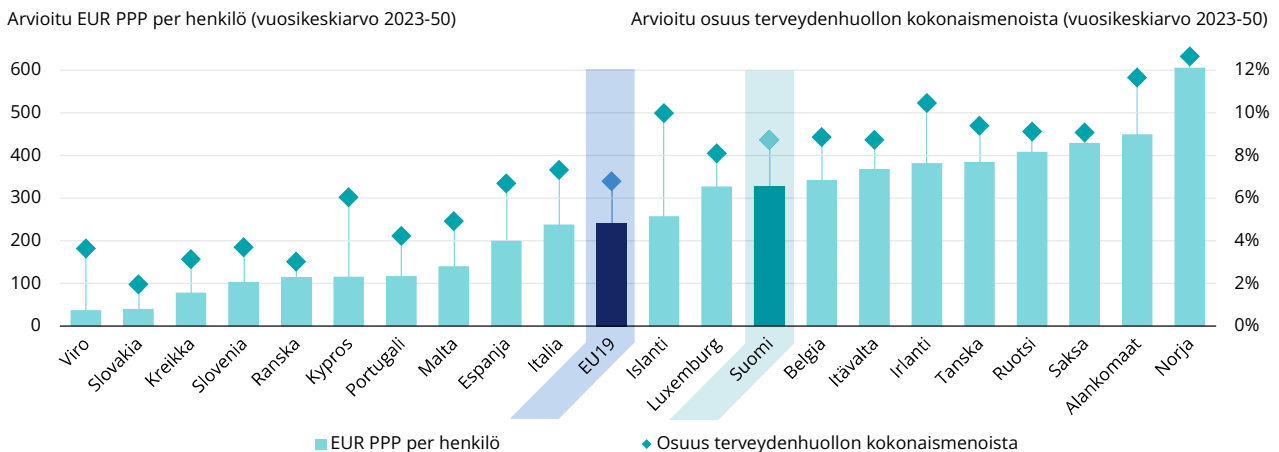
## 5.3 Kustannukset ja kustannustehokkuus

### Syöpien hoitoon käytettävä osuus terveydenhuoltomenoista on Suomessa odotettavasti EU:n keskiarvoa suurempi

Koska syöpäpotilaita on paljon (ks. kohta 2), syöville on suuri vaikutus Suomen terveydenhuoltomenoihin. OECD:n SPHeP-mallintamistyön mukaan Suomen terveydenhuoltomenojen arvioidaan olevan vuosina 2023–2050 kokonaisuudessaan 9 % suuremmat syöpätaakan vuoksi. Tämä vastaa keskimäärin 328:aa euroa henkeä kohden vuodessa (ks. kaavio 18). Määrä on paljon 19 EU:n jäsenmaan keskiarvoa (242 euroa) suurempi.

Suomessa syöpien hoitoon käytettävien, henkeä kohden laskettavien terveydenhuoltomenojen odotetaan kasvavan yhteensä 35 %:lla vuosina 2023–2050. Vastaava EU:n 27 jäsenmaan keskiarvo on 59 %.

### Kaavio 18. Syöpien hoitoon käytettävä osuus terveydenhuoltomenoista on odotettavasti EU:n keskiarvoa suurempi vuosina 2023–2050



Huomautus: EU:n keskiarvo ei ole painotettu.

Lähde: OECD (2024), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

Suorien terveydenhuoltokustannusten lisäksi syövät aiheuttavat taloudellisia vaikutuksia. Vuosina 2023–2050 Suomen odotetaan menettävän kokoaikavastaavasti laskettuna keskimäärin 124 työntekijää 100 000:ta henkeä kohden vuosittain syövästä johtuvan työn teon vähentämistarpeen vuoksi. Määrä on EU:n

keskiarvoa pienempi (178 työntekijää 100 000:ta henkeä kohden kokoaikavastaavasti laskettuna). Lisäksi Suomen odotetaan menettävän kokoaikavastaavasti laskettuna 78 työntekijää 100 000:ta henkeä kohden sekä toistuvien sairauspoissaolojen että sairauslänäolon<sup>8</sup> vuoksi, mikä myös on jonkin verran EU:n keskiarvoa (81) vähemmän.

8 Sairauslänäololla viitataan tuottavuuden laskuun, jota ilmenee silloin, kun työntekijän toimintakyky työpaikalla on heikentynyt sairauden, vamman tai muun tilan vuoksi.

