

Maarit K. Leinonen, Maarit Lamminmäki, Päivikki Koponen, Hannamaria Kuusio ja Ahti Anttila

Sosiaalinen eriarvoisuus ja naisten syöpäseulonnat

Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen on ollut Suomen terveystalouden keskeinen tavoite jo vuosikymmeniä. Sosioekonomiset terveyserot ovat kuitenkin yhä suuria, ja syöpäkuolleisuus on merkittävä sosioekonomisia kuolleisuuseroja lisäävä tekijä. Osallistuminen järjestettyihin syöpäseulontoihin on tehokas tapa vähentää kuolleisuutta syöpään ja kohdunkaulasyövän osalta myös taudin ilmaantuvuutta. Naisten maksuttomiin syöpäseulontoihin osallistumisessa esiintyy huomattavaa alueellista ja sosioekonomista eriarvoisuutta Suomessa. Ulkomaalaistaustaiset osallistuvat syöpäseulontoihin muuta väestöä harvemmin, mutta he eivät ole yhtenäinen ryhmä. Erot väestörakenteessa, kutsu- ja ajanvarauskäytännöissä, elintavoissa, tiedoissa ja asenteissa eri syöpäseulontoja kohtaan selittävät alueellisia ja sosioekonomisia eroja osallistumisