

KIRJALLINEN KYSYMYS 92/2012 vp

Suolistosyövän seulonnan laajentaminen

Eduskunnan puhemiehelle

Suolistosyöpä on kolmanneksi yleisin syöpäsairaus Suomessa. Vuonna 2009 paksu- ja peräsuolen syöpään sairastui 2 631 henkilöä, ja suolistosyöpien määrän ennustetaan kasvavan entisestään. Syynä tähän on mm. väestön ikääntyminen, sillä suolistosyöpään sairastunut on keskimäärin 70-vuotias.

Suolistosyövän alkuvaihe on usein vähäoireinen tai täysin oireeton. Syövän varhaisella toteamisella on kuitenkin suuri merkitys. Suolistosyövän mahdollisimman varhainen toteaminen parantaa potilaan hoitoennustetta ja vähentää kärsimystä sekä taudista aiheutuneita hoitokustannuksia.

Yksi merkittävä suolistosyövän paljastaja on syöpäseulonta, joka otettiin käyttöön Suomessa

vuonna 2004. Syöpäseulonnan kohderyhmäksi valittiin 60—69-vuotiaat henkilöt.

Vaikka syöpäseulonta tiedetäänkin hyväksi syövän löytömuodoksi, se ei ole silti levinnyt kattamaan tasapuolisesti koko Suomea. Kaikkiaan syöpäseulonta on käytössä 148 kunnassa.

Edellä olevan perusteella ja eduskunnan työjärjestyksen 27 §:ään viitaten esitän asianomaisen ministerin vastattavaksi seuraavan kysymyksen:

Mitä hallitus aikoo tehdä suolistosyövän seulonnan laajentamiseksi koko maahan?

Helsingissä 22 päivänä helmikuuta 2012

Arja Juvonen /ps

Eduskunnan puhemiehelle

Eduskunnan työjärjestyksen 27 §:ssä mainitussa tarkoituksessa Te, Herra puhemies, olette toimitanut asianomaisen ministerin vastattavaksi kansanedustaja Arja Juvosen /ps näin kuuluvan kirjallisen kysymyksen KK 92/2012 vp:

Mitä hallitus aikoo tehdä suolistosyövän seulonnan laajentamiseksi koko maahan?

Vastauksena kysymykseen esitän seuraavaa:

Seulonnoista annetun valtioneuvoston asetuksen mukaan valtakunnalliseen seulontaohjelmaan kuuluvat rintasyöpäseulonta, kohdun kaulaosan syövän seulonta sekä raskaana oleville järjestettävät seulonnat. Tämän lisäksi kunnat voivat halutessaan järjestää myös muita seulontoja. Jos kunta järjestää muun kuin valtakunnallisen seulontaohjelman mukaisen seulonnan, sen tulee arvioida, minkälaisia vaatimuksia seulonta asettaa terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Arvioon on sisällytettävä muun muassa seulonnan vaikuttavuutta ja kokonaiskustannuksia koskeva tarkastelu. Kansallisella tasolla Terveiden ja hyvinvoinnin laitos seuraa ja arvioi käynnissä olevia seulontaohjelmia ja niissä käytettäviä menetelmiä.

Vuonna 2010 suolistosyöpään sairastui Suomessa 2 735 henkilöä. Paksu- tai peräsuolen syöpään kuolee vuosittain yli 1 000 henkilöä. Sairastuneiden määrä kasvanee edelleen väestön ikääntyessä. Suolistosyövän ensisijainen hoito on leikkaus. Jos syöpä todetaan ja hoidetaan, kun se on vielä suoliston sisällä, potilas useimmiten paranee. Jos tauti on todettaessa jo levinnyt imusolmukkeisiin tai muualle suoliston ulkopuolelle, jatketaan hoitoja yleensä solusalpaajien ja sädehoidon avulla. Syövän varhaista toteamista vai-

keuttaa se, että oireet ovat alkuvaiheessa usein epämääräisiä tai ne puuttuvat kokonaan. Seulonnalla pyritään löytämään yhä useampi syöpätaapaus mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Ulkomaisissa tutkimuksissa seulonnan on havaittu pienentävän suolistosyöpäkuolleisuutta 16—33 prosentilla.

