

# Valtakunnallinen keuhkosyöpäohjelma

2026–2035

Valtakunnallisen keuhkosyöpäohjelman  
työryhmä 18.5.2026



## Ohjelmatyöryhmän puheenjohtajien alkusanat

### **Valtakunnallinen keuhkosityöpäohjelma käynnistyy – tavoitteena parantaa sairauden ennustetta ja yhdenvertaista hoitoa**

Valtakunnallinen keuhkosityöpäohjelma (2026–2035) käynnistyy toukokuussa 2026 Suomessa. Kymmenvuotisen ohjelman tarkoituksena on parantaa ja yhdenvertaista keuhkosityöpää sairastavien diagnostiikkaa ja hoitoa ja siten pidentää heidän elinaikaansa.

Keuhkosityöpä on Suomen kolmanneksi yleisin syöpä aiheuttaen eniten syöpäkuolemia. Se johtaa vuosittain noin 34 600 menetettyyn elinvuoteen. Tällä hetkellä usein keuhkosityöpien ennuste on huono – huonompi kuin useimmissa muissa syövässä.

Valtakunnallinen keuhkosityöpäohjelma pyrkii tunnistamaan ja ratkaisemaan syyt suomalaisten keuhkosityöpäpotilaiden heikon ennusteen taustalla. Tavoitteena on parantaa keuhkosityöpäpotilaiden diagnostiikkaa ja hoitoa valtakunnallisesti. Tavoite saavutetaan panostamalla keuhkosityövän ehkäisyyn, selvittämällä seulonnan mahdollisuuksia, laatimalla valtakunnalliset yhtenäiset ohjeet diagnostiikkaa ja hoitoa varten sekä arvioimalla laaturekisterin perustamista. Lisäksi ohjelma tukee korkeatasoista keuhkosityöpätutkimusta ja pyrkii vähentämään keuhkosityöpään liittyvää stigmaa.

Ohjelma tarkastelee ennaltaehkäisyä sekä keuhkosityövän diagnostiikkaa ja hoitoa kokonaisuutena. Sen tarkoituksena on sujuvoittaa hoitoprosesseja sekä edistää hoidon yhdenmukaisuutta. Ohjelma luo toimintasuunnitelman, jolla ennaltaehkäistään keuhkosityöpää ja parannetaan potilaiden saamaa hoitoa ja sen oikea-aikaisuutta.

Valtakunnallinen keuhkosityöpäohjelma on suunnattu kaikille terveydenhuollon ammattilaisille kaikilla hoidon tasoilla. Ohjelma tarjoaa ajantasaisen tietopohjan, yhtenäiset ohjeet ja työkaluja keuhkosityövän varhaiseen tunnistamiseen ja hoidon laadun kehittämiseen. Ohjelman aikana laaditut ohjeet ja työkalut julkaistaan erillisinä kokonaisuuksina. Ohjelma on suunnattu myös väestölle, sairastuneille ja päättäjille niin hyvinvointialueilla kuin valtakunnan tasolla.

Ohjelma on perustettu yhteistyössä Filha ry:n, keuhkosityöpätyöryhmän ja suurimpien keuhkosityöpää hoitavien hyvinvointialueiden ammattilaisten kanssa. Filha ry vastaa ohjelman koordinoinnista, hallinnoinnista ja terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksesta. Ohjelman työryhmä ohjaa ja suunnittelee ohjelman sisältöä sekä osallistuu ohjelman toteutukseen.

Helsingissä 21.5.2026

Jussi Koivunen  
ohjelmatyöryhmän puheenjohtaja  
professori, syöpätautien erikoislääkäri  
Oulun yliopisto

Tuula Vasankari  
ohjelmatyöryhmän varapuheenjohtaja  
professori, keuhkosairauksien erikoislääkäri  
Filha ry

STM:n alkusanat päivitetään myöhemmin.

## Määritelmät

Keuhkosityövät = ryhmä erilaisia keuhkoperäisiä syöpäsairauksia. Keuhkosityöpien ennuste ja hoito vaihtelee syöpätyypin mukaan. Keuhkosityövät jaotellaan kahteen pääryhmään: ei-pienisoluisiin keuhkosityöpiin ja pienisoluiseseen keuhkosityöpään.

Ei-pienisoluisen keuhkosityöpä = Valtaosa keuhkosityöivistä on ei-pienisoluisia keuhkosityöpiä. Nämä voidaan edelleen jaotella useisiin alaryhmiin (kts. osio 1.2 Alatyypit)

Pienisoluisen keuhkosityöpä = nopeakasvuinen ja jo varhaisessa vaiheessa etäpesäkkeitä lähettävä syöpätyyppi

Histologia = syöpäkudoksen tutkiminen mikroskooppisin ja kemiallisin menetelmin. Histologisen tutkimuksen avulla voidaan määritellä keuhkosityövän alatyypit.

Molekyylipatologia= tutkimustapa, jossa syöpäkasvaimesta etsitään geenimuutoksia ja muita solujen ja kudosten molekyylitason ominaisuuksia

Solunsalpaajahoito = Solunsalpaajahoidolla pyritään tappamaan syöpäsoluja tai hidastamaan niiden kasvua.

Immunologinen syöpälääkehoito = kuuluu uusimpiin keuhkosityövän hoitomuotoihin. Immunologiset lääkkeet aktivoivat potilaan omaa immuunijärjestelmää hyökkäämään syöpäsoluja vastaan.

neoadjuvanttihoito = solunsalpaajahoito ennen leikkausta kasvaimen pienentämiseksi

adjuvanttihoito = solunsalpaajahoito leikkauksen jälkeen tappamaan mahdollisesti jäljelle jääneitä syöpäsoluja

Kohdennettu hoito = hoidot kohdistuvat vain tiettyihin, yksittäisiin ja tunnettuihin molekyylimuutoksiin syöpäsoluissa. Kohdennettuja hoitoja käytetään erityisesti silloin, kun kasvaimessa on tunnistettu tiettyjä solujen geenimuutoksia.

Systeeminen lääkehoito= mutaatiokohdennetut lääkkeet, immunologiset lääkkeet, solunsalpaajat. Käytetään silloin, kun syöpä on levinnyt laajalle tai kun leikkaus ja sädehoito eivät yksinään riitä tai eivät ole mahdollisia.

Sädehoito= hoitomuoto, jossa annetaan kohdennettuja korkeaenergisiiä säteitä tuhoamaan syöpäsoluja

Kemosädehoito= yhdistelmähoito, jossa käytetään sekä solunsalpaajahoitoa että sädehoitoa samanaikaisesti

Stereotaktinen sädehoito= tarkkaan kohdennettu sädehoito, jota käytetään pienissä, varhaisvaiheen keuhkosityövissä, erityisesti silloin kun leikkaus ei ole mahdollinen esimerkiksi potilaan muiden sairauksien vuoksi.

Lobektomia = keuhkon osan poisto leikkauksella

Segmentektomia= keuhkon pienemmän osan poisto leikkauksella

Kiilaresektio= keuhkon pienemmän osan poisto leikkauksella

Levinneisyysaste = Keuhkosityövät jaotellaan TNM-luokituksen perusteella viiteen levinneisyysasteeseen. Luokka 0 = pieni paikallinen syöpä, joka ei ole levinnyt. Luokat I–III = osin rajoittunut tauti, luokka IV laajalle levinnyt syöpä tai syöpä, joka on jo lähettänyt etäpesäkkeitä.

Ennuste = taudin kulusta ja potilaan paranemismahdollisuuksista tehty arvio

Ilmaantuvuus = Uusien keuhkosityöpätapausten määrä tietyllä aikavälillä tietyssä väestössä. Usein ilmoitetaan suhdelukuna tapausmäärä per 100 000.

Kuolleisuus = tietyn väestön tietyllä aikavälillä keuhkosityöpään kuolleiden yksilöiden suhteellinen määrä. Usein ilmoitetaan suhdelukuna tapausmäärä per 100 000.

Suhteellinen elossaololuku = Arvio elossa olevien keuhkosityöpää sairastavien osuudesta tietyn ajan jälkeen syövän toteamisesta, mikäli syöpä olisi ainoa kuolleisuuteen vaikuttava tekijä. Käytetään ennusteen mittarina.

Riskisuhde = Arvio syöpään sairastuvien tai kuolleiden osuudesta väestössä.

Ikävakiointi = väestötutkimuksen menetelmä verrata keuhkosityövän yleisyyttä tai kuolleisuutta eri väestöissä niin, että väestöjen erilainen ikärakenne ei vääristä tulosta.

Menetetyt elinvuodet = yhden vuoden aikana keuhkosityövän vuoksi menetetyt elinvuodet

Sosioekonominen asema = henkilön asema yhteiskunnan järjestelmissä. Sosioekonomiseen asemaan vaikuttaa mm. henkilön tulotaso, asumistaso, koulutus, ammatti ja asema työelämässä.

Lyhenteet:

SCLC = pienisolainen keuhkosityöpä

NSCLC = ei-pienisolainen keuhkosityöpä

SBRT = stereotaktinen sädehoito

EGFR = keuhkosyövän tunnistettu geenimuutos

ALK = keuhkosyövän tunnistettu geenimuutos

## Tiivistelmä

Keuhkosityöpä on Suomen kolmanneksi yleisin syöpä. Yhden vuoden aikana todettujen tapausten vuoksi menetetään yhteensä 34 600 elinvuotta. Lisäksi keuhkosityöpä on viidenneksi yleisin kuolinsyy Suomessa. Sen ennuste on huono – huonompi kuin useimmissa muissa syövissä – ja lisäksi keuhkosityöpää sairastavien elinajan ennuste Suomessa on lähivuosina laskenut heikommaksi kuin muissa Pohjoismaissa.

Kansallinen syöpästrategia on julkistettu marraskuussa 2025, ja Valtakunnallinen keuhkosityöpäohjelma on sen ensimmäisiä konkreettisia askeleita. Panostamalla keuhkosityövän varhaiseen toteamiseen voidaan parantaa keuhkosityövän ennustetta merkittävästi ja samalla vähentää oleellisesti koko Suomen syöpäkuolleisuutta.

Keuhkosityöpäohjelman päätavoitteena on parantaa keuhkosityövän diagnostiikkaa ja hoitoa seuraavan kymmenen vuoden aikana. Tavoite saavutetaan vaiheittain panostamalla ehkäisyyn, selvittämällä seulonnan mahdollisuuksia, laatimalla valtakunnalliset yhtenäiset ohjeet diagnostiikkaa, hoitoa ja kuntoutusta varten, arvioimalla laaturekisterin perustamista, tukemalla korkeatasoista tutkimusta sekä vähentämällä keuhkosityöpään liittyvää stigmaa.

Tavoitteiden toteutumista seurataan vuosittain selkeillä mittareilla, ja tarkastellaan ohjelman puolivälissä tehtävässä väliarviossa sekä ohjelman päättyessä. Kaikki ohjelman aikana tehdyt ehkäisyyn, diagnostiikkaan ja hoitoon liittyvät suositukset julkaistaan erillisinä ohjelman osina ja niitä päivitetään säännöllisesti.

Valtakunnallinen keuhkosityöpäohjelma on osa Kansallista syöpästrategiaa ja sen toteutumista seurataan osana syöpästrategian seurantaa. Seuranta toteutetaan osana Valtakunnallisen keuhkosityöpäohjelman työryhmän toimintaa, johon kuuluu ammattilaisia kaikilta keuhkosityövän hoitoon osallistuvilta erikoisaloilta ja eri ammattiryhmistä. Ohjelman käynnistyttyä yhteistyötä pyritään tekemään myös esimerkiksi potilasjärjestöjen ja muiden keskeisten tahojen kanssa.

Valtakunnallinen keuhkosityöpäohjelma on suunnattu päättäjille, terveydenhuollon ammattilaisille sekä koko väestölle. Ohjelman tarkoituksena on parantaa keuhkosityöpää sairastavien hoitoa, yhdenvertaisuutta ja lisätä heidän laadukasta elinaikaansa. Lisäksi tarkoituksena on herätellä päättäjiä sekä valtakunnan että hyvinvointialueiden tasolla keuhkosityövän taakkaan sekä siihen, miten keuhkosityövän ennaltaehkäisyyn ja hoitoketjuun rohkeasti panostamalla voidaan kokonaisuudessaan parantaa keuhkosityöpää sairastavien potilaiden tilannetta.

# Sisällys

ALKUSANAT / ESIPUHE .....	
Määritelmät.....	
Lyhenteet .....	
Tiivistelmä.....	
VALTAKUNNALLINEN KEUHKOSYÖPÄOHJELMA.....	1
1. Keuhkosityövät sairautena.....	2
1.1 Määritelmät ja riskitekijät.....	2
1.2 Alatyypit .....	3
1.3 Toteaminen ja hoito.....	4
2. Keuhkosityöpa Suomessa ja muissa Pohjoismaissa .....	6
2.1 Ilmaantuvuus.....	6
2.2 Menetetty elinvuodet.....	8
2.3 Ennuste .....	9
2.4 Keuhkosityöpaan sairastuneiden eriarvoisuus Suomessa .....	10
2.5 Kustannukset.....	13
2.6 Keuhkosityöpaan liittyvä stigma.....	15
2.7 Keuhkosityöpa terveydenhuollon toimintaympäristössä .....	15
3 Ohjelman suunnittelu; tunnistetut ongelmakohdat ja saavutettavat hyödyt.....	16
4 Ohjelman toteutus .....	17
4.1 Tavoitteet .....	17
4.2 Toimenpiteet .....	18
4.2.1. Keuhkosityövän taakan vähentäminen: ehkäisy, varhainen toteaminen ja seulonta .....	18
4.2.2. Yhdenvertainen ja vaikuttava hoito kaikkialla Suomessa .....	19
4.2.3 Osallisuuden vahvistaminen ja ihmislähtöiset palvelut .....	21

4.2.4. Aallonharjalla muuttuvassa toimintaympäristössä .....	22
4.3. Mittarit ja vaikutusten arviointi.....	22
4.4 Aikataulu.....	23
6. Ohjelman kustannukset ja rahoitus .....	24
Lähteet.....	27

# VALTAKUNNALLINEN KEUHKOSYÖPÄOHJELMA

Valtakunnallinen keuhkosityöpäohjelma syntyi tarpeesta ratkaista syyt suomalaisten keuhkosityöpäpotilaiden heikon ennusteen taustalla sekä pyrkimyksestä parantaa keuhkosityöpäpotilaiden diagnostiikkaa ja hoitoa valtakunnallisesti. Ohjelman ovat laatineet asiaan erityisesti perehtyneet terveydenhuollon ammattilaiset kaikilta keuhkosityövän diagnostiikkaan ja hoitoon osallistuvilta erikoisaloilta ja eri ammattiryhmistä.