## Suomi investoi syöpätutkimukseen tulevaisuutta ajatellen

Suomi on investoinut yksilöllistetyn hoidon kehittämishankkeisiin. FinnGen on Helsingin yliopiston johtama julkisyksityinen genomiikan ja yksilöllistetyn hoidon tutkimushanke. Hankkeessa on kerätty biopankkiin genominäytteitä puolelta miljoonalta ihmiseltä sairauksien, myös syövän, biologisten mekanismien ja etenemisen tutkimiseksi. Hankkeessa odotetaan tehtävän läpimurtoja sairauksien ehkäisyyn, diagnosoimiseen ja hoidon suhteen (FinnGen, 2024). Suomen Akatemian (opetus- ja kulttuuriministeriön alainen tieteen ja tutkimuksen erityisvirasto) iCan-lippulaivahanke on biopankkitutkimus, jossa yhdistetään kasvaimia koskevaa syväluotaavaa molekyyliprofilointitietoa laaja-alaisiin terveyttä koskeviin pitkittäistietoihin, kuten sähköisen terveystietojärjestelmän reaaliaikaisiin tietoihin. Hankkeessa edistetään eri alojen tutkimusta, mukaan lukien syövän eteneminen, hoidon vaikutus ja immuunijärjestelmän toiminta eri syövissä, ja siten mahdollisesti syövän täsmälääkkeiden kehittämistä.

Suomi on mukana lääketutkimuksessa, jossa olemassa oleville lääkkeille etsitään uusia käyttöaiheita. Tutkimuksessa ”Yksilöllistä syövänhoitoa selvittävä kansallinen vaiheen 2 lääketutkimus edenneessä syövässä” arvioidaan Euroopan lääkeviraston hyväksymien yksilöllisten syöpälääkkeiden tai lääkeyhdistelmien tehokkuutta ja turvallisuutta sellaisten edenneiden syöpien hoidossa, joiden molekyyliprofiili on tiedossa. Tutkimuksessa käytetään uuden sukupolven sekvensointia ja kasvaimen/nestemäistä biopsiaa biomarkkerianalyseja varten. Tätä tutkimusta koordinoidaan Dutch Drug Rediscovery Protocol -tutkimuksen puitteissa. Samanlaisia lääketutkimuksia tehdään myös Tanskassa, Norjassa ja Ruotsissa, ja maat vaihtavat keskenään tietoja.

Lisäksi Suomi investoi syövän immuunihoitoihin. Cancer IO on Helsingin yliopiston koordinoima julkisyksityinen yhteenliittymä, joka on osa Business Finlandin Personalized Health -ohjelmaa. Cancer IO pyrkii edistämään syövän immuunihoitoja koskevaa, yhteistyöhön perustuvaa tutkimusta ja innovointia.

## Suomi pyrkii tehokkuushyötyihin syövänhoidossa

Samalla kun Suomi on parantanut syövänhoidon laatua (ks. kohta 5.2), se on monen muun EU+2-maan tavoin myös onnistunut vähentämään syöpäpotilaiden sairaalasta kotiuttamista, lyhentämään

sairaalassaoloaikojen pituutta, lisäämään avohoidossa annetun syövänhoidon osuutta sekä näin ollen lisäämään tehokkuushyötyjä. Vuosina 2011–2021 syövästä johtuvien kotiutusten määrä pieneni 1 732 kotiutuksesta 1 340 kotiutukseen 100 000:ta asukasta kohden. Sairaalassaoloaikojen keskimääräinen pituus lyheni 8,4 päivästä 6,6 päivään.

Sairaalahoidossa suoritettujen osittaisten maitorauhasen poistoleikkausten määrä väheni 45 leikkauksesta 41 leikkaukseen 100 000:ta asukasta kohden vuosina 2011–2021, ja vastaavien päiväkirurgisten leikkausten määrä nousi samassa ajassa nopeasti 25 leikkauksesta 60 leikkaukseen 100 000:ta asukasta kohden. Vastaavasti päiväkirurgisten koko rinnan poistoleikkausten osuus kasvoi 5 %:sta 40 %:iin vuosina 2011–2021. Myös OmaKanta (vuonna 2010 käyttöön otettu alusta yksilöiden terveys- ja hoitotietojen tarkastelemista, jakamista ja hallintaa varten) tuottaa kustannussäästöjä, sillä se helpottaa reseptien uusimista ja hoidon koordinoitua terveydenhuollon ammattilaisten kesken.

## Suomi voisi harkita sääntelyjärjestelmien ja lääkkeiden hankintamekanismien virtaviivaistamista syövänhoidon kustannusten vähentämiseksi

Useat tahot ovat mukana päättämässä uusien lääkkeiden käytöstä sairaalatasolla. Prosessien parantamiseksi ja yhtenäistämiseksi on perustettu työryhmä, joka arvioi parhaillaan myyntilupiin ja korvauksiin liittyviä päätöksentekoprosesseja sekä avo- että sairaalahoidossa käytettävien lääkkeiden osalta.

Suomessa on viisi kunkin yhteistyöalueen koordinoimaa sairaalalääkkeiden hankintamekanismia. Tämä eroaa monen muun EU-maan käyttämistä kansallisista, keskitetyistä prosesseista. Lisäksi Suomessa hyvinvointialueet vastaavat hintaneuvotteluista ja sairaalat valvovat hallittua käyttöönottoa koskevia sopimuksia. Muissa maissa nämä on yleensä järjestetty kansallisella tasolla.

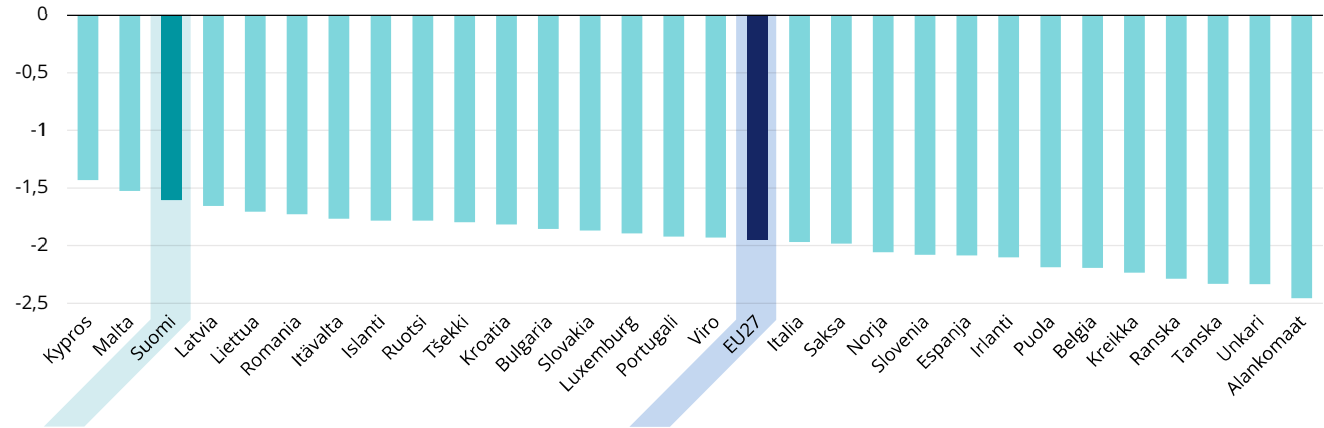
## 5.4 Hyvinvointi ja elämänlaatu

### Syöpien vaikutus elinajanodotteeseen on EU:n pienimpiä

OECD:n SPHeP-mallintamistyön mukaan Suomessa syöpien odotetaan lyhentävän elinajanodotetta vuosittain keskimäärin yli 1,6 vuotta vuosina 2023–2050. Syöpien vaikutus elinajanodotteeseen on kuitenkin EU:n kolmanneksi pienin (ks. kaavio 19).

## Kaavio 19. Suomessa syöpien vaikutus elinajanodotteeseen on EU:n keskiarvoa vähäisempi vuosina 2023–2050

Ennustettu syövästä johtuva elinajanodotteen lyheneminen vuosina (vuosien 2023–2050 keskiarvo)



Huomautus: EU:n keskiarvo ei ole painotettu.

Lähde: OECD (2024), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

### Syöpädiagnoosin saaneille ja syöpää sairastaville ihmisille on tarjolla monenlaista tukea koko hoitopolun ajan

Syöpäjärjestöjen verkkosivustolla syöpäpotilaille ja heidän läheisilleen on tarjolla kattavasti tietoa monista aiheista, kuten ruokavaliosta, ihmissuhteista, liikunnasta, työelämästä, taloudellisesta tuesta ja seksuaalisuudesta hoidon aikana. Syöpäjärjestöillä on myös neuvontapalvelu, jossa syöpiin erikoistunut sairaanhoitaja antaa tietoa syöpien ehkäisystä, oireista, hoitopolusta, toipumisesta ja kuntoutuksesta. Palvelua saa kasvotusten, puhelimitse, sähköpostitse ja chatissa. Tällaista neuvontapalvelua on saatavilla myös Syöpäjärjestöjen jäsenorganisaatioilta, joita ovat kansalliset potilasjärjestöt ja eri puolilla maata sijaitsevat alueelliset syöpäyhdistykset.

Syöpäjärjestöt, Kela, jotkin sairaalat, alueelliset syöpäyhdistykset ja kansalliset potilasjärjestöt tarjoavat kuntoutuspalveluja helpottaakseen palaamista jokapäiväiseen elämään. Tarjolla on hoidon jälkeiseen elämään liittyvää tietoa ja erilaisia kurseja potilaille, selviytyneille ja heidän läheisilleen fyysisen, psykologisen ja sosiaalisen toipumisen tukemiseksi, elämänlaadun parantamiseksi ja selviytymistaitojen kasvattamiseksi. Myös vertaistukitoimintaa järjestetään.

Potilaille voi koitua taloudellisia tappioita syöpähoitojen seurauksena. Erään vuosien 2000–2016 tietoihin perustuvan tutkimuksen mukaan rintasyöpäpotilaiden vuosiansiot pienivät noin 5 %:lla, mikä vastaa Suomessa noin 1 700:aa euroa (Vaalavuo, 2021). Jos henkilön tulot ovat pienentyneet syövän vuoksi, veroviranomainen voi arvioida maksettavia veroja

uudelleen ja myöntää verovähennyksiä maksutai ansiokyvyttömyyden johdosta. Syöpäpotilaat voivat myös saada vähennyksiä esimerkiksi hoito- ja kotitalouspalveluista. Lisäksi Syöpäjärjestöt tarjoaa taloudellisen tuen ohella (ks. kohta 5.1) etuusneuvontaa. Tässä palvelussa syöpäpotilaita autetaan ymmärtämään ja saamaan taloudellisia etuuksia, joihin heillä on oikeus. Myös sairaaloiden sosiaalityöntekijät ja kuntoutusneuvojat, Kela ja yksityiset sairausvakuutuspalvelut antavat tarvittaessa neuvoja syöpähoitojen rahoittamiseen liittyen.

### Tukea, muun muassa mielenterveyspalveluja, saatetaan tarvita enemmän

On varmistettava, että kaikki syöpäpotilaat saavat tietoa ja palveluja. Vaikka suurin osa syöpäpotilaille, selviytyneille ja heidän läheisilleen hyödyllisestä tiedosta on saatavilla Syöpäjärjestöjen verkkosivustolla suomeksi, ruotsiksi ja englanniksi, kaikkia palveluja ei ole saatavilla ruotsiksi ja englanniksi.

Kielteisten fyysisten vaikutusten lisäksi syöpä vaikuttaa mielenterveyteen siihen liittyvien oireiden, hoidon sivuvaikutusten sekä jokapäiväiseen elämään, sosiaalisiin rooleihin ja työhön kohdistuvien vaikutusten vuoksi. OECD:n SPHeP-mallin mukaan Suomessa syövän arvioidaan aiheuttavan ikävakioidusti laskettuna 11 ylimääräistä masennustapausta 100 000:ta henkeä kohden vuosina 2023–2050. Vaikka luku on jonkin verran alhaisempi kuin EU:ssa keskimäärin (17 tapausta 100 000:ta henkeä kohden), se osoittaa, että syöpädiagnoosin saaneet ja syöpää sairastavat tarvitsevat mielenterveystukea.

Syövän aiheuttama psyykinen pahoinvointi vaikuttaa myös yleiseen terveyteen kielteisesti.



Suomessa syövästä selvinneillä lapsilla oli korkeampi riski huonoon mielenterveyteen, ja riski säilyi korkeampana myös myöhemmin heidän elämässään. Tämä korostaa mielenterveyspalvelujen tärkeyttä selviytyneiden hoidossa. (Frederiksen ym., 2021). Suomessa syöpäpotilaille ja heidän läheisilleen on kuitenkin tarjolla edelleen vain vähän psykososiaalista tukea syöpädiagnoosin jälkeen (Tirola ym., 2021).

