

JYX



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO
UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

This is a self-archived version of an original article. This version may differ from the original in pagination and typographic details.

Author(s): Mecklin, Jukka-Pekka

Title: Tuliko syöpäkirurgiasta painopistealue?

Year: 2021

Version: Published version

Copyright: © Kustannus Oy Duodecim

Rights: In Copyright

Rights url: <http://rightsstatements.org/page/InC/1.0/?language=en>

Please cite the original version:

Mecklin, J.-P. (2021). Tuliko syöpäkirurgiasta painopistealue?. Duodecim, 137(21), 2221-2222.
<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2021/21/duo16499>

Jukka-Pekka Mecklin

Syöpäpotilaan tärkein ennustetekijä on ajoissa tehty diagnoosi

Tuliko syöpäkirurgiasta painopistealue?

Duodecim julkaisi vuonna 1997 pääkirjoitukseni ”Syöpäkirurgiasta painopistealue” (1). Silloin elettiin avosydänkirurgian resursoinnin aikaa, ja uusi toiminta oli lupaavasti alkanut vähentää sydäntautikuolleisuutta. Syöpä oli jo tuolloin toiseksi suurin kuolleisuuden aiheuttaja, ja halusin kiinnittää päättäjien huomiota syövän diagnostiikan kehittämiseen.

Kirjoituksen ydin ei ollut se, että kirurgialle pitäisi järjestää resursseja syöpäleikkauksiin. Korostin, että syöpäpotilaan kohtaloa ei ratkaise kirurgi vaan se, missä vaiheessa tauti todetaan. Varhaiseen diagnosointiin ja potilaiden tutkimuksiin pääsyyn tulisi kiinnittää huomiota. Sairaanhoidopiirien erikoissairaanhoidoilla vastaisi potilaiden tehokkaasta ja hyvästä hoidosta, jos heidät saataisiin ajoissa toimenpiteisiin, jotka voivat parantaa. Syöpää hoitavat kirurgit näkevät viivästyneen diagnoosin seuraukset ensimmäisinä.

Vuosittain todettujen uusien tapausten määrä on pääkirjoituksen julkaisemisen jälkeen suurentunut 22 000:sta 37 000:een, ja potilaat ovat merkittävästi aikaisempaa vanhempia sekä monisairaampia. Lähes koko syöpäsairauksien lisäys kohdistuu yli 65-vuotiaiden ikäryhmään, jolloin työterveyshuollon osuus varhaisdiagnostiikan kehittämisestä jää vähäiseksi. Paine kohdistuu perusterveydenhuollon kapasiteettiin kohdata oireilevat potilaat ja ohjata heidät diagnostiikkiin tutkimuksiin.

Koko 2000-luvun perusterveydenhuollolla on ollut sekä kasvukeskuksissa että syrjäalueilla vaikeuksia tarjota riittävästi palveluja muun muassa lääkärripulan takia. THL:n vuonna 2014 julkaisemassa mietinnössä ”Syövän ehkäisy, varhaisen toteamisen ja kuntoutuksen tuen kehittäminen vuosina 2014–2025” ehdo-

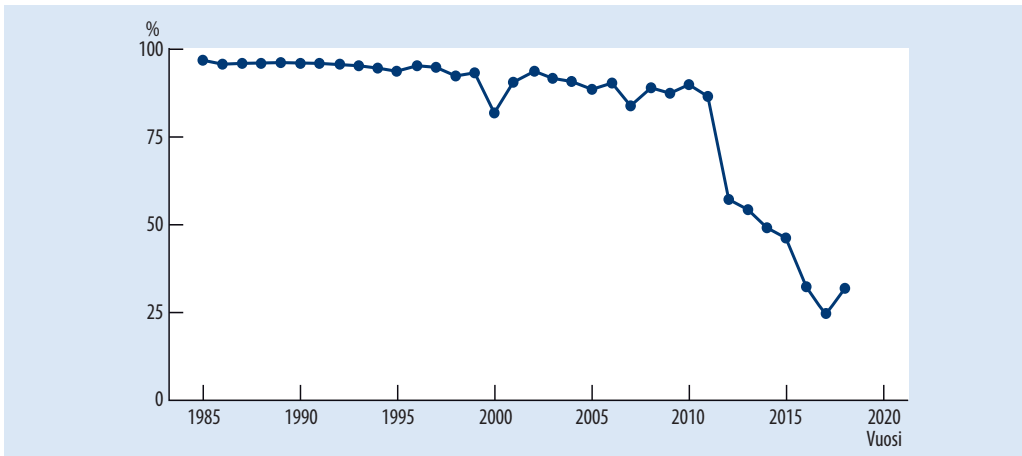
tettiin lisää resursseja erityisesti avoterveydenhuoltoon ja todettiin, ettei valtakunnallisesti ole käytettävissä tietoa syövän varhaisen diagnosoinnin toteutumisesta Suomessa (2).

Tiedot syöpien diagnosointivaiheen levinneisyyssasteesta ovat edelleen puutteellisia (Nea Malila, henkilökohtainen tiedonanto). Kliinikoiden tekemien syöpäilmoitusten väheneminen aiheuttaa sen, että tietoja leikkaamatta jääneistä, levinneistä syöpätapauksista ja seurannan aikana ilmenneistä syövän uusiutumista jää raportoimatta Syöpärekisterille (KUVA).