Ohjelma tarkastelee ennaltaehkäisyä sekä keuhkosityövän diagnostiikkaa ja hoitoa kokonaisuutena, ja sen tavoitteena on sujuvoittaa hoitoprosesseja sekä edistää hoidon yhdenmukaisuutta. Ohjelman tarkoitus ei ole toimia hoitosuosituksena, vaan luoda toimintasuunnitelma, jolla ennaltaehkäistään keuhkosityöpää ja parannetaan potilaan saamaa hoitoa ja sen oikea-aikaisuutta. Lisäksi ohjelman tarkoituksena on tukea syöpästrategian kansallista toimeenpanoa keuhkosityövän osalta (1).

Ohjelma on tarkoitettu kaikille terveydenhuollon ammattilaisille hoidon kaikissa portaissa. Lisäksi ohjelman toteutuminen vaatii tiivistä yhteistyötä päättävien elimien kanssa sekä valtakunnan että hyvinvointialueiden tasolla.

Filha ry vastaa Valtakunnallisen keuhkosityöpäohjelman koordinoinnista, terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksesta ja ohjelman hallinnoinnista. Keuhkosityöpäohjelman työryhmä ohjaa ja suunnittelee ohjelman sisältöä sekä osallistuu ohjelman toteutukseen ja yhteistyökumppaneiden kanssa toimimiseen.

Valtakunnallisen keuhkosityöpäohjelman on laatinut ohjelman työryhmä:

- Jussi Koivunen, puheenjohtaja, syöpätautien erikoislääkäri, OYS, Pohde ja FICAN North
- Tuula Vasankari, varapuheenjohtaja, keuhkosairauksien erikoislääkäri, prof., pääsihteeri, Filha ry ja Turun yliopisto
- Miia Aro, keuhkosairauksien ja allergologian erikoislääkäri, LT, Filha ry
- Heli Granlund, sairaanhoitaja, TtM, Filha ry
- Jarkko Ahvonen, syöpätautien erikoislääkäri, TAYS, Pirha
- Heidi Andersén, keuhkosairauksien ja allergologian erikoislääkäri, LT, oyl, Vaasan keskussairaala, Pohjanmaan hyvinvointialue
- Marika Hautala, sairaanhoitaja, tutkimushoitaja, OYS, Pohde
- Antti Jekunen, syöpätautien ja sädehoidon erikoislääkäri, Vaasan keskussairaala, Pohjanmaan hyvinvointialue
- Riitta Kaarteenaho, prof., ylilääkäri, Oulun yliopisto ja OYS, Pohde
- Leena Kallunki, sairaanhoitaja, HUS

- Aija Knuutila, keuhkosairauksien erikoislääkäri, dosentti, HUS
- Tommi Kuorilehto, sydän- ja rintaelinkirurgian erikoislääkäri, TAYS, Pirha
- Miia Kärkkäinen, keuhkosairauksien ja allergologian sekä geriatrian erikoislääkäri, LT, KYS, Pohjois-Savon hyvinvointialue
- Sannamarja Lipponen, sairaanhoitaja, TYKS, Varha
- Mikko Mäyränpää, patologian erikoislääkäri, dosentti, HUS
- Reetta Päivärinta, yleislääketieteen erikoislääkäri, Mynämäen terveyskeskus, Varha
- Kristiina Pälve, sydän- ja rintaelinkirurgian erikoislääkäri, LT, TYKS, Varha
- Jukka Randell, keuhkosairauksien ja allergologian erikoislääkäri, KYS, Pohjois-Savon hyvinvointialue
- Eero Sihvo, sydän- ja rintaelinkirurgian erikoislääkäri, ylilääkäri, dosentti, sairaala Nova, Keski-Suomen hyvinvointialue
- Maria Silvoniemä, keuhkosairauksien erikoislääkäri, LT, palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys, TYKS, Varha
- Hille Suojalehto, keuhkosairauksien ja allergologian erikoislääkäri, dosentti, Työterveyslaitos
- Satu Tiainen, syöpätautien erikoislääkäri, KYS, Pohjois-Savon hyvinvointialue ja Itäinen syöpäkeskus FICAN East
- Toomas Uibu, keuhkosairauksien ja allergologian erikoislääkäri, TAYS, Pirha
- Kirsi Volmonen, thoraxradiologian erikoislääkäri HUS

## 1. Keuhkosityövät sairautena

### 1.1 Määritelmät ja riskitekijät

Keuhkosityövät ovat keuhkoista alkunsa saavia syöpiä, joista usein puhutaan yhtenä syöpänä, vaikka alatyyppejä on useita. Keuhkosityövissä elinajanennuste vaihtelee, mutta keskimäärin ennuste on valitettavan huono. Siihen vaikuttavat useat itse sairauteen, mutta myös potilaaseen liittyvät yksilölliset tekijät (2). Keuhkosityövät ovat suurin syöpäkuolemien aiheuttaja maailmanlaajuisesti (3,4) ja myös Suomessa keuhkosityövät aiheuttavat eniten menetettyjä elinvuosia (5).

Tupakointi on keuhkosityövän merkittävin riskitekijä ja se aiheuttaa noin 80–90 % keuhkosityövistä (3). Toisaalta n. 10–15 % keuhkosityövistä todetaan tupakoimattomilla henkilöillä, useimmiten tupakoimattomilla naisilla (2,3,6). Muita tunnettuja keuhkosityövän riskitekijöitä ovat mm. asbesti, kromi, nikkeli, kvartsipöly, PAH-yhdisteet, dieselhöyryt, ionisoiva säteily ja radonsäteily. Tupakointi lisää useimpien ympäristö- ja työperäisten altisteiden vaikutusta ja siten keuhkosityövän riskiä merkittävästi. (2)

Keuhkosityöville ei ole olemassa juuri sille tyypillisiä oireita, vaan oireet voivat olla hyvin samanlaisia kuin muissakin keuhko- tai sydänsairauksissa (2,7). Oirekuvaan vaikuttaa esimerkiksi kasvaimen koko, sijainti ja se, onko syöpä päässyt leviämään. Valitettavasti keuhkosityövistä 65–70 % todetaan

vasta levinneessä vaiheessa, mikä saattaisi viitata siihen, että sairauteen liittyy pitkä oireeton aika. (2) Keuhkosityöpien yleisimpiä oireita ovat yskä, hengenhadistus, rintakehän kipu, laihtuminen, veriyskä ja toistuvat keuhkokuumeet. Neljännes keuhkosityövistä todetaan kuitenkin oireettomilla potilailla. (8) Levinnyttä keuhkosityöpää sairastavilla potilailla jopa alle puolella on ollut vain yksi tai kaksi oiretta diagnoosivaiheessa. Oireettomuus tai yleisten oireiden puuttuminen ei saisi kuitenkaan vaikuttaa siihen, että yksittäisen potilaan kohdalla ei osattaisi epäillä keuhkosityöpää. (7) Keuhkosityövän oireita ja lähetekriteereitä käsitellään tarkemmin diagnostiikkasuosituksessa, joka julkaistaan myöhemmin erillisenä osionaan.

## 1.2 Alatyypit

Keuhkosityövät voidaan jakaa kahteen pääryhmään: pienisoluisen keuhkokarsinoomaan (SCLC = small cell lung cancer) ja ei-pienisoluisiin karsinomiin (NSCLC = non-small cell lung cancer). Niiden tarkemmat prosentuaaliset osuudet keuhkosityövistä on kuvattu taulukossa 1.

Pienisoluiset keuhkokarsinoomat ovat vähentyneet länsimaissa ja ne liittyvät lähes aina tupakointiin. Ne lähettävät etäpesäkkeitä jo varhaisessa vaiheessa ja diagnoosivaiheessa jopa 10 %:lla potilaista löydetään aivoetäpesäkkeitä. (2)

Ei-pienisoluiset keuhkokarsinoomat voidaan jakaa edelleen histologisen alatyypin mukaisesti levyepiteeli-, adeno- ja suurisoluisiin karsinomiin. Levyepiteelikarsinoomalla on voimakas yhteys tupakointiin. (2)

Adenokarsinoomat ovat ei-pienisoluisien karsinomiin yleisin alatyypin ja niiden osuus keuhkosityövistä on lisääntynyt länsimaissa. Tupakoimattomien ihmisten keuhkosityövät ovat yleensä adenokarsinomia. Ne ovat taudinkuvaltaan hyvin vaihtelevia: osa voi kasvaa hitaasti rintakehän alueella (in situ -karsinooma) ja osa voi olla hyvinkin aggressiivisia ja lähettää varhain etäpesäkkeitä. Adenokarsinoomista tunnistetaan yksittäisiä mutaatioita ja fuusiogenejä, joiden perusteella voidaan tunnistaa hyviä täsmähoitoja. Tupakoimattomien tai vain vähän tupakoineiden potilaiden keuhkosityöissä näiden mutaatioiden tai fuusiogeenien todennäköisyys on suurin. (2)

Suurisoluisen karsinooma katsotaan kuuluvaksi ei-pienisoluisiin karsinomiin. Kyseinen syöpätyyppi liittyy usein tupakointiin. Ei-pienisoluisien karsinomiin alatyypeistä se on harvinaisin (n. 5–10 %). (2)

Taulukko 1. Keuhkosityöpien pääryhmät ja alatyypit %-osuuksina.

Keuhkosyövän alatyypit	Osuus keuhkosyöivistä
Pienisoluisen keuhkokarsinoma (SCLC)	15–20 %
Ei-pienisoluisen keuhkokarsinoma (NSCLC)	> 80 %
Levyepiteelikarsinoma	n. 40 %
Adenokarsinomat	n. 50–60 %
Suurisoluiset karsinomat	n. 5–10 %

### 1.3 Toteaminen ja hoito

Keuhkosyöpäepäily herää usein oireiden ja/tai poikkeavan keuhkojen kuvantamislöydöksen tai sattumalöydöksen perusteella. Keuhkosyövät havaitaan usein levinneessä vaiheessa, jolloin syöpää ei voida enää kokonaan parantaa. Myöhäisen tutkimuksiin hakeutumisen ja viivästyneen diagnoosin syynä on usein se, että keuhkot eivät tunne kipua ja oireet sairaudesta tulevat vasta, kun tauti leviää muihin kudoksiin. Usein varhaisemmassa vaiheessa havaitut keuhkosyövät löytyvät sattumalta jonkin muun syyn vuoksi otetussa keuhkojen kuvantamisessa. Keuhkosyöpien diagnostiikkaan on Suomessa yhteiset ohjeet, mutta alueellinen vaihtelu diagnoosin nopeudessa, hoitovastuun järjestämisessä tai leikkauksien määrässä on suurta. Valtakunnallisesti ei ole ollut tarkkaa yhtenäistä ohjeistusta siitä, millä aikataululla diagnostiikan eri osa-alueet tulisi olla tehtyinä. Diagnoosin teossa joudutaan toisinaan käyttämään myös potilaskohtaista harkintaa mm. potilaan muista sairauksista tai suorituskyvystä johtuen, eikä automaattisia diagnoosiprotokollia ole valtakunnallisesti määritetty tai ollut mahdollistakaan määrittää kaikkia potilaita koskeviksi. Diagnoosia saattaa hidastaa myös henkilökuntavaje ja sen myötä syntyneet hoitoviiveet.

Keuhkosyöpien hoito määräytyy taudin histologisen alatyypin, molekyylipatologisten löydösten, levinneisyyden ja potilaan muiden sairauksien ja yleiskunnon perusteella. Hoitomuotoja ovat mm. leikkaus, sädehoito ja systeeminen lääkehoito (mutaatiokohdennetut lääkkeet, immunologiset lääkkeet, solunsalpaajat). (2,3) Oireenmukainen hoito on myös tärkeä osa laadukasta hoitoa.

Kuratiivisia eli keuhkosyövän parantumiseen tähtäviä hoitomuotoja ovat leikkaus, kemosädehoito (solunsalpaajien ja sädehoidon yhdistelmähoito) ja stereotaktinen sädehoito (kohdennettu sädehoito). Nämä ovat mahdollisia hoitomuotoja, jos syöpä havaitaan varhaisessa vaiheessa.

Leikkauksessa poistetaan joko koko keuhko, keuhkon osa (lobektomia), tai pienempi alue (segmentektomia tai kiilaresektio). Leikkaus soveltuu yleensä ei-pienisoluisen keuhkosyövän hoitoon, kun kasvain ei ole levinnyt laajasti.

Parantumiseen tähtäävässä keuhkosyövän hoidossa ensisijainen vaihtoehto on kirurgia. Tähystysleikkaustekniikka soveltuu nykypäivänä jopa yli 90 %:iin keuhkosyöpäleikkauksista. Tähystyskirurgian edut korostuvat erityisesti iäkkäillä, monisairailta sekä potilailla, joiden keuhkojen toiminta on alentunut, joille tähystyskirurgia onkin mahdollistanut keuhkosyövän kirurgisen hoidon ja siten keuhkosyövästä paranemisen.

Kirurgisen hoidon tavoitteena on poistaa se keuhkon osa, jossa syöpä on. Jotta kaikki syöpäsolut saataisiin varmasti pois, usein suositetaan riittävän radikaalia leikkausta, jossa myös ympäröivää tervettä kudosta poistetaan tietyltä alueelta, joten kokonaisen keuhkolohkon poisto on edelleen keuhkosyöpäkirurgian tavanomaisin leikkaus. Pienissä alle 2 cm kasvaimissa voidaan nykykäsityksen mukaan hyödyntää myös keuhkokudosta säästävämpää keuhkojaokkeen poistoa. Keuhkonpoistoleikkaus on perusteltavissa vain hyvin harvoin.

Keuhkokudoksen lisäksi leikkauksessa poistetaan imusolmukkeet keuhkoputkien ympäriltä sekä välikarsinasta. Näin pystytään arvioimaan taudin todellinen levinneisyys ja kohdentamaan liitännäishoidot niitä tarvitseville potilaille. Paikallisissa pienissä (<4 cm) syövissä (levinneisyysaste I) hoito on pelkkä kirurgia. Suuremmissa tai imusolmukkeisiin levinneissä kasvaimissa (levinneisyysaste II ja III) kirurgiaan yhdistetään usein joko leikkausta edeltävä tai leikkauksen jälkeinen onkologinen hoito. Levinneisyysaste III sisältää keskenään hyvin erilaisia potilasryhmiä. Näissä suurissa tai ympäröiviin kudoksiin kasvavissa tai välikarsinan imusolmukkeisiin levinneissä syövissä leikkaus kuuluu osaksi hoitosuunnitelmaa, mikäli kasvaimen ja imusolmukkeiden täydellinen poisto on kirurgisesti mahdollista.

Sädehoidossa käytetään kohdennettuja korkeaenergisä säteitä tuhoamaan syöpäsoluja. Kemosädehoito on yhdistelmähoito, jossa käytetään sekä solunsalpaajahoitoa että sädehoitoa samanaikaisesti erityisesti paikallisesti edenneen ei-pienisoluisen keuhkosyövän hoidossa, kun leikkaus ei ole mahdollinen.

Stereotaktinen sädehoito (SBRT) on tarkkaan kohdennettu sädehoito, jota käytetään pienissä, varhaisvaiheen keuhkosyövissä, erityisesti silloin kun leikkaus ei ole mahdollinen esimerkiksi potilaan muiden sairauksien vuoksi.

Lääkehoitoja, kuten solunsalpaajahoidot, immunologinen syöpälääkehoito ja kohdennetut hoidot, käytetään silloin, kun syöpä on levinnyt laajalle tai kun leikkaus ja sädehoito eivät yksinään riitä tai eivät ole mahdollisia.

Solunsalpaajahoidolla pyritään tappamaan syöpäsoluja tai hidastamaan niiden kasvua. Sitä voidaan antaa myös ennen leikkausta (neoadjuvanttihoito) kasvaimen pienentämiseksi tai leikkauksen jälkeen (adjuvanttihoito) tappamaan mahdollisesti jäljelle jääneitä syöpäsoluja.

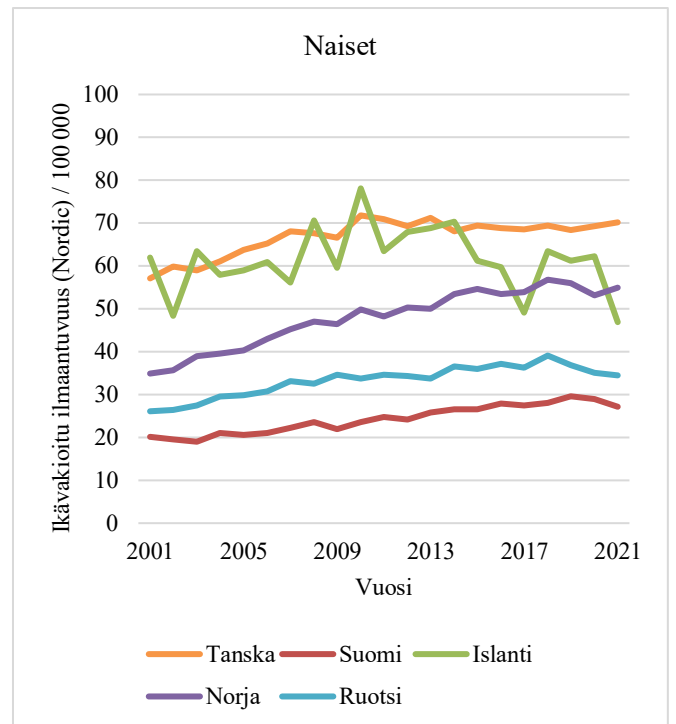
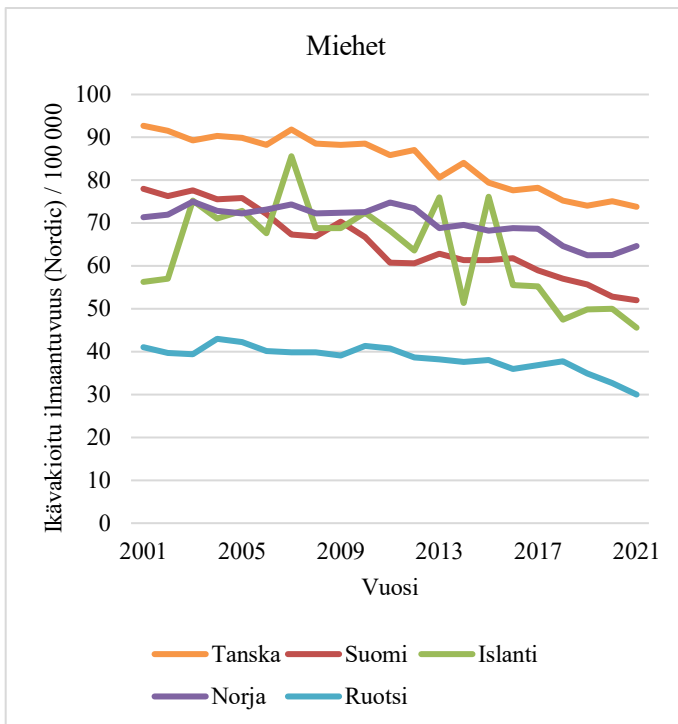
Immunologinen syöpälääkehoito kuuluu uusimpiin keuhkosyövän hoitomuotoihin. Immunologiset lääkkeet aktivoivat potilaan omaa immuunijärjestelmää hyökkäämään syöpäsoluja vastaan. Tämä hoitomuoto on erityisen tehokas tietyissä ei-pienisoluisen keuhkosyövän alatyypeissä ja on parantanut hoitotuloksia merkittävästi viime vuosien aikana.

Kohdennetut hoidot kohdistuvat vain tiettyihin, yksittäisiin ja tunnettuihin molekyyliomuutoksiin syöpäsoluissa. Kohdennettuja hoitoja käytetään erityisesti silloin, kun kasvaimessa on tunnistettu tiettyjä solujen geenimuutoksia, kuten EGFR-mutaatioita tai ALK-translokaatioita.

## 2. Keuhkosyöpä Suomessa ja muissa Pohjoismaissa

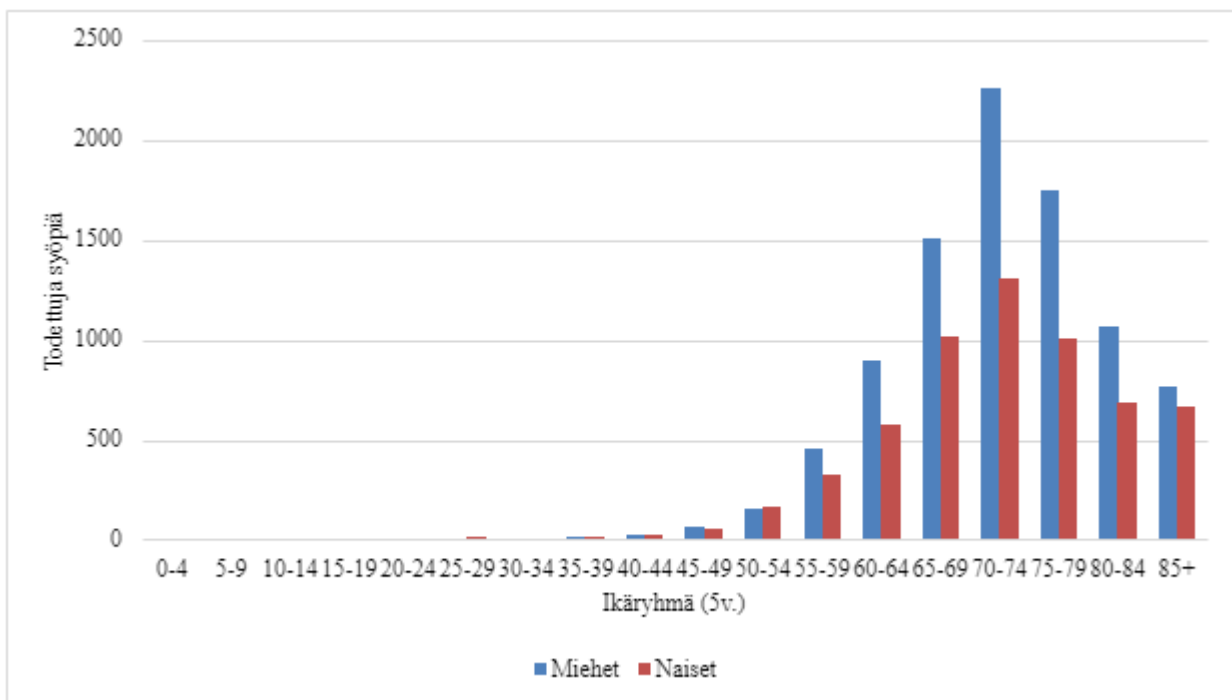
### 2.1 Ilmaantuvuus

Keuhkosyöpä on Suomen kolmanneksi yleisin syöpä sekä miehillä että naisilla. Vuosittain siihen sairastuu n. 3000 ihmistä. Syöpärekisterin tilastoraportin mukaan vuonna 2022 miehillä todettiin 1740 ja naisilla 1 207 uutta keuhkosyöpää. (5) Muihin Pohjoismaihin verrattuna naisten keuhkosyöpäilmaantuvuus on meillä alhaisinta (27,2/100 000 v.2021). Miesten keuhkosyöpäilmaantuvuus (52/100 000 v.2021) on jonkin verran Suomessa laskenut. Ainoastaan Ruotsissa ja Islannissa miesten keuhkosyöpäilmaantuvuus on vähäisempää. (9) Suomessa keuhkosyöpäilmaantuvuus on kuitenkin miehillä lähes kaksi kertaa suurempaa kuin naisilla, mutta naistenkin keuhkosyöpäilmaantuvuuden ennustetaan kasvavan. Keuhkosyöpäilmaantuvuus Suomessa ja muissa Pohjoismaissa on kuvattu kuvassa 1.



Kuva 1. Keuhkosyövän (C33-34) ikävakioidu ilmaantuvuus miehillä (vas.) ja naisilla (oik.) / 100 000. Ennusteen mukaan vuonna 2040 naisilla todetaan 21 % enemmän keuhkosyöpiä kuin vuonna 2022. Miehillä ikävakioidun ilmaantuvuuden ennustetaan pienenevän 15 %, mutta silti tapausmäärä kasvaa noin 5 %. (5) Datan lähde: Nordcan (9).

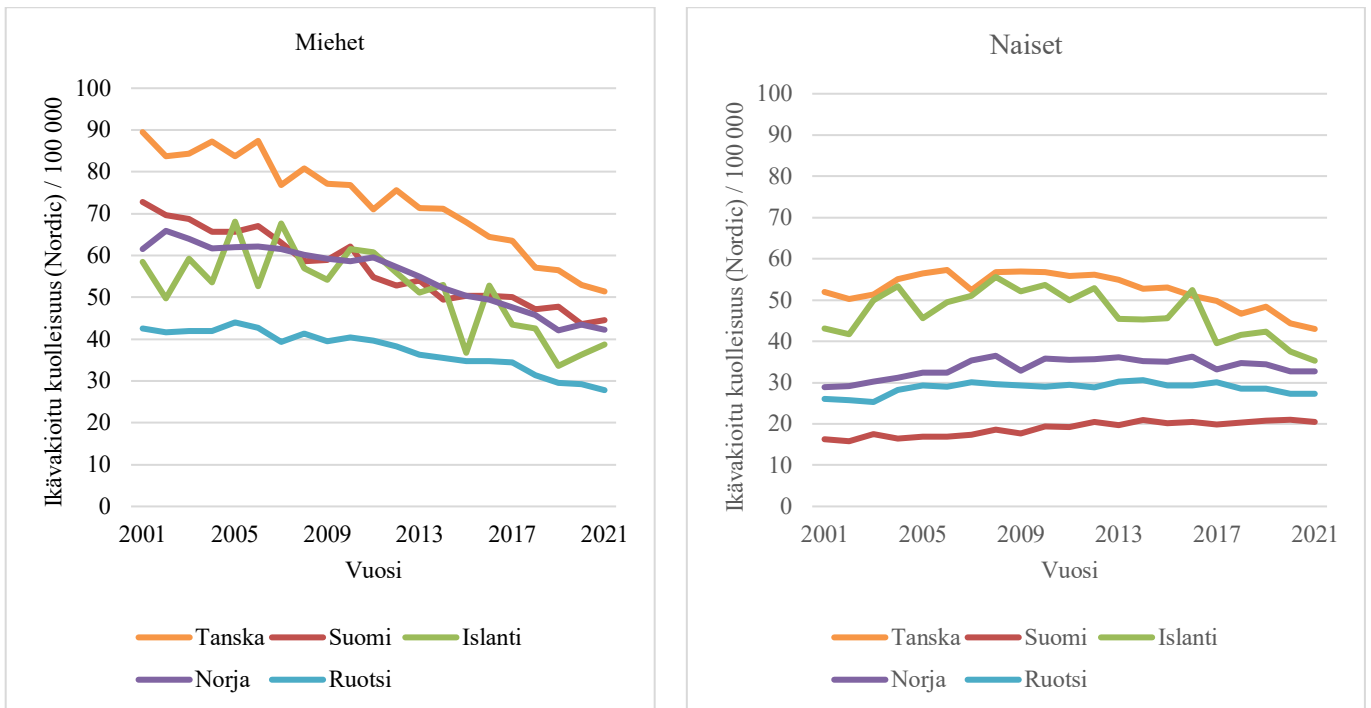
Keuhkosyöpien ilmaantuvuus on Suomessa suurinta yli 70-vuotiaassa väestössä (kts. kuva 2)



Kuva 2. Todettujen keuhkosityöpien (C33-34) lukumäärä ikäryhmittäin ajanjaksolla 2018–2022. Datan lähde: Suomen Syöpärekisteri (12).

## 2.2 Menetetetyt elinvuodet

Vaikka keuhkosityöpiä ei ole Suomen yleisin syöpä, se aiheuttaa silti eniten syöpäkuolemia sekä miehillä että naisilla (5). Muihin Pohjoismaihin verrattuna keuhkosityöpäkuolleisuus on Suomessa miehillä toiseksi korkein, mutta naisilla Pohjoismaiden pienin. Keuhkosityövän ikävakioitu kuolleisuus Suomessa ja muissa Pohjoismaissa on kuvattu kuvassa 3.



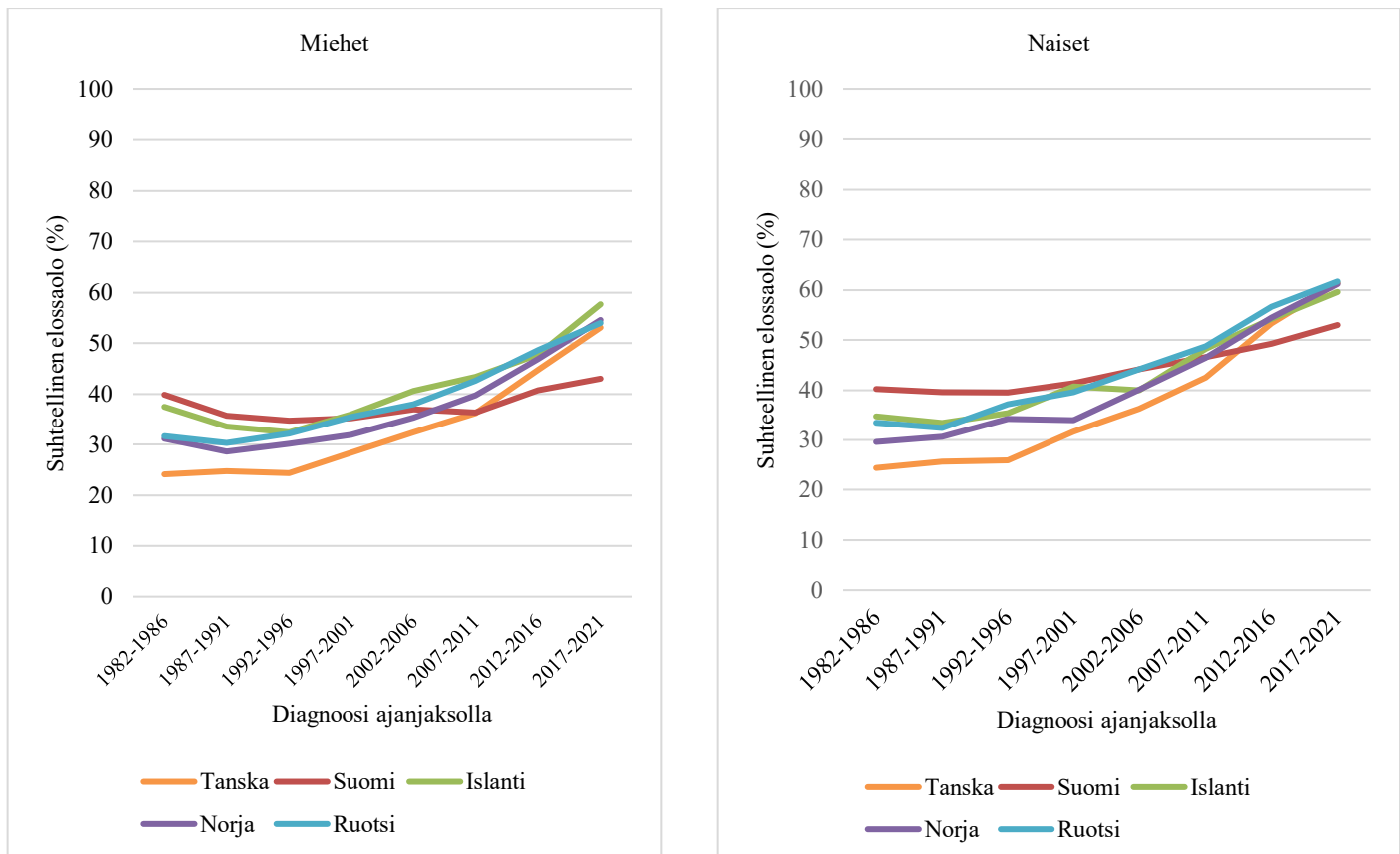
Kuva 3. Keuhkosityövän (C33-34) ikävakioitu kuolleisuus miehillä (vas.) ja naisilla (oik.) Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. Datan lähde: Nordcan (9)

Syöpärekisterin raportin mukaan keuhkosityöpiä aiheuttaa Suomessa syövästä eniten menetettyjä elinvuosia. Yhden vuoden aikana todettujen keuhkosityöpien vuoksi menetetään 34 600 elinvuotta. Määrä on lähes kaksikertainen verrattuna toiseksi eniten menetettyjä elinvuosia aiheuttavien imukudoksen ja verta muodostavien elinten syöpään, jotka aiheuttavat 18 200 menetettyä elinvuotta vuosittain. (5)

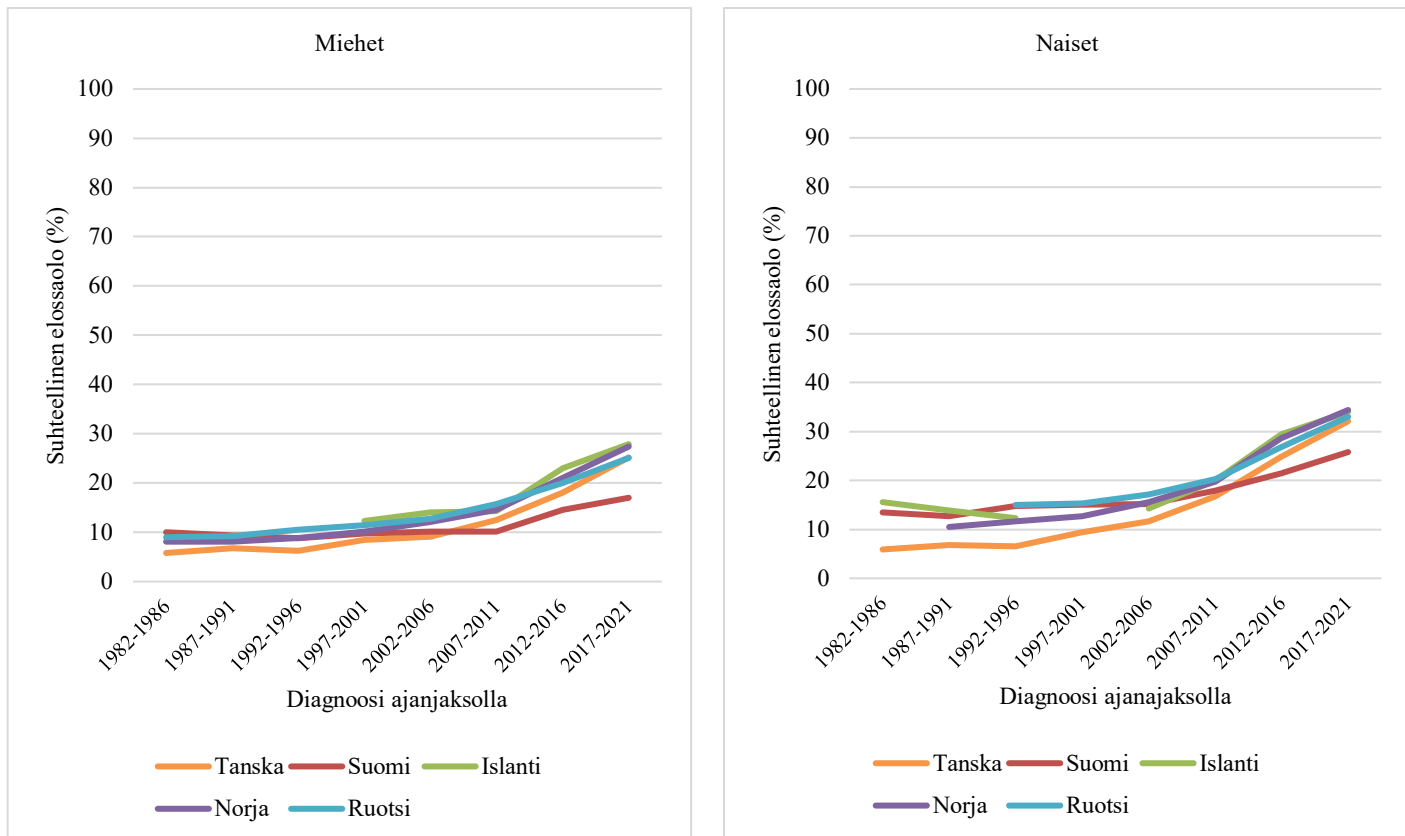
## 2.3 Ennuste

Keuhkosityöpien ennuste on Pohjoismaissa parantunut 2000-luvulta lähtien (10). Suomessa keuhkosityöpöpotilailla on kuitenkin selvästi huonompi elinajanennuste kuin muissa Pohjoismaissa tarkasteltaessa 1-vuotis- että 5-vuotisennusteella (kuviot 4 ja 5). Viiden vuoden kuluttua diagnoosista naisista on elossa n. 26 % ja miehistä ainoastaan n. 17 %. Vastaavasti Norjassa, jossa ennuste on viime vuosina ollut Pohjoismaiden paras, naisista on elossa n. 34 % ja miehistä n. 27 %. Keuhkosityövän 1-vuotisennusteet Pohjoismaissa on kuvattu kuvassa 4 ja 5-vuotisennusteet kuvassa 5.

Keuhkosityöpien ennusteessa on eroja sen mukaan, minkä ikäisenä siihen sairastuu. Syöpärekisterin vuoden 2022 raportin mukaan alle 55-vuotiaana keuhkosityöpään sairastuneiden naisten 5 vuoden elossaololuku oli 48 %, 55–74-vuotiaana todettujen 25 % ja yli 75-vuotiaana todettujen 17 % (5). Suomessa arvioidaan kaikista syöpään sairastuneista olevan 5 vuoden kuluttua elossa 70 %, joten siihen verrattuna keuhkosityövän ennuste on huono.



Kuva 4. Keuhkosityövän ikävakioitu suhteellinen 1-vuotiselossaololuku (%) miehillä (vas.) ja naisilla (oik.). Lähde: Nordcan 2024 (9).



Kuva 5. Keuhkosityövän ikävakiointu suhteellinen 5-vuotiselossaololuku (%) miehillä (vas.) ja naisilla (oik.). Lähde: Nordcan (9).

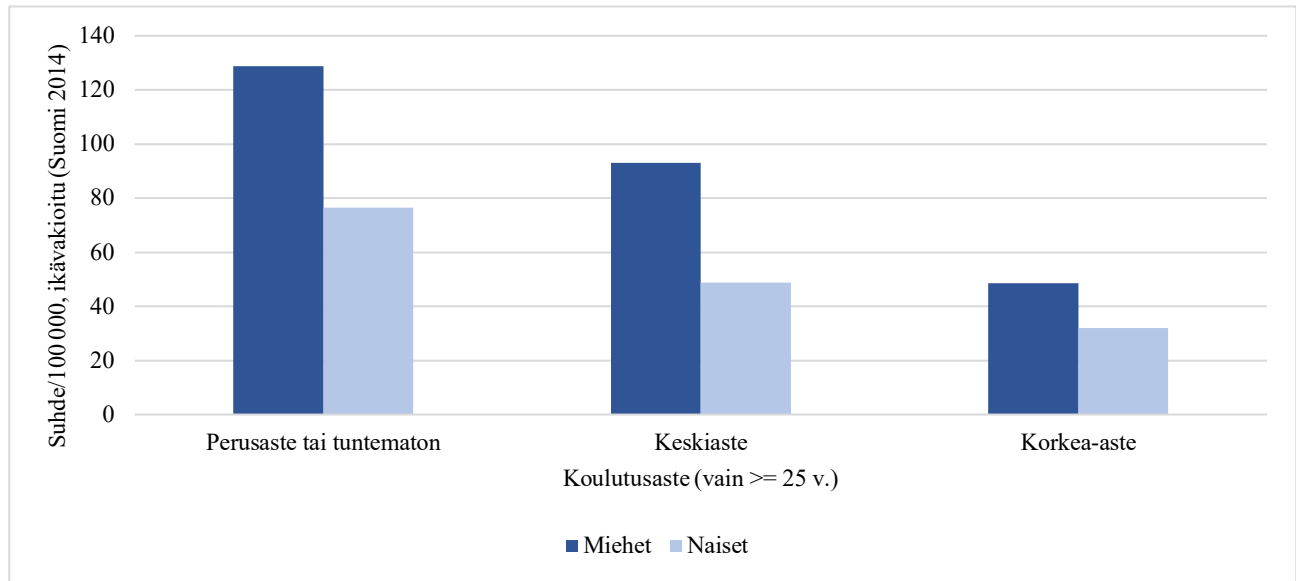
Yleisesti Pohjoismaissa parantuneen ennusteen taustalla vaikuttavat muun muassa hoitojen paraneminen, kuvantamismenetelmien kehittyminen ja potilaiden hoitoon pääsyn helpottuminen (10). Lisäksi esimerkiksi Tanskan ja Ruotsin keuhkosityövän hoidon mallien ja hoitosuositusten mukaan on myös tehty velvoittavia muutoksia, joilla ennustetta on saatu paranemaan. Muissa Pohjoismaissa on lisäksi kansalliset laaturekisterit, joilla hoidon laatua ja toteutumista pystytään luotettavasti seuraamaan. Suomessa keuhkosityövän ennuste ei ole viime vuosina merkittävästi kohentunut. Jotta keuhkosityöpöpotilaiden ennustetta voidaan maassamme parantaa, tulee panostaa etenkin keuhkosityövän varhaiseen toteamiseen. (11)

## 2.4 Keuhkosityövän sairastuneiden eriarvoisuus Suomessa

Keuhkosityövään liittyy huomattavaa eriarvoisuutta, joka näkyy sekä sosioekonomisina että alueellisina eroina Suomessa. Pelkästään perusasteen koulutustason käyneillä keuhko- ja henkitorvisyöpä on yli kaksi kertaa yleisempää kuin korkeasti koulutetuilla. Myös tupakointi Suomessa on yleisempää alemman asteen koulutuksen käyneillä, joten keuhkosityövän eriarvoisuus linkittyy siihen vahvasti. Ero näkyy selkeästi sekä miehillä (128,7/100 000 peruskoulutetuilla vs.

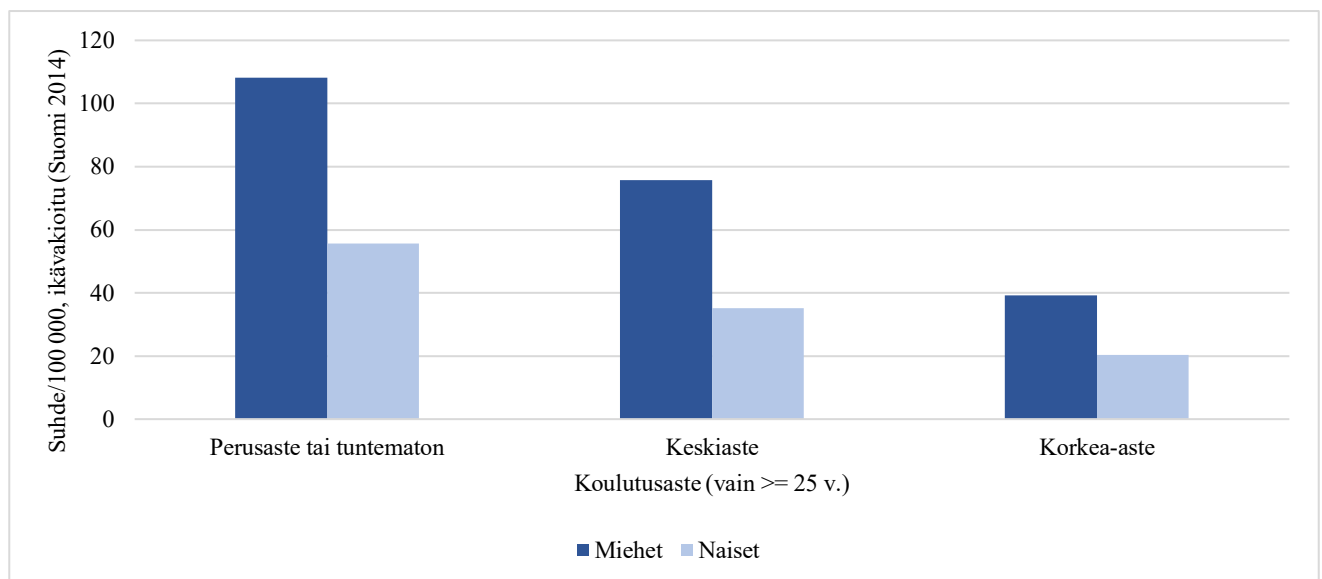
48,5/100 000 korkeasti koulutetuilla) että naisilla (vastaavat luvut 76,4 vs. 32,0). (5)

Keuhkosityövän ilmaantuvuutta koulutusasteittain on kuvattu kuvassa 6.