Vaikka seulonnalla on todettuja hyötyjä, siihen liittyy edelleen myös epävarmuutta. Esimerkiksi adenoomien, joista osasta kehittyy suolistosyöpä, löytäminen yksittäisellä seulontatestillä on lähes sattumanvaraista. Myöskään tähystystutkimus ei ole täysin varma adenoomien tai varsinaisen syövän osalta. Suolistosyövän seulonnan edellytyksiä ja vaikutuksia on arvioitu Suomessa jo vuonna 2000. Selvityksen mukaan ennen päätöstä valtakunnallisen seulontaohjelman aloittamisesta tulisi toteuttaa seulontatutkimus, josta saataisiin seulontojen toteutukseen ja vaikuttavuuteen liittyvää tietoa. Suolistosyövän seulonnan satunnaistettu kokeilu, johon kunnat voivat halutessaan osallistua, käynnistyi vuonna 2004. Ensimmäisenä vuonna kokeiluun osallistui 22 ja tänä vuonna 153 kuntaa. Seulontakokeilun kohdeväestönä ovat olleet 60—69-vuotiaat miehet ja naiset, joista puolet on satunnaistettu seulontaan ja puolet vertailuryhmään. Jos näyte on ollut poikkeava, henkilö ohjataan ottamaan yhteyttä kotikuntansa terveyskeskukseen suolistosyövän seulonnan yhteyshoitajaan jatkotutkimusten varmistamiseksi. Ensisijainen jatkotutkimus on paksu- ja peräsuolen tähystys. Vuonna 2010 suolistosyövän seulontaan osallistui 45 000 henkilöä. Seulontaan osallistuminen on Suomessa ollut aktiivista: kutsutuista lähes 70 % osallistuu. Vuonna 2010 seulonnassa löytyi 45 syöpää, 440 adenoomaa ja 146 polyypia. Ensimmäisellä seulontakierroksella löydetty syövät ovat olleet

jonkin verran vähemmän levinneitä kuin verrokiryhmässä.

Ensimmäinen väliarviointi suolistosyövän seulonnasta julkaistiin vuonna 2007. Ensimmäisten kolmen vuoden kokemukset ovat olleet myönteisiä: kuntien välittömät seulontakustannukset ovat olleet kohtuullisia, jatkotutkimukset on tehty nopeasti ja seulontatestien keskittäminen yhteen paikkaan on osoittautunut toimivaksi ratkaisuksi. Käynnissä oleva seulontakokeilu jatkuu vuoteen 2014 asti. Samalla saadaan lisää arviointitietoa muun muassa terveystietopalvelujen käytöstä, seulonnan vaikuttavuudesta sekä kustannusvaikuttavuudesta. Satunnaistettu asetelma tarjoaa ainutlaatuisia tutkimustietoja siitä, pieneekö levinneiden tautitapausten ilmaantuvuus ja onko seulonnan ikäryhmä oikea.

Sosiaali- ja terveysministeriössä toimii kansallinen seulontatyöryhmä, jonka tehtävänä on arvioida seulonnoiksi ehdolla olevia seulontatutkimuksia. Tavoitteena on, että Suomessa on käytössä sairastavuus ja terveydenhuollon resurssit huomioon ottaen tarkoituksenmukaiset seulontaohjelmat. Tarkastelun kohteena ovat seulontaohjelmat, joilla on selkeä tavoite: taudin ennusteen paraneminen. Seulontatyöryhmä on seurannut suolistosyövän seulontakokeilua alusta lähtien. Suolistosyövän seulonnan mahdollista lisäämistä lakisääteisten seulontojen joukkoon käsitellään seulontatyöryhmässä vuoden 2013 aikana, kun tarvittavat tiedot ja kokemukset meneillään olevasta tutkimuksesta.

Helsingissä 14 päivänä maaliskuuta 2012

Peruspalveluministeri Maria Guzenina-Richardson

Till riksdagens talman

I det syfte som anges i 27 § i riksdagens arbetsordning har Ni, Herr talman, till den minister som saken gäller översänt följande skriftliga spörsmål SS 92/2012 rd undertecknat av riksdagsledamot Arja Juvonen /saf:

Vilka åtgärder tänker regeringen vidta för att utvidga screening för tarmcancer till hela landet?

Som svar på detta spörsmål anför jag följande:

Enligt statsrådets förordning om screening ingår screening för bröstcancer, för livmoderhalscancer och under graviditet i det nationella screeningprogrammet. Dessutom kan kommunerna ordna andra screeningar, om de så vill. Om en kommun ordnar andra screeningar än de som anges i det nationella screeningprogrammet, ska den innan screeningen inleds göra en bedömning av vilka krav screeningen ställer på hälso- och sjukvårdens servicesystem. I bedömningen ska det bland annat ingå en analys av effekterna och de totala kostnaderna. På nationell nivå är det Institutet för hälsa och välfärd som följer upp och bedömer pågående screeningprogram och screeningmetoderna.