### **Suomi laajentaa pääsyä palliatiivisen hoidon eri tasoille**

Suomi jakaa palliatiivisen hoidon kolmeen tasoon: perustasoon, erityistasoon ja vaativaan erityistasoon. Perustason palliatiivista hoitoa annetaan ympärivuorokautisen palveluasumisen yksiköissä, yhteisöllisissä asumisyksiköissä, kotihoidon yksiköissä sekä terveyskeskusten vuodeosastoilla, jotka eivät ole erikoistuneet palliatiiviseen hoitoon vaan tarjoavat muita palveluja (kuten perusterveydenhuollon palveluja, kuntouttavia palveluja ja joitakin syövän erikoishoitoja). Erityistason palliatiivista hoitoa annetaan sairaaloissa, saattohoitokodeissa ja kotisairaaloissa. Hoitotyöntekijät ovat erikoiskoulutuksen saaneita terveydenhuollon ammattilaisia, joiden ensisijaiset tehtävät koskevat palliatiivista hoitoa. Vaativan erityistason palliatiivista hoitoa annetaan yliopistollisten sairaaloiden palliatiivisissa keskuksissa.

Palliatiivisen hoidon saatavuus on kuitenkin rajallista. Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistys (European Association of Palliative Care) suosittelee kahta palliatiivista hoitoyksikköä 100 000:ta asukasta kohden, mutta vuonna 2019 Suomessa oli 0,7 tällaista

yksikköä 100 000:ta asukasta kohden. Tämä on alle puolet Ruotsin vastaavasta määrästä (1,6; Ruotsi tunnetaan erittäin edistyneestä palliatiivisesta hoidosta) ja vähemmän myös kuin Norjassa (1,2). (Sánchez-Cárdenas ym., 2021) Suomen palliatiivisista hoitoyksiköistä 59 % oli kotihoitoyksiköitä, 26 % sairaaloiden palliatiivisia hoitoyksiköitä, 10 % saattohoitokoteja ja 5 % sairaaloissa toimivia palliatiivisen hoidon konsultaatiotiimejä (Axelsson, 2022). Palliatiivisen hoidon saatavuuden parantamiseksi sitä tarjoavat myös Syöpäsäätiön tukema voittoa tavoittelematon järjestö sekä alueelliset syöpäyhdistykset. Lisäksi Helsingin yliopistollisen keskussairaalan Kipuklinikan tarjoama syöpäkipulinja palvelee puhelimitse. Myös syöpäjärjestöjen kouluttamat vapaaehtoiset tarjoavat tukea palliatiiviseen hoitoon.

Suomi on alkanut antamaan terveydenhuollon ammattilaisille palliatiivista hoitoa koskevaa koulutusta laadun varmistamiseksi. Tämä kaksivuotinen palliatiivisen hoidon jatkokoulutusohjelma on ollut potilastyötä tekevien lääkärien saatavilla vuodesta 2008 lähtien. Vuoteen 2021 mennessä palliatiivisen lääketieteen erikoistumisen oli suorittanut 192 lääkäriä, mikä vastaa 3,2:ta lääkäriä 100 000:ta asukasta kohden. Luku on paljon suurempi kuin EU:n keskiarvo (1 lääkäri 100 000:ta asukasta kohden) (Vanhanen, Niemi-Murola ja Pöyhiä, 2021). Palliatiivisen hoidon koulutusta on järjestetty hoitajille perustutkintotasolla ja erikoissairaanhoidajille ylemmän korkeakoulututkinnon tasolla vuodesta 2020 lähtien.