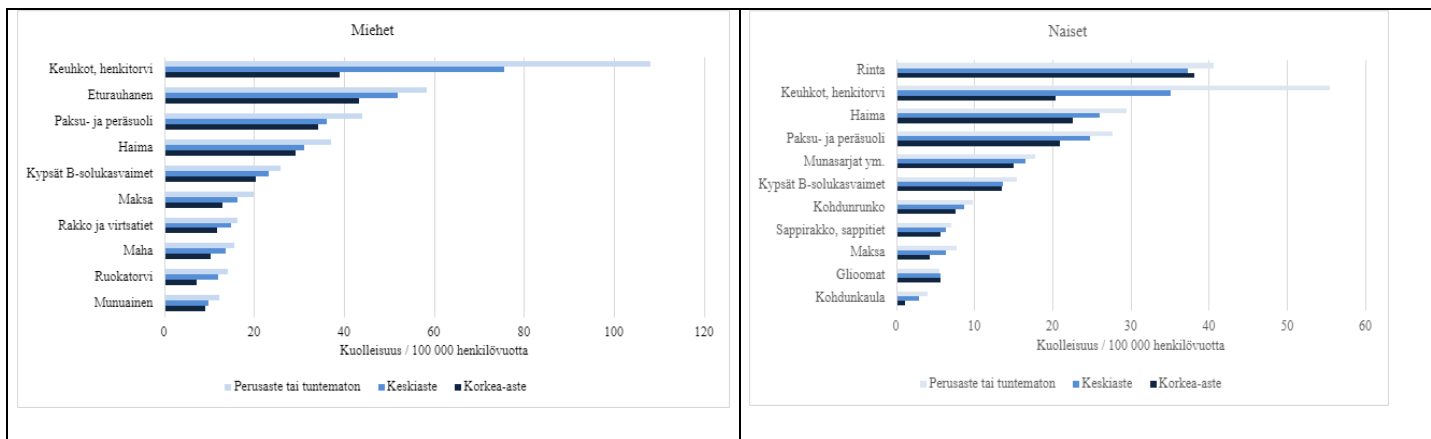
Kuva 6. Keuhkosityövän (C33-34) ilmaantuvuus koulutusasteittain Suomessa (ajanjakso 2018–2022). Datan lähde: Suomen Syöpärekisteri (9).

Koulutusasteittaiset erot ovat huomattavat myös keuhkosityöpäkuolleisuudessa. Keuhkosityöpäkuolleisuus on jopa 2,5 kertaa suurempaa perusasteen koulutuksen käyneillä verrattuna korkeasti koulutettuihin (miehillä 108,1/100 000 vs. 39,2/100 000 ja naisilla 55,5/100 000 vs. 20,4/100 000). (5) Keuhkosityöpien aiheuttamaa kuolleisuutta koulutusasteittain on kuvattu kuvassa 7.



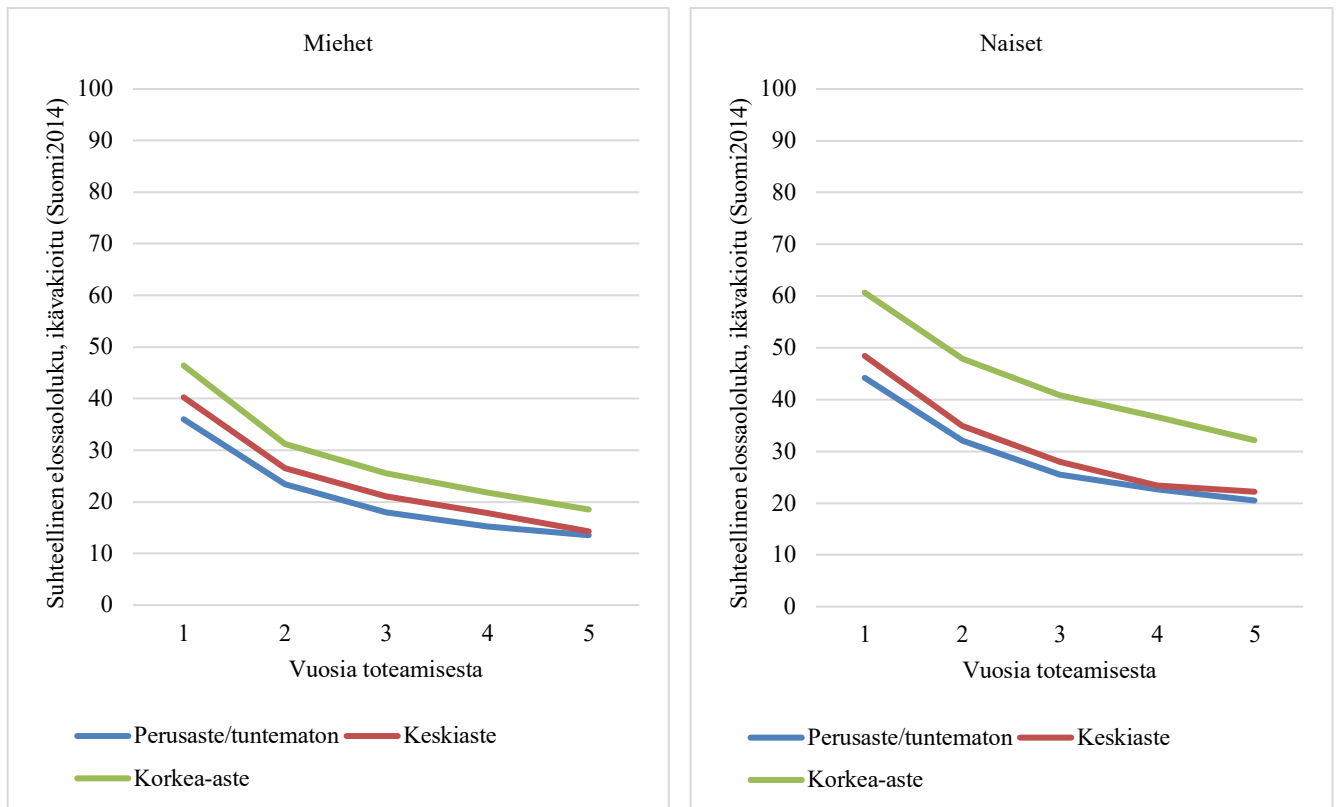
Kuva 7. Keuhkosityövän (C33-34) aiheuttama kuolleisuus koulutusasteittain Suomessa (ajanjakso 2018–2022). Datan lähde: Suomen Syöpärekisteri (12).

Keuhkosyöpiin liittyvä eriarvioisuus on huomattavaa verrattuna muihin syöpiin. Koulutustasoon liittyvää keuhkosyöpäkuolleisuuden eriarvoisuutta muihin syöpätyyppeihin verrattuna miehillä ja naisilla on kuvattu kuvassa 8.



Kuva 8. Vasemmalla miesten syöpäkuolleisuus ja oikealla naisten syöpäkuolleisuus (100 000 henkilövuotta kohden ja ikävakioituna Suomen 2014 väestöön) yli 25-vuotiaassa väestössä koulutusasteittain vuosina 2018–2022. Keuhkosyöpäkuolleisuuteen liittyy selvästi suuremmat koulutuserot kuin muissa syövissä. Datan lähde: Syöpärekisteri (12)

Ilmaantuvuuden ja kuolleisuuden lisäksi koulutuserot vaikuttavat myös keuhkosyöprien ennusteeseen. Perusasteen koulutuksen suorittaneista miehistä on elossa 5 vuoden kuluttua diagnoosista n. 13 % ja korkea-asteen koulutuksen käyneistä n. 18 %. Naisilla tämä ero näkyy vielä selkeämmin, sillä vastaavat luvut naisilla ovat n. 20 % ja n. 30 %. (12) Keuhkosyöpäpotilaiden ennusteita koulutusasteittain on kuvattu kuvassa 9 alla.



Kuva 9. Keuhkosityövän (C33-34) ennuste koulutusasteittain Suomessa (tarkastelujakso 2020–2022). Naisten (oik.) ennuste on parempi miesten (vas.) ennusteeseen verrattuna, mutta naisilla koulutusaste-erot näkyvät selkeämmin. Korkeasti koulutetuilla naisilla on yli kaksinkertainen 5-vuotisennuste (30 %) verrattuna perusasteen käyneisiin miehiin (13 %). Datan lähde: Suomen Syöpärekisteri (12).

Suomessa keuhkosityöpien ilmaantuvuudessa on myös alueellista vaihtelua. Muihin syöpiin verrattuna alueelliset erot ovat suurimmat naisten keuhkosityövässä. Ilmaantuvuuden riskisuhteen vaihteluväli naisilla oli ajanjaksolla 2018–2022 0,78–1,45 (per 100 000) ja kuolleisuuden 0,76–1,86 (per 100 000). Keuhkosityöpiä todetaan naisilla eniten Helsingin seudulla (ilmaantuvuus 1,42) ja Lapissa (ilmaantuvuus 1,32). Miehillä alueellinen vaihtelu on vähäisempää. Keuhkosityöpäkuolleisuus eri alueiden välillä noudattelee samaa kuin ilmaantuvuus. (5) Keuhkosityöpien ilmaantuvuuden ja kuolleisuuden riskisuhteiden alueellista vaihtelua on havainnollistettu karttakuvin Suomen Syöpärekisterin tilastoraportissa sivulla 54. (Linkki tilastoraporttiin: <https://syoparekisteri.fi/assets/files/2024/06/Syopa-2022.pdf>)

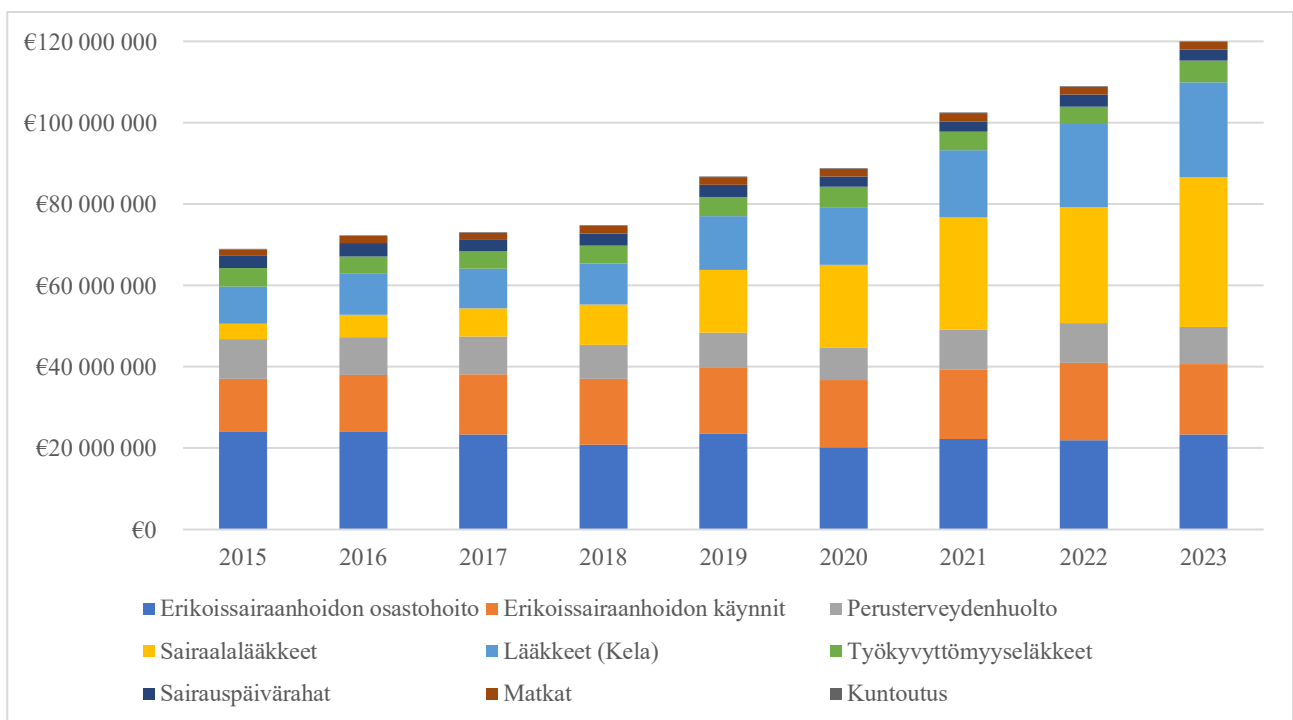
## 2.5 Kustannukset

Merkittävien kansanterveydellisten vaikutusten lisäksi keuhkosityövät aiheuttavat vuosittain huomattavaa kansantaloudellista kuormitusta. Hengityselinten syöpien hoito maksaa lähes 120 miljoonaa euroa vuodessa (v. 2023) (13). Tästä yli puolet (n. 77, miljoonaa euroa €) aiheutuu erikoissairaanhoidon osastohoidosta, erikoissairaanhoidon käynneistä ja sairaalalääkkeistä.

Tunnistamalla keuhkosityövät varhaisemmassa vaiheessa voitaisiin hoidon kustannuksia alentaa selvästi.

Kansantaloudellisten kustannusten lisäksi keuhkosityöpä on merkittävä taakka myös sairastuneen taloudelle. Lung Cancer Europe (LuCE) raportin mukaan Euroopan tasolla keuhkosityöpään sairastuneille koituu sekä hoitoon liittyviä että siihen liittymättömiä kustannuksia. Tulotaso voi pienentyä diagnoosin jälkeen ja sairastuneilla on taloudellisia haasteita. (14)

Keuhkosityöpien hoidon kustannukset ovat Suomessa viime vuosina kasvaneet. Erityisesti sairaalalääkkeiden osuus kokonaiskustannuksista on kasvanut. Toisaalta myös aktiivisesti hoidettavia potilaita on nykyään enemmän kuin ennen (15). Hengityselinten syöpien hoidon kustannusten kehitystä vuositasolla on kuvattu kuvassa 10 alla.