År 2010 insjuknade 2 735 personer i Finland i tarmcancer och årligen dör drygt 1 000 personer i tjocktarms- eller ändtarmscancer. Fler kommer sannolikt att insjukna i takt med att befolkningen åldras. Operation är den primära behandlingsmetoden vid tarmcancer. I de flesta fall blir patienterna friska om cancer upptäcks och behandlas så länge den fortfarande finns inne i tarmen. Om den vid diagnostikpunkten redan har hunnit sprida sig till lymfkörtlarna eller till andra ställen utanför tarmen, fortsätter behandlingen vanligen med cytostatika och strålbehandling. Möjlighe-

terna till tidig upptäckt försvåras av att symtomen ofta är diffusa i initialfasen eller att det inte finns några symtom alls. Syftet med screeningarna är att allt fler fall ska upptäckas i ett tidigt stadium. Screening kan minska dödligheten i tarmcancer med 16—33 procent, visar utländska studier.

Även om screeningar bevisligen har fördelar, finns det fortfarande en viss osäkerhet. Det är exempelvis nästan helt och hållet beroende av slumpen om man med enskilda screeningtest kan upptäcka adenom, som i vissa fall utvecklas till tarmcancer. Inte heller endoskopiska undersökningar är helt säkra metoder för att upptäcka adenom eller redan utvecklad cancer. Redan 2000 gjordes det en utvärdering av förutsättningarna för och effekterna av screening för tarmcancer. Utredningen visade att man före ett beslut om ett nationellt screeningprogram bör göra en screeningstudie för att få fram information om genomförande och effekter av screeningar. Ett randomiserat försök med screening för tarmcancer startade 2004 och kommunerna får delta om de är intresserade. Det första året deltog 22 och i år deltar 153 kommuner. Målpopulationen är män och kvinnor i åldern 60—69 år. Hälften är slumpmässigt utvald till studien och hälften till jämförelsegruppen. Om provet är avvikande, uppmanas personen kontakta den sjukskötare på hälsovårdscentralen i sin hemkommun som är kontaktperson för screening för tarmcancer för att få fortsatta undersökningar. I det fallet är koloskopi och rektoskopi de primära undersökningsmetoderna. År 2010 deltog 45 000 personer i screening för tarmcancer. Finländarna deltar aktivt i screeningar: nästan 70 procent av de som får kallelse deltar. År 2010 upptäcktes 45 fall av cancer, 440 adenom och 146 polyper. De fall av cancer som

upptäckts vid den första screeningen har varit en aning mindre spridda än i jämförelsegruppen.

Den första halvtidsutvärderingen av tarmcancerscreening publicerades 2007. Erfarenheterna från de tre första åren var positiva. Kommunerna direkta kostnader för screeningarna var skäligen, de fortsatta undersökningarna gjordes snabbt och det var en fungerande lösning att förlägga screeningtesterna till ett ställe. Det pågående screeningförsöket fortsätter fram till 2014. Samtidigt får vi mer utvärderingsdata bland annat om hur hälsovården anlitas, vilka effekter screeningarna har och hur kostnadseffektiva de är. Randomiseringen ger unik vetenskapligt dokumenterad information som visar om incidensen för spridd tarmcancer minskar och om rätt åldergrupp screenas.

Social- och hälsovårdsministeriet har en nationell arbetsgrupp för screeningar och den har i uppgift att bedöma screeningundersökningar som föreslås ingå i screeningprogram. Målet är att vi i Finland ska ha screeningprogram som är ändamålsenliga med avseende på prevalensen och hälso- och sjukvårdsresurserna. Arbetsgruppen utvärderar de screeningprogram som har ett tydligt mål, det vill säga att förbättra prognosen och den har följt screeningförsöket för tarmcancer ända från början. Under 2013 kommer arbetsgruppen att behandla frågan om att eventuellt ta med screening för tarmcancer i de lagstadgade screeningarna. Då har vi nödvändig information om och erfarenhet av den pågående studien.

Helsingfors den 14 mars 2012

Omsorgsminister Maria Guzenina-Richardson