# 6. Katsaus lasten syöpiin

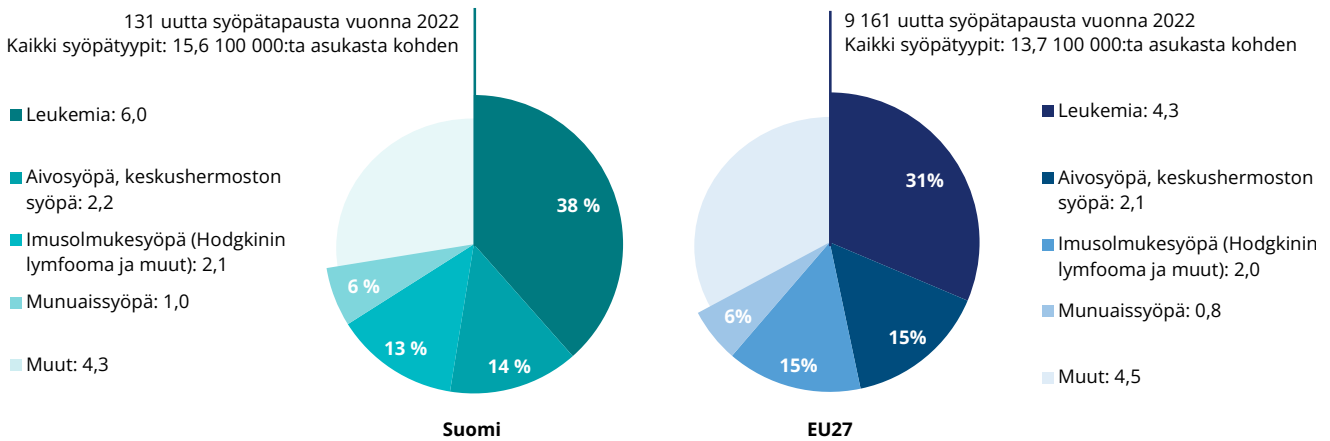
Eurooppalaisen syöpätietojärjestelmän mukaan arviolta 131 alle 15-vuotiasta lasta ja nuorta sai syöpädiagnoosin Suomessa vuonna 2022. Suomessa syöpien ilmaantuvuusluku 100 000:ta 0–14-vuotiasta lasta kohden oli 15,6 vuonna 2022, mikä on EU27-maiden keskiarvoa (13,7) enemmän (ks. kaavio 20). Eurostatin tietojen mukaan Suomen kuolleisuusluvut ovat kuitenkin EU:n keskiarvoa alhaisemmat: Suomessa kolmen vuoden

keskimääräinen kuolleisuusluku 100 000:ta lasta kohden on 1,9, EU:ssa 2,1.

Suomessa poikien ilmaantuvuusluvut ovat tyttöjä korkeammat, mikä vastaa EU:n yleistä tilannetta. Yleisimmät syöpätyypit ovat leukemia (6 tapausta 100 000:ta lasta kohden, 38 %), aivosyöpä tai keskushermoston syöpä (2,2 tapausta 100 000:ta lasta kohden, 14 %), imusolmuke-syöpä (2,1 tapausta 100 000:ta lasta kohden, 13 %) ja munuaissyöpä (1 tapaus 100 000:ta lasta kohden, 6 %).

## Kaavio 20: Lasten syöpien arvioidut ilmaantuvuusluvut ovat Suomessa EU:n keskiarvoa korkeammat

Ikävakioitu ilmaantuvuus 100 000:ta (0–14-vuotiasta) asukasta kohden, arvio, 2022



Huomautukset: Vuoden 2022 arviot perustuvat edellisten vuosien ilmaantuvuussuuntauksiin, ja ne voivat erota myöhempien vuosien todellisista luvuista. "Kaikki syöpätyypit" sisältävät kaikki syöpätyypit lukuun ottamatta niitä ihosyöpiä, jotka eivät ole melanoomaa.

Lähteet: Eurooppalainen syöpätietojärjestelmä, syöpien ilmaantuvuus. Haettu 10.3.2024 osoitteesta <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>. © Euroopan unioni, 2024.

SIOP Europan lasten syöpiä koskevan OCEAN-hankkeen tietojen mukaan lasten syöpiä hoidetaan Suomessa viidellä taholla (SIOP Europe, 2024). Näihin tahoihin kuuluvat pediatriiset yliopistolliset sairaalat, pediatriiset yleissairaalat, yliopistollisten sairaaloiden pediatriiset yksiköt ja yleissairaaloiden pediatriiset yksiköt, joissa hoidetaan myös muista sairauksista kärsiviä lapsia. Kaksi näistä tahoista, Tampereen ja Helsingin yliopistolliset sairaalat, ovat ITCC-keskuksia, joissa lapsille ja nuorille, joiden syöpä on uusiutunut tai ei reagoi hoitoihin, tarjotaan innovatiivisia hoitoja.