Kuva 10. Hengityselinten syöpien (C30-39) kokonaiskustannukset vuosittain. Kustannukset ovat kasvaneet vuosittain. Erityisesti sairaalalääkkeiden osuus kustannuksista korostuu viime vuosina. Datan lähde: Syöpäsäätiö 2025. Syöväen kustannukset Suomessa (verkkoaineisto). [www.syopasaatio.fi](http://www.syopasaatio.fi) (13)

Keuhkosityöpien hoidon kustannuksia voitaisiin hillitä panostamalla keuhkosityövän varhaisempaan toteamiseen. Ajoissa löydetty keuhkosityövät voidaan hoitaa parantavasti leikkauksella tai sädehoidolla, jolloin ei tarvita kalliita lääkkeitä tai osastojaksoja, jotka liittyvät lähinnä levinneen keuhkosityövän hoitoon (15).

## **2.6 Keuhkosityöpään liittyvä stigma**

Stigman eli syrjinnän, syyllistämisen, häpeän ja väheksynnän kokeminen on keuhkosityöpää sairastavilla yleistä ja siitä kärsii jopa 95 % potilaista (16,17). Stigma voi näkyä sekä potilaan omana kokemuksena että muiden käytöksenä (18). Keuhkosityöpäpotilaat kokevat stigmaa useammin kuin muita syöpiä sairastavat (19,20). Stigma liittyy keuhkosityöpää sairastavilla usein tupakointiin, ja tupakoitsijat kokevatkin stigmaa useammin kuin tupakoimattomat (16,21). Vaikka stigman kokeminen vaikuttaa olevan yleisempää niillä, jotka ovat tupakoineet, koetaan stigmaa tupakointihistoriasta riippumatta (21).

Stigma haittaa keuhkosityöpien varhaista tunnistamista, pääsyä hoitoihin sekä potilaan aktiivista osallistumista hoitoonsa, jotka kaikki osaltaan estävät keuhkosityöpäpotilaiden ennusteen paranemista. Lisäksi stigma heikentää potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välistä kommunikointia ja haittaa keuhkosityöpätutkimuksen rahoitusta. (22) Tämän ohjelman yhtenä osa-alueena on keuhkosityöpäpotilaiden tukeminen ja stigman vähentäminen.

## **2.7 Keuhkosityöpä terveydenhuollon toimintaympäristössä**

Keuhkosityöpää sairastavia sekä keuhkosityöpäepäilyjä kohdataan kaikilla terveydenhuollon tasoilla niin perusterveydenhuollossa, työterveyshuollossa, yksityisessä terveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin. Tyypillisesti epäily keuhkosityövästä herää perusterveydenhuollossa, työterveyshuollossa tai yksityisessä terveydenhuollossa, jolloin potilas lähetetään jatkotutkimuksiin erikoissairaanhoidon yksikköön omien paikallisten ohjeistusten mukaisesti.

Keuhkosityöpien hoito toteutetaan pääasiassa erikoissairaanhoidon yksiköissä. Hoidon järjestämisen käytännöt vaihtelevat hyvinvointialueittain – päävastuu hoidosta on kuitenkin yleensä keuhkosairauksien tai syöpätautien klinikoissa.

Keuhkosityöpäpotilaiden elinaikaa pidentävät hoidot ovat kehittyneet, mutta riittävän varhainen diagnoosi on yhä avainasemassa ennusteen parantamiseksi (23). Erityisesti perusterveydenhuollolla on tärkeä tehtävä tunnistaa mahdolliset keuhkosityöpään viittaavat oireet mahdollisimman varhain ja lähettää potilaat asianmukaisesti jatkotutkimuksiin. Perusterveydenhuollon tarvittavat resurssit ja keuhkosityöpäosaaminen ovatkin erittäin tärkeässä asemassa keuhkosityöpien ehkäisyssä ja varhaisessa diagnostiikassa. Keuhkosityövän löytäminen varhain on paras tapa parantaa hoidon tuloksia sekä hillitä myös hoidon kustannuksia. Palveluvalikoimauudistuksen punaisena lankana suosituksissa tulee

olemaan tarveperustaisuus, turvallisuus, vaikuttavuus ja kustannusten kohtuullisuus terveyshyötyyn nähden (kustannusvaikuttavuus) ja myös tässä ohjelmassa tehdyt toimenpiteet ja suositukset pyritään käsittelemään näissä raameissa.

Tämän ohjelman yhtenä toimenpiteenä tuotetaan kansallinen suositus keuhkosityöpien diagnostiikasta. Se sisältää myös lähetekriteerit perusterveydenhuollolle ja suositellut aikarajat erikoissairaanhoidon eri diagnostiikan polun vaiheille.

### 3 Ohjelman suunnittelu; tunnistetut ongelmakohdat ja saavutettavat hyödyt

Filha ry:n johdolla koottiin vuonna 2021 asiantuntijaryhmä suunnittelemaan ja ohjaamaan Valtakunnallista keuhkosityöpäohjelmaa. Merkittävänä tekijänä ohjelman suunnittelun käynnistämiseksi oli tarve parantaa keuhkosityövän ennustetta. Suunnitteluvaihe aloitettiin kartoittamalla keuhkosityövän diagnostiikan ja hoidon nykytilannetta, haasteita ja ongelma-kohtia Suomessa. Silloisen tilanteen pohjalta suurimmiksi kehityskohteiksi tunnistettiin:

- keuhkosityövän laaturekisterin puute
- keuhkosityövän hoidon epätasa-arvoisuus ja pirstaleisuus
- keuhkosityövän löytyminen liian myöhään, jolloin parantava hoito ei ole enää mahdollista
- alueelliset erot diagnostiikassa, ohjeissa ja käytännöissä tutkimusryhmien välisen yhteistyön vähäisyys

Nykytilanteen perusteella ohjelmalle asetettiin tavoitteet, toimenpiteet ja mittarit sekä arvioitiin niillä saavutettavat hyödyt. Toimenpiteillä tarkoitetaan niitä keinoja ja työkaluja, joilla tavoitteeseen päästään. Mittareilla tarkoitetaan menetelmiä tai tietolähteitä, joiden avulla arvioidaan toimenpiteiden vaikuttavuutta suhteessa kuhunkin tavoitteeseen. Kansallisen syöpästrategian valmistuttua vuonna 2025, keuhkosityöpäohjelman toimenpiteitä ja mittareita harmonisoitiin vastaamaan syöpästrategiassa käytettyjä tavoitteita. Keuhkosityöpäohjelma arvioitiin yhteistyössä Kansallisen syöpäkeskuksen (FICAN) kanssa, ja keuhkosityöpäohjelman työryhmän jäsenet olivat myös tiiviisti suunnittelemassa syöpästrategiaa soveltuvin osin.

Ohjelman suunnitteluvaiheessa muodostettiin asiantuntijaryhmä ohjaamaan ja suunnittelemaan ohjelman sisältöjä sekä valittiin puheenjohtaja ja varapuheenjohtaja. Ohjelman puheenjohtajana toimii Jussi Koivunen (dosentti, OYS) ja varapuheenjohtajana Tuula Vasankari (professori, Filha ry).

## 4 Ohjelman toteutus

### 4.1 Tavoitteet

Ohjelmalla on yksi päätavoite ja kuusi alatavoitetta. Päätavoitteena on keuhkosityövän diagnostiikan ja hoidon parantaminen Suomessa. Jotta pystymme selkeästi parantamaan keuhkosityövän ennustetta ja edistämään laadukasta hoitoa, tulee keuhkosityöpien ennaltaehkäisyyn, varhaiseen tunnistamiseen ja diagnostiikkaan panostaa aiempaa enemmän.

Päätavoitetta tukemaan on asetettu kuusi alatavoitetta:

1. Keuhkosityövän ennaltaehkäisyä tehostetaan ja syövän taakkaa vähennetään
2. Keuhkosityövän seulontaa arvioidaan Suomessa
3. Yhdenvertainen ja vaikuttava hoito jokaiselle asuinpaikasta riippumatta
4. Keuhkosityövän parantavan hoidon määrä lisääntyy 10 % ja 5-vuotiselossaololuku paranee vähintään 14 %
5. Keuhkosityöpään liitetty stigma vähenee
6. Keuhkosityöpätutkimus lisääntyy Suomessa

Valtakunnallisen keuhkosityöpäohjelman tarkoituksena on kattaa koko keuhkosityövän hoitoketju ensioireista palliatiiviseen hoitoon, unohtamatta ennaltaehkäisyä ja seulontaa. Ohjelman eri osia toteutetaan yksityiskohtaisempien osa-alueiden avulla vaiheittain. Tavoitteiden, toimenpiteiden ja mittareiden tarkastelua toteutetaan läpi ohjelman, jotta ohjelmalla voidaan vastata ja vaikuttaa maamme keuhkosityövän hoidon kehityskohteisiin mahdollisimman hyvin.

Valtakunnallisen keuhkosityöpäohjelman tavoitteet ja toimenpiteet limittyvät toisiinsa. Samalla toimenpiteellä voidaan vaikuttaa usean eri tavoitteen toteutumiseen. Ohjelman tavoitteet, toimenpiteet ja mittarit on kuvattu taulukossa 2. Toimenpiteitä, mittareita ja vaikuttavuutta käsitellään seuraavissa osioissa tarkemmin. Nämä ovat myös linjassa Kansallisen syöpästrategian tavoitteiden kanssa.

Taulukko 2. Valtakunnallisen keuhkosityöpäohjelman tavoitteet, toimenpiteet ja mittarit

<b>Päätavoite</b>	<b>Keuhkosityövän diagnostiikan ja hoidon parantaminen Suomessa</b>					
<b>Alatavoitteet</b>	Ennaltaehkäisy ja keuhkosityövän	Keuhkosityövän seulontaa arvioidaan Suomessa	Yhdenvertainen ja vaikuttava hoito jokaiselle	Keuhkosityövän parantavan hoidon määrä lisääntyy 10 %	Keuhkosityöpään liitetty stigma vähenee	Keuhkosityöpätutkimus lisääntyy Suomessa

	taakan väheneminen		asuinpaikasta riippumatta	5.v suhteellinen elossaololuku kasvaa ainakin 14 %		
<b>Toimenpiteet</b>	<b>Keuhkosityövän seulonta</b>					
	<b>Diagnostiikkasuositus</b>					
	<b>Hoitosuositukset ja -ohjeet</b>					
	<b>Koulutus</b>					
	<b>Keuhkosityövän laaturekisteri</b>					
	<b>Tutkimustyön edistäminen</b>					
	<b>Viestintä</b>					
	<b>Vaikuttamistyö</b>					
<b>Mittarit</b>	Todettujen keuhkosityöpä- tapausten määrät rekisteritiedoista	Päätös keuhkosityövä n seulonnan käynnistymis- estä, jos se on todettu vaikuttavaksi ja kustannusvaik- uttavaksi	Kysely keuhkosityöpää hoitaville sairaaloille ohjelman alussa ja lopussa Hoitoonpääsy; suositusten ja ketjujen saatavuus; kansallisesti yhtenäiset tavoitteet ja vaikuttavuuden seurantamittarit on määritelty	Keuhkosityöpäleik- kauksien määrän seuranta ennen ja jälkeen ohjelman Rekisteritiedot 1- ja 5- vuotiselossaololu- vusta Todettujen keuhkosityöpätapa- usten lukumäärä	Keuhkosityöpään liittyvän stigman kartoittaminen Suomessa Kysely keuhkosityöpää hoitaville sairaaloille ohjelman alussa ja lopussa	Julkaistujen tutkimus- artikkelien lukumäärä ja laatu ennen ja jälkeen ohjelman Interventiotutkimu- ksiin rekrytoitujen potilaiden määrä kasvaa (tutkimuksiin päässeiden potilaiden määrä ennen ohjelmaa vs. ohjelman jälkeen valittuina verrokkivuosina.)

## 4.2 Toimenpiteet

### 4.2.1. Keuhkosityövän taakan vähentäminen: ehkäisy, varhainen toteaminen ja seulonta

Ydinasiat:

- keuhkosityövän seulonnan arviointi riskiväestössä
- väestön tupakoinnin vähentäminen ja lopettaminen
- työhön liittyvien keuhkosityöpäriskien hallinta, valvonta ja seuranta työterveyshuollon johdolla
- keuhkosityövän varhaiseen tunnistamiseen ja diagnostiikkaan panostaminen
- keuhkosityöpäseulonnan arviointi Suomessa

Kansallisessa syöpästrategiassa on tavoitteena vähentää syöpätaakkaa ehkäisyn ja varhaisen toteamisen avulla (1). Strategian mukaisesti keuhkosityöpien riskitekijöihin pitää vaikuttaa laaja-alaisesti tekemällä terveyttä edistäviä päätöksiä kaikilla hallinnon tasoilla ja politiikan sektoreilla. Ehkäisytoimet tulee nähdä välttämättömänä investointina kansanterveyteen, sillä samoihin riski- ja suojaaviin tekijöihin vaikuttamalla vähennetään myös muiden suurten kansantautien, kuten sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen taakkaa. Sote-sektorilla on keskeistä lisätä perusterveydenhuollon saatavuutta, erityisesti ehkäiseviä palveluita ja elintapaohjausta tupakoinnin suhteen.

Myös keuhkosityöistä valtaosa pystyttäisiin ehkäisemään tupakoinnin vähentämällä ja lopettamisella. Suomen kunniahimoinen tavoite olla nikotiiniton vuoteen 2030 mennessä tukee myös keuhkosityöpien vähentämistä. Tärkeintä olisi ehkäistä tupakoinnin aloittaminen lisäämällä tukea nuorison tupakoinnin aloittamisen ehkäisyyn ja toisaalta yhtä lailla tärkeää olisi tukea jo tupakoivien lopettamista. Tupakka- ja nikotiinivieroituksesta on ammattilaisten ja asiasta kiinnostuneiden tueksi julkaistu myös Käypä Hoito -suositus: <https://www.kaypahoito.fi/hoi40020>.