Helpottaisiko sote-uudistus syövän varhaisdiagnostiikkaa? Voisi olettaa, että suuri, alueellinen organisaatio pystyy yksittäisiä kuntia paremmin turvaamaan palveluketjun toimivuuden tärkeän, henkeä uhkaavan sairausryhmän osalta, etenkin jos pitkään valmisteltu Kansallinen syöpäkeskus alkaa tukea syövän varhaisen diagnosoinnin kansallista integraatiota, kuten sen perustamisasiakirjoissa korostettiin.

Sote-uudistuksen alkumetrit eivät kuitenkaan tältä osin ole olleet lupaavia. Sosiaali- ja terveysministeriö on hallituksen ohjeistamana käyttänyt runsaasti resursseja syöpäkirurgian keskittämisasetusten valmisteluun. Muutoksen kohde tuntuu kaukaa haetulta, kun tiedetään, että syövän hoidon tulokset ovat Suomessa jo nykyisin Euroopan ja maailman huippua, ja ne on saavutettu erityisen pienin kustannuksin (3,4). Silti usein kuulee epäiltävän, onko Suomessa enää varaa pysyä kehityksen mukana.

Jo vuonna 2010 pystyimme osoittamaan, että syövän hoidon kustannusten lisääntyminen Keski-Suomen keskussairaalassa oli pienempää kuin muun erikoissairaanhoidon (5). Selvityksen perusteella pystyttiin arvioimaan, että kaikkien Suomen syöpäpotilaiden hoitokustannukset olivat tuolloin noin 500 miljoonaa euroa



KUVA. Kliinisten syöpäilmoitusten kattavuus vuosina 1985–2018 (Suomen Syöpärekisteri).

vuodessa. Summa vastasi yhden sairaanhoitopiiriin – tosin maan suurimman – potilastietojärjestelmän uusimiseen varattua rahamäärää.

Myöhemmin tehdyt valtakunnalliset selvitykset osoittivat, että lähes kaikissa syöpäryhmissä yksittäisen potilaan hoitokustannukset ovat pienentyneet, hoitotulokset parantuneet kuolleisuudella mitattuna ja sairauspoissaolot vähentyneet (3,4). Hoidon kustannusvaikutavuus on siis hyvä. Nyt kannattaisikin todella kiinnittää huomiota potilaiden tutkimuksiin pääsyyn, varhaisdiagnostiikan kehittämiseen ja riskiryhmien tunnistamiseen.

Suomen Kansallisen syöpäkeskuksen (FICAN) valtakunnallinen koordinaatiokeskus perustettiin lokakuussa 2019 huolehtimaan syövän hoidon kehittämisestä ja alueellisten erojen poistamisesta. Tässä yhteydessä perhe- ja peruspalveluministeri Krista Kiuru totesi muun muassa, että ”Syöpätautien hoitokäytännöt muuttuvat nopeasti lääketieteen ja tutkimuksen kehityksen myötä. Syövän hoidon kansallista ohjausta tarvitaan, jotta voidaan turvata palvelujen yhdenvertainen saatavuus.” Näin sanoessaan ministeri tuli korostaneeksi kansallisen ohjauksen tarvetta syövän hoidossa, mitä toteutettiin muun muassa keskittämällä syöpäkirurgiaa.

Valitettavasti syövän varhaisdiagnostiikan kansallinen ohjaus on pitkälti jäänyt toteutettujen syöpäseulontojen varaan. Nekin kohdistuvat vain rinta- ja kohdunkaulasyöpään sekä ensi vuoden alusta suolistosyöpään, mutta siinäkin vain alle 70-vuotiaaseen väestöön. Toivotta-

vasti FICAN tarttuu vahvasti syövän varhaisdiagnostiikan tehostamiseen ja riskiryhmien tunnistamiseen yhdessä muodostettavien sotehyvinvointialueiden kanssa. Myös meidän kliinikoiden tulee kantaa vastuuta hoitamamme syöpätapausten asianmukaisesta tilastoinnista, jotta saisimme kattavat kansalliset tiedot varhaisen diagnosoinnin toteutumisesta ja siten kohdennetuksi oikein tämän tärkeän sairausryhmän hoidon painopistettä. ■

* * *

Kiitän Suomen Syöpärekisterin johtajaa, professori Nea Malilaa asiantuntevista kommentteista ja tiedoista.



JUKKA-PEKKA MECKLIN, LKT, kirurgian emeritusprofessori, tutkimusjohtaja
Jyväskylän yliopisto, liikuntatieteellinen tiedekunta
Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, koulutuksen, tutkimuksen ja kehittämisen yksikkö

SIDONNAISUUDET

Jukka-Pekka Mecklin: Luottamustoimet (Suomen Syöpäinstitiutin säätiön asiantuntijaneuvoston jäsen, Suomen Lynch syndrooman valtakunnallisen tutkimusrekisterin vastuulääkäri)

KIRJALLISUUTTA

1. Mecklin J-P. Syöpäkirurgiasta painopistealue. Duodecim 1997;113:93–4.
2. Syövän ehkäisyyn, varhaisen toteamisen ja kuntoutumisen tuen kehittäminen vuosina 2014–2025. THL Ohjaus 6/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.
3. Torkki P, Leskelä R-L, Linna M, ym. Cancer costs and outcomes in the Finnish population 2004-2014. Acta Oncol 2018;57:297–303.
4. Torkki P, Leskelä R-L, Linna M, ym. Cancer costs and outcomes for common cancer sites in the Finnish population between 2009-2014. Acta Oncol 2018;57:983–8.
5. Mecklin J-P, Rytönen A, Parkki J, Helenius M. Syövän hoito Keski-Suomessa. Hoitokontaktit ja toimintatuotot erikoisaloittain ja syöpätyypeittäin. Suom Lääkäril 2010;65:2496–502.