Suomessa pediatristen syöpäpotilaiden saatavilla on yksitoista kolmestatoista hoitomuodosta, kuten kemoterapia, kirurgia kiinteiden kasvainten hoidossa, kantasolusiirto, sädehoito ja

palliativinen hoito. Protonihoitoa ja brakyterapiaa ei vielä käytetä nuorten syöpäpotilaiden hoidossa.

Vuonna 2018 Suomessa oli saatavilla 74 % niistä 68 lääkkeestä, jotka on määritetty olennaisiksi 0–18-vuotiaiden syöpien hoidossa. Vastaava luku EU:ssa on keskimäärin 76 %. (Vassal ym., 2021) Vuosina 2010–2022 Suomi kuitenkin osallistui 27:een eli yhteensä 6,2 %:iin niistä 436 eurooppalaisesta kliinisestä syöpälääketutkimuksesta, jotka koskivat lapsia.

Axelsson, B. (2022), "The challenge: equal availability to palliative care according to individual need regardless of age, diagnosis, geographical location, and care level", *Internal Journal of Environmental Research and Public Health*, osa 19, nro 7, 2022, artikkelin tunniste 4229, doi:10.3390/ijerph19074229.

De Angelis, R. ym., "Complete cancer prevalence in Europe 2020 by disease duration and country (EUROCare-6): a population-based study", *Lancet Oncology*, osa 25, nro 3, 2024, s. 293–307, doi:10.1016/S1470-2045(23)00646-0.

FinnGen, "FinnGen: löytöretki genomitietoon", FinnGenin verkkosivu, 2024, nähty viimeksi 16.7.2024, <https://www.finnngen.fi/fi>.

Frederiksen, L. E. ym., "Psychiatric disorders in childhood cancer survivors in Denmark, Finland, and Sweden: a register-based cohort study from the SALiCCS research programme", *Lancet Psychiatry*, osa 9, nro 1, 2021, s. 35–45, doi:10.1016/S2215-0366(21)00387-4.

Hussein, I. ym., "Factors associated with parental human papillomavirus (HPV) vaccination intention of daughter: a national survey in Finland", *Vaccine*, osa 42, 2024, s. 701–712, doi:10.1016/j.vaccine.2023.12.026.

Kela, "Lääkekorvaukset", Kelan verkkosivu, 2024a, <https://www.kela.fi/laakkeet>.

Kyrölähti ym., "Childhood cancer mortality and survival in immigrants: a population-based registry study in Finland", *International Journal of Cancer*, osa 146, nro 10, 2019, s. 2746–2755, doi:10.1002/ijc.32625.

Lunkka, P. ym., "Accuracy of Finnish Cancer Registry colorectal cancer data: a comparison between registry data and clinical records", *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, osa 56, nro 3, 2021, s. 247–251, doi:10.1080/00365521.2020.1867893.

Pitkäniemi ym., Syöpä 2022 – Tilastoraportti Suomen syöpätalanteesta, Suomen Syöpärekisteri, Helsinki, 2024, [https://syoparekisteri.fi/assets/themes/ssy3/factsheets/syopa\\_2022\\_tilastoraportti.html](https://syoparekisteri.fi/assets/themes/ssy3/factsheets/syopa_2022_tilastoraportti.html).

Rajat ylittävän terveydenhuollon yhteyspiste, "Hoitokustannukset julkisessa terveydenhuollossa", Rajat ylittävän terveydenhuollon yhteyspisteen verkkosivu, 2024, <https://www.eu-healthcare.fi/what-you-pay/costs-of-treatment-in-finland/treatment-costs-in-public-health-care/>.

Ruokolainen, O. ym., "Thirty-eight-year trends of educational differences in smoking in Finland",

*International Journal of Public Health*, osa 64, nro 6, 2019, s. 853–860, doi:10.1007/s00038-019-01228-x.

Sánchez-Cárdenas, M. A. ym., "Palliative care coverage across European national health systems: proposal of a synthetic indicator", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, osa 18, nro 20, 2021, artikkelin tunniste 10753, doi:10.3390/ijerph182010753.

Seppä ym., Syöpä 2021 – Tilastoraportti Suomen syöpätalanteesta, Suomen Syöpärekisteri, Helsinki, 2023, [https://syoparekisteri.fi/assets/themes/ssy3/factsheets/syopa\\_2021\\_tilastoraportti.html](https://syoparekisteri.fi/assets/themes/ssy3/factsheets/syopa_2021_tilastoraportti.html).