Työhön liittyvien keuhkosityöpäriskien hallinta, valvonta ja seuranta ovat tärkeä osa keuhkosityöpien ennaltaehkäisyä, mihin tarvitaan yhteistyötä monen toimijan kesken, työterveyshuollon johdolla. STM on myös julkaissut kansallisen toimintasuunnitelman radonista aiheutuvien riskien ehkäisemiseksi, jonka toimeenpanolla voidaan myös keuhkosityöpien syntyyn vaikuttaa: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5690-2>. Nämä ennaltaehkäisyyn liittyvät toimenpiteet linkittyvät Kansallisen syöpästrategian tavoitteeseen 2.1: Syövän riskitekijöitä vähennetään ja suojaavia tekijöitä vahvistetaan yhteiskuntapoliittisin keinoin.

Keuhkosityöpien varhaiseen tunnistamiseen ja diagnostiikkaan tulee panostaa, jotta pystymme parantamaan keuhkosityövän ennustetta ja edistämään laadukasta hoitoa. Ajoissa havaitut keuhkosityövät löytyvät useimmiten sattumalta jonkun muun syyn vuoksi otetussa keuhkojen kuvantamistutkimuksessa. Osana ohjelmaa arvioidaan mahdollisuutta keuhkosityövän seulonnalle riskiväestössä. Kansallisen syöpästrategian tavoitteen 2.3 mukaisesti eurooppalaiset suositukset ja kansalliset rakenteet ovat perustana vaikuttavien syöpäseulontaohjelmien suunnittelulle ja toteutukselle ja tavoitteen 2.4 mukaan lainsäädäntö ja rekisteritieto mahdollistavat laadukkaan, kustannusvaikuttavan ja riskiperusteisen seulonnan (1). Nämä periaatteet ovat luonnollisesti myös keuhkosityöpäohjelmaan liittyvän keuhkosityöpäseulonnan arvioinnin pohjana.

#### 4.2.2. Yhdenvertainen ja vaikuttava hoito kaikkialla Suomessa

Ydinasiat:

- yhtenäiset ohjeet ja suositukset terveydenhuollolle keuhkosyövän diagnostiikan ja hoidon eri vaiheisiin
- terveydenhuollon ammattilaisten koulutukset
- keuhkosyövän laaturekisteri

Kansallisessa syöpästrategiassa yksi tärkeimmistä tavoitteista on tarjota kaikille yhdenvertainen ja vaikuttava hoito. Syöpästrategian tavoite 3.1: Kansalliset hoitosuositukset ja hoitoketjut ohjaavat yhdenvertaista, viiveetöntä ja vaikuttavaa hoitoa, on myös yksi tärkeimmistä Keuhkosyöpäohjelman tavoitteista. Ohjelmassa laaditaan keuhkosyövän diagnostiikan ja hoidon eri vaiheisiin suosituksia ja ohjeita terveydenhuollolle. Ohjelman käynnistymisvaiheessa on jo aloitettu työstämään keuhkosyövän diagnostiikkasuositusta, stereotaktisen sädehoidon suositusta, kirurgian suositusta ja keuhkosyövän seurannan suositusta. Suunnitteilla on myös omat osionsa muun muassa palliatiiviselle hoidolle, kuntoutukselle ja hoitotyölle. Lisäksi koostetaan oma osionsa keuhkosyöpään sairastuneiden näkökulmasta. Keuhkosyöpäohjelman osa-alueita ja tarvetta niiden sisällölle tarkastellaan ohjelman aikana. Lääkehoitosuosituksia ja kannanottoja varten on perustettu jo aiemmin keuhkosyöpäohjelman työryhmästä erillinen asiantuntijaryhmä, joka päivittää lääkehoitosuositusta nopealla päivityssyklillä yhtenäisten lääkehoitokäytäntöjen toteuttamisen tueksi osana keuhkosyöpäohjelmaa (<https://www.terveyskyla.fi/terveyskylapro/mika-on-terveyskylapro/oppaat-ja-valmennukset/keuhkosyovan-kansallinen-hoitosuositus>). Suomessa hoitokäytännöt ja toimintatavat saattavat edelleen vaihdella alueittain, joten tarvitaan kansalliset hoitoon pääsyn, diagnostiikan ja yhtenäisten hoitolinjojen ohjeet keuhkosyöpöpotilaiden yhdenmukaisen hoidon turvaamiseksi hoitopaikasta riippumatta.

Erityisryhmänä tulee hoitopäätöksissä huomioida myös hauraiden ja ikääntyneiden hoito, sekä hoidon ohjautuminen potilaan toimintakyvyn mukaisesti (Syöpästrategian osatavoite 3.4). Palliatiivisen hoidon suositus korostaa potilaan vierellä kulkemista ja sairauden kokonaisvaltaista hoitoa, kuten Syöpästrategian osatavoitteessa 3.3 (kuntoutus, psykososiaalinen tuki, terveystieteiden ja palliatiivinen hoito ovat vakiintunut osa syöpöpotilaan hoitoketjua ja yhdenvertaisesti saatavilla).

Jotta suositukset ja ohjeet tulevat kliiniseen käyttöön, tulee ne viedä käytäntöön terveydenhuollon toimijoille. Ohjelmassa toteutetaan terveydenhuollon koulutuksia sekä verkossa että läsnäolokoulutuksina. Tarkoituksena on viedä suositukset ja ohjeet käytäntöön mahdollisimman helposti käytettävässä muodossa, kuten erilaisina työkaluina kliinisen työn tueksi. Tätä toimenpidettä tukee myös Kansallisen syöpästrategian osatavoite 3.5 riittävästä ja osaavasta henkilöstöstä.

Laadukkaan ja tasavertaisen keuhkosityövän hoidon turvaaminen vaatii systemaattista seuranta. Laaturekisterit sisältävät tietoa asiakkaiden tai potilaiden saamasta hoidon laadusta, tuloksista ja vaikutuksista. Tällä hetkellä Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksella (THL) on rekisterinpidollisella vastuulla yhdeksän laaturekisteriä. Keuhkosityövästä tai muistakaan syövästä ei laaturekisteriä Suomessa ole.

Osana Valtakunnallista keuhkosityöpäohjelmaa työryhmän jäsen osallistuu asiantuntijana Syöpärekisterin, THL:n ja FICANin hallinnoimaan tutkimukseen syöpien laaturekisteristä. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää ja arvioida ensimmäisenä keuhkosityöpien hoidon toteutumista ja hoitotuloksia. Tällä hetkellä keuhkosityöpään liittyvien tietojen raportointi, kerääminen ja tallentaminen on puutteellista. Jotta voimme taata keuhkosityövän laadukkaan, tasavertaisen ja vaikuttavan hoidon sekä diagnostiikan kaikille, tarvitsemme luotettavaa ja vertailtavaa tietoa hoidon laatuun vaikuttavista tekijöistä kansallisella tasolla.

Koko valtakunnan yhtenäiset kirjaamisohjeet ja niiden käyttö on tärkeää varmistaa, jotta kerätty tieto on vertailukelpoista ja laadukasta. Kansallisen syöpästrategian osatavoitteet 3.2 (Kansallinen syövänhoidon laaturekisteri, systemaattinen tulosten tarkastelu ja vertaisarviointi tukevat vaikuttavan hoidon kehittämistä) ja 4.1 (Kansallinen terveyden tietovaranto ja kehittynyt analytiikka tukevat syövän tutkimusta ja tiedon hyödyntämistä) tukevat tätä tavoitetta.

#### 4.2.3 Osallisuuden vahvistaminen ja ihmislähtöiset palvelut

Ydinasiat:

- ohjelman toimista viestiminen terveydenhuollon ammattilaisille, väestölle ja päättäjille
- keuhkosityövän näkyväksi tuominen
- keuhkosityöpään liittyvän stigman vähentäminen
- vaikuttamistyö

Ohjelman tavoitteiden toteutuminen vaatii laaja-alaista yhteistyötä niin terveydenhuollon, väestön kuin poliittisten toimijoiden kanssa. Kansallisessa syöpästrategiassa osatavoitteena 1.3 on selkeä ja saavutettava terveystietä sekä terveyslukutaidon tukeminen, jotka edistävät syövän ehkäisyä, varhaista toteamista ja hoidon vaikuttavuutta. Tätä tavoitetta toteutetaan myös Keuhkosityöpäohjelmassa. Ohjelman onnistumisen varmistamiseksi on tärkeää ohjelman toimista viestiminen ja keuhkosityövän esille nostaminen. Viestintää suunnataan terveydenhuollon ammattilaisille, väestölle sekä päättäjille. Ohjelmassa kerrotaan keuhkosityövästä aiempaa neutraalimmin ja nostetaan keuhkosityöpiä enemmän mukaan julkiseen keskusteluun. Keuhkosityövät

tulee saada näkyvämmäksi ja viestintää vähemmän potilaita syyllistäväksi ja enemmän toivoa luovaksi, jotta voimme vähentää keuhkosityöpiin liittyvää stigmaa ja edistää potilaiden hoitoon hakeutumista ja laadukasta tutkimustyötä.

#### 4.2.4. Aallonharjalla muuttuvassa toimintaympäristössä

Ydinasiat:

- laadukkaan keuhkosityöpätutkimuksen edistäminen
- tutkimusryhmien välisen yhteistyön edistäminen

Ohjelmassa selvitetään keuhkosityövän tutkimuksen nykytilanne Suomessa ja yhtenä tavoitteena on laadukkaan tutkimuksen lisääminen tulevaisuudessa. Lisäksi pyritään kasvattamaan klinisiin tutkimuksiin osallistuneiden potilaiden määrää Suomessa. Kansallisessa syöpästrategiassa osatavoitteet 4.1, 4.2, 4.3 ja 4.4. korostavat kaikki syöpätutkimuksen sekä potilaiden pääsyn klinisiin tutkimuksiin tärkeäksi, jotta Suomi voi kulkea yksilöllisen lääketieteen edelläkävijänä. Tutkimustoimintaa nostetaan esille koulutusta ja yhteistyötä lisäämällä sekä pyritään edistämään eri tutkimusryhmien välistä yhteistyötä sekä keskinäistä että ulkoista viestintää lisäämällä.

### 4.3. Mittarit ja vaikutusten arviointi

Ydinasiat:

- rekisteritietojen seuraaminen keuhkosityöpätausten, ennusteen ja hoidon vaikuttavuustietojen osalta
- tutkimukset ja selvitykset keuhkosityövän seulonnasta, laaturekisteristä, keuhkosityöpästigmasta ja keuhkosityöpätutkimuksen nykytilasta
- otantakyseily keuhkosityöpää hoitaville sairaaloille ohjelman alussa ja lopussa

Valtakunnallisen keuhkosityöpäohjelman etenemistä, tavoitteiden toteutumista ja toimenpiteiden vaikutuksia arvioidaan koko ohjelman ajan ja tehdään tarkemmat arvionnit sekä ohjelman puolivälissä että sen jälkeen. Valtakunnallinen keuhkosityöpäohjelma on osa Kansallista syöpästrategiaa, ja sen toimeenpanoa sekä raportointia seurataan osana strategian kokonaisu seuranta Valtakunnallisen keuhkosityöpäohjelman työryhmässä. Arvioinnissa käytetään sekä laadullisia että määrällisiä menetelmiä. Arvioinnissa keskeisellä sijalla ovat ohjelman tavoitteet ja niiden perusteella laaditut mittarit. Mittareilla arvioidaan kunkin tavoitteen toteutumista ja toimenpiteiden vaikuttavuutta. Olennaista ohjelman vaikuttavuuden arvioinnissa ja mittareiden käytössä on

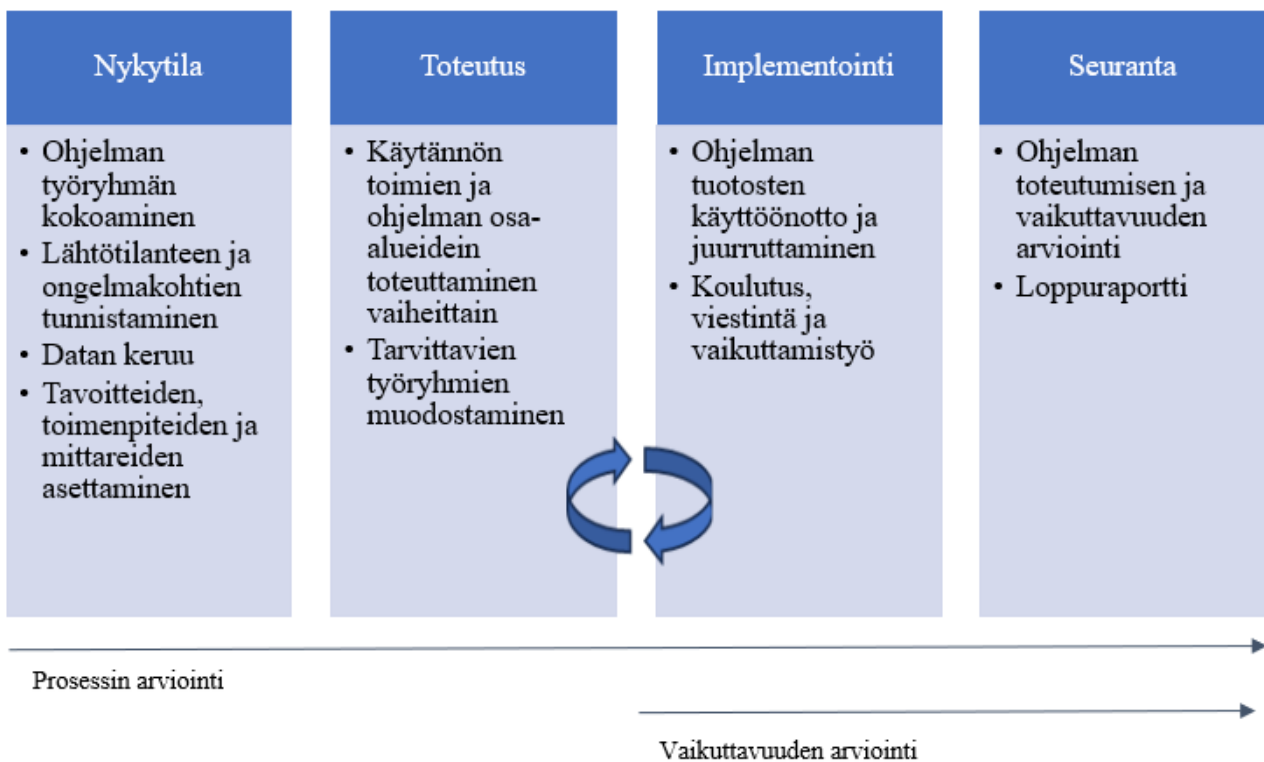
muutoksen seuraaminen ennen ja jälkeen ohjelman. Rekisteritietoja hyödynnetään muun muassa keuhkosityövän määrän, ennusteen ja hoidon vaikuttavuustietojen seuraamiseen. Tutkimuksilla ja selvityksillä kartoitetaan esimerkiksi keuhkosityövän seulontaa ja keuhkosityövän laaturekisteriä. Lisäksi ohjelmassa kartoitetaan keuhkosityöpään liittyvää stigmaa tutkimuksen avulla. Ohjelmassa toteutetaan otantakysely, joka kohdistetaan ohjelman alkuvaiheessa keuhkosityöpää hoitaville sairaaloille keuhkosityöpätilanteen ja diagnostiikka- sekä hoitokäytäntöjen selvittämiseksi ohjelman lähtötilanteesta. Otantakyselyllä voidaan saada tietoa usean eri tavoitteen lähtötilanteesta. Otantakysely toistetaan ohjelman loputtua muutoksen arvioimiseksi. Keuhkosityöpätutkimuksen tilannetta seurataan tarkastelemalla julkaistujen tutkimusartikkelien lukumäärää ja laatua sekä interventiotutkimuksiin rekrytoitujen potilaiden määrää ennen ja jälkeen ohjelman. Koska ohjelmaa edistetään vaiheittain, tullaan myös tavoitteita, toimenpiteitä ja mittareita tarvittaessa päivittämään ohjelman edetessä, ja tarvittaessa niitä harmonisoidaan Kansallisen syöpästrategian tavoitteiden kanssa. Osaa ohjelman toimenpiteistä tullaan täsmentämään myös strategian toimeenpanon tiekartan yhteydessä. Koko prosessin arviointia toteutetaan läpi ohjelman ja tarkastellaan suunniteltujen ja tehtyjen toimien ajankohtaisuutta, merkitystä ja vaikutusta. Ohjelman onnistuneen toteutumisen kannalta on tärkeää kehittää hyvin suunniteltu, toimiva ja jatkuva vaikuttavuuden seurantatapa, ja tämän varmistamiseksi toimenpiteiden käynnistäminen ja implementointi edellyttää kuitenkin resurssia. Päättäjien, hallituksen ja eduskunnan sitoutuminen Kansalliseen syöpästrategiaan ja myös Valtakunnalliseen keuhkosityöpäohjelmaan on implementoinnin yksi keskeisin tekijä.