Sherk, A. ym., "The public-private decision for alcohol retail systems: examining the economic, health, and social impacts of alternative systems in Finland", *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, osa 40, nro 3, 2023, s. 218–232, doi:10.1177/14550725231160335.

SIOPE Europe, Childhood cancer country profile: Finland, SIOPE Europe, Bryssel, 2024, <https://siope.eu/media/documents/ocean-projectfinland.pdf>.

Suomen ASH, "Tupakointi", Suomen ASH:n verkkosivu, 2024, <https://suomenash.fi/tupakka/tupakointi/>.

Tirola, H. ym., "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*, osa 16, nro 1, 2021, artikkelin tunniste 1915737, doi:10.1080/17482631.2021.1915737.

Vaalavuo, M., "The unequal impact of ill health: Earnings, employment, and mental health among breast cancer survivors in Finland", *Labour Economics*, osa 69, 2021, artikkelin tunniste 101967, doi:10.1016/j.labeco.2021.101967.

Vanhanen, A., Niemi-Murola, L., ja Pöyhiä, R., "Twelve years of postgraduate palliative medicine training in Finland: how international guidelines are implemented", *Palliative Medicine Reports*, nro 2, osa 1, 2021, s. 242–249, doi:10.1089/pmr.2021.0020.

Vassal, G. ym., "Access to essential anticancer medicines for children and adolescents in Europe", *Annals of Oncology*, osa 32, nro 4, s. 560–568, <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.12.015>.

## 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 2025

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 syöpiin liittyvistä eriarvoisuuksista 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. Syöpiin liittyvien eriarvoisuuksien rekisteri tukee myös saasteettomuus- ja mintoimintasuunnitelman lippulaivatoimea 1.

Profiilit on laatinut OECD yhteistyössä Euroopan komission kanssa. Työryhmä haluaa kiittää OECD:n terveystieteiden ja syöpiin liittyvien eriarvoisuuksien rekisteriä käsittelevää EU:n temaattista työryhmää arvokkaista kommentteista ja ehdotuksista.

Kussakin maakohtaisessa syöpäprofiilissa esitetään lyhyt yhteenveto seuraavista teemoista:

- kansallinen syöpätaakka
- syövän riskitekijät, erityisesti käyttäytymiseen ja ympäristöön liittyvät riskitekijät
- varhaisen havaitsemisen ohjelmat
- syövänhoidon suorituskyky, erityisesti saavutettavuus, hoidon laatu, kustannukset ja elämänlaatu

Suosittelava viittaustapa:

OECD/European Commission (2025), Syöpäprofiili: Suomi 2025, EU:n maakohtaiset syöpäprofiilit, OECD Publishing, Pariisi, 2025, <https://doi.org/10.1787/55341ef3-fi>.

Alun perin julkaistu englanniksi nimellä: OECD/European Commission (2025), EU Country Cancer Profile: Finland 2025, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/1b14100d-en>.

Jos ilmenee ristiriitoja, ainoastaan englanninkielisen version tekstiä pidetään pätevänä.

© OECD/European Union 2025 tätä suomenkielistä laitosta varten.



Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

This work is made available under the Creative Commons Attribution 4.0 International licence. By using this work, you accept to be bound by the terms of this licence (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>).

**Attribution** – you must cite the work.

**Translations** – you must cite the original work, identify changes to the original and add the following text: *In the event of any discrepancy between the original work and the translation, only the text of original work should be considered valid.*

**Adaptations** – you must cite the original work and add the following text: *This is an adaptation of an original work by the OECD and the European Union. The opinions expressed and arguments employed in this adaptation should not be reported as representing the official views of the OECD or of its Member countries or of the European Union.*

**Third-party material** – the licence does not apply to third-party material in the work. If using such material, you are responsible for obtaining permission from the third party and for any claims of infringement.

You must not use the OECD's or European Commission's logo, visual identity or cover image without express permission or suggest the OECD or European Commission endorses your use of the work.

Any dispute arising under this licence shall be settled by arbitration in accordance with the Permanent Court of Arbitration (PCA) Arbitration Rules 2012. The seat of arbitration shall be Paris (France). The number of arbitrators shall be one.