#### **4.4 Aikataulu**

Kyseessä on kymmenvuotinen ohjelma ja sitä edistetään vaiheittain. Aloituskokoukseen kutsuttiin keuhkosityövän hoitoon osallistuvia asiantuntijoita jokaiselta silloiselta erityisvastuualueelta ja jokaiselta keuhkosityövän diagnostiikkaan ja hoitoon osallistuvalla erikoisalalla. Kokouksessa kartoitettiin eri alueiden hoitokäytäntöjä sekä ongelmakohtia. Silloisen tilanteen pohjalta tunnistettiin suurimmat kehityskohteet.

Ohjelmalle perustettiin työryhmä ja aloitettiin ohjelman yksityiskohtainen suunnittelu. Suunnitteluvaiheen pääasiallisena tarkoituksena on ollut asettaa tavoitteet, toimenpiteet ja mittarit, laatia ohjelma ja aloittaa ohjelman toimenpiteet. Näistä jokaista tullaan tarkastelemaan läpi ohjelman ja niihin tehdään tarvittaessa muutoksia. Lisäksi ongelmakohtia on tarpeen kartoittaa tarkemmin ja tietoa tulee yhä kerätä toimintojen suunnittelua sekä arviointia varten.

Ohjelman käytännön toimenpiteiden suunnittelua ja toteutusta edistetään ohjelman edetessä, huomioiden myös Kansallinen syöpästrategia. Ohjelma etenee vaiheittain, ja toimenpiteiden implementointi aloitetaan kunkin toimenpiteen valmistuttua ja niitä myös tarkastellaan Syöpästrategiaan ja sen tiekarttaan pohjautuen tarvittaessa. Ohjelman prosessin arviointia toteutetaan läpi ohjelman, jonka lisäksi toteutetaan vaikuttavuuden arviointia. Väliarvio toteutetaan vuonna 2030, ohjelman puolivälissä ja loppuarviointi vuonna 2036. Eri osa-alueiden suositukset toteutetaan ennen väliarviointia.



Kuva 11. Ohjelman toteuttaminen.

## 6. Ohjelman kustannukset ja rahoitus

Keuhkosyöpäohjelman ylläpitäminen, toimeenpano ja toimintojen toteuttaminen vaatii ohjelmaajaksi toteuttajatahon ja vuosittaisen budjetin. Keuhkosyöpäohjelman toimeenpano toteutetaan yhteistyössä Kansallisen syöpästrategian kanssa. Kansallisen syöpästrategian ja sen tiekartan sekä rahoitusmallin valmistuttua yhteistyöstä sovitaan tarkemmin. Syöpästrategian ja keuhkosyöpäohjelman toteuttamiselle on varattava sen vaatimat resurssit – rahoitusta, työaikaa ja asiantuntijoita. Päättäjillä on tässä keskeinen rooli, kun syöpätaakkaan lähdetään vastaamaan niinkin yleisesti kuin keuhkosyövän osalta. Kansallinen syöpästrategia ja Valtakunnallinen keuhkosyöpäohjelma tulee nähdä keskeisinä työkaluina, joiden toimeenpanoon tulee varata

pitkäjänteiset resurssit. Toteuttamiselle onkin annettava työryhmän päättämän suunnan lisäksi riittävät resurssit.

Filha on sitoutunut Keuhkosityöpäohjelman koordinointiin. Kansallisessa syöpästrategiassa on tarkemmin määritelty eri osatavoitteiden vastuutahot ja myös Keuhkosityöpäohjelmassa noudatetaan näitä määrittelyjä. Yhteistyötahot Keuhkosityöpäohjelmassa haetaan strategian mukaisista vastuutahoista. Koordinaatiotyön kustannukset muodostuvat hankevastaavan (kokopäivätoiminen) ja asiantuntijalääkärin (osa-aikainen) työajasta, järjestettävistä neuvottelu- ja koulutustilaisuuksista, matkakuluista sekä tuotettavien materiaalien julkaisusta aiheutuvista kuluista. Lisäksi on varattava riittävästi resursseja Keuhkosityöpäohjelman käytännön toimenpiteiden suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin sekä asiantuntijoiden työpanokseen. Vuosittainen kustannusarvio näille toimille on 150 000 euroa. Kymmenvuotisen ohjelman aikana kokonaiskulut näin ollen ovat 1,5 miljoonaa euroa. Monien yhteistyötahojen sekä yksittäisten terveydenhuollon toimien kulut, kuten seulonnasta aiheutuvat kulut, tulevat vielä näiden kustannusten päälle eikä niiden kokonaismäärää voi ohjelman käynnistymisvaiheessa tarkasti arvioida. Parhainkaan ohjelma ei onnistu, mikäli sitä ei viedä käytäntöön toteutettaviksi toimenpiteiksi ja hankkeiksi riittävän resurssoinnin ja vahvan sitoutumisen turvin. Jatkossa tulisi mahdollistaa vuosittainen riittävä rahoitus kansallisille syöpätyöryhmille, mukaan lukien Valtakunnallinen keuhkosityöpäohjelma.

Valtakunnallista keuhkosyöpöohjelman suunnitteluvaihetta ovat olleet tukemassa alla olevat tahot. Ohjelman tukijat eivät ole osallistuneet ohjelman sisällön suunnitteluun tai toteuttamiseen. Kiitämme saamastamme tuesta.

Amgen

Sanofi

AstraZeneca

Roche

Boehringer Ingelheim

Nummelan parantolan säätiö

Suomen tuberkuloosin vastustamisyhdistyksen säätiö

## Lähteet:

1. Kansallinen syöpästrategia 2026–2035. Yhdessä syöpää vastaan – Ihmislähtöistä syövän ehkäisyä ja hoitoa. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö  
[https://valtioneuvosto.fi/documents/1271139/1329769/Kansallinen\\_syopastrategia\\_2026\\_2035.pdf/5057c3d1-e824-3933-0a32-7344843e9bf6?t=1762756763489](https://valtioneuvosto.fi/documents/1271139/1329769/Kansallinen_syopastrategia_2026_2035.pdf/5057c3d1-e824-3933-0a32-7344843e9bf6?t=1762756763489)
2. Knuuttila, A. (2021). Keuhkosairaudet/Keuhkojen, pleuran ja mediastinumien Kasvaimet/Keuhkosyövät. Duodecim Oppiportti.
3. Salomaa, E.-R. 2022. Keuhkosyöpä. Lääkärikirja Duodecim.  
<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00031>
4. WHO / World Health Organization. Lung cancer. Osoitteessa <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/lung-cancer>. Viitattu 29.2.2024
5. Pitkaniemi J, Malila N, Heikkinen S, Seppä K. Syöpä 2022. Tilastoraportti Suomen syöpätilanteesta. Suomen Syöpäyhdistys, Helsinki 2024.  
<https://syoparekisteri.fi/assets/files/2024/06/Syopa-2022.pdf>
6. Samet, J. M., Avila-Tang, E., Boffetta, P., Hannan, L. M., Olivo-Marston, S., Thun, M. J., & Rudin, C. M. (2009). Lung Cancer in Never Smokers: Clinical Epidemiology and Environmental Risk Factors. *Clinical Cancer Research*, 15(18), 5626–5645.  
<https://doi.org/10.1158/1078-0432.CCR-09-0376>
7. Ruano-Raviña, A., Provencio, M., Calvo de Juan, V., Carcereny, E., Moran, T., Rodriguez-Abreu, D., López-Castro, R., Cuadrado Albite, E., Guirado, M., Gómez González, L., Massutí, B., Ortega Granados, A. L., Blasco, A., Cobo, M., Garcia-Campelo, R., Bosch, J., Trigo, J., Juan, Ó., Aguado de la Rosa, C., ... Cerezo, S. (2020). Lung cancer symptoms at diagnosis: results of a nationwide registry study. *ESMO Open*, 5(6), e001021–e001021.  
<https://doi.org/10.1136/esmoopen-2020-001021>
8. Keuhkosyöpä. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry:n ja Suomen Onkologiayhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. <https://www.kaypahoito.fi/hoi06050#s26>
9. NORDCAN / Larønningen S, Arvidsson G, Bray F, Engholm G, Ervik M, Guðmundsdóttir EM, Gulbrandsen J, Hansen HL, Hansen HM, Johannesen TB, Kristensen S, Kristiansen MF, König SM, Lam F, Laversanne M, Miettinen J, Mørch LS, Ólafsdóttir E, Pejicic S, Petterson D, Skog A, Steig BÁ, Tian H, Aagnes B, Storm HH (2023). NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries, Version 9.3 (02.10.2023).

- Association of the Nordic Cancer Registries. Cancer Registry of Norway. Available from: <https://nordcan.iarc.fr/>
10. Tichanek, F., Försti, A., Hemminki, O., Hemminki, A., & Hemminki, K. (2023). Survival in Lung Cancer in the Nordic Countries Through A Half Century. *Clinical Epidemiology*, 15, 503–510. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S406606>
  11. Ahvonen, J., Luukkaala, T., Laitinen, T., & Jukkola, A. (2023). Survival with lung cancer in Finland has not improved during 2007–2019—a single center retrospective population-based real-world study. *Acta Oncologica*. Vol. 62, issue 6. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2023.2213444>
  12. Suomen Syöpärekisteri, <https://tilastot.syoparekisteri.fi/syovat>, datan päiväys 02.04.2024, sovelluksen versio 2024-05-02-001
  13. Syöpäsäätiö 2025. Syövän kustannukset Suomessa (verkkoaineisto). [www.syopasaatio.fi](http://www.syopasaatio.fi)
  14. Lung Cancer Europe (LuCE). 2023. 8th Edition Of The LuCE Report – Financial Impact Of Lung Cancer: A European Perspective. <https://www.lungcancereurope.eu/2023/11/29/8th-edition-of-the-luce-report-financial-impact-of-lung-cancer-a-european-perspective/>
  15. Leskelä, R-L., Korhonen, S., Haavisto, I., Nuutinen, M., Peltonen, E., Herse, F., Käkälä, S., Autere, A-M., Nolvi, K., Tiainen, S., Silvoniemi, M., Junnila, E-L., Ahvonen, J., Knuuttila, A. & Koivunen, J. 2023. Trends in cost of treatment of lung cancer patients in 2014–2019 in Finland – a descriptive register study. *Acta Oncologica*, 62(6), 587–593. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2023.2218040>
  16. Chambers, S. K., Dunn, J., Occhipinti, S., Hughes, S., Baade, P., Sinclair, S., Aitken, J., Youl, P., & O’Connell, D. L. (2012). A systematic review of the impact of stigma and nihilism on lung cancer outcomes. *BMC Cancer*, 12(1), 184–184. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-12-184>
  17. Hamann, H. A., Ostroff, J. S., Marks, E. G., Gerber, D. E., Schiller, J. H., & Lee, S. J. C. (2014). Stigma among patients with lung cancer: a patient-reported measurement model. *Psycho-Oncology* (Chichester, England), 23(1), 81–92. <https://doi.org/10.1002/pon.3371>
  18. Scambler, G. (2009). Health-related stigma. *Sociology of Health & Illness*, 31(3), 441–455. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01161.x>
  19. Marlow, L. A. ., Waller, J., & Wardle, J. (2015). Does lung cancer attract greater stigma than other cancer types? *Lung Cancer* (Amsterdam, Netherlands), 88(1), 104–107. <https://doi.org/10.1016/j.lungcan.2015.01.024>
  20. LoConte, N. K., Else-Quest, N. M., Eickhoff, J., Hyde, J., & Schiller, J. H. (2008). Assessment of Guilt and Shame in Patients with Non–Small-Cell Lung Cancer Compared with Patients

- with Breast and Prostate Cancer. *Clinical Lung Cancer*, 9(3), 171–178. <https://doi.org/10.3816/CLC.2008.n.026>
21. Williamson, T. J., Kwon, D. M., Riley, K. E., Shen, M. J., Hamann, H. A., & Ostroff, J. S. (2020). Lung Cancer Stigma: Does Smoking History Matter? *Annals of Behavioral Medicine*, 54(7), 535–540. <https://doi.org/10.1093/abm/kaz063>
22. Hamann, H. A., Ver Hoeve, E. S., Carter-Harris, L., Studts, J. L., & Ostroff, J. S. (2018). Multilevel Opportunities to Address Lung Cancer Stigma across the Cancer Control Continuum. *Journal of Thoracic Oncology*, 13(8), 1062–1075. <https://doi.org/10.1016/j.jtho.2018.05.014>
23. Bradley, S. H., Kennedy, M. P. T., & Neal, R. D. (2019). Recognising Lung Cancer in Primary Care. *Advances in Therapy*, 36(1), 19–30. <https://doi.org/10.1007/s12325-018-0843-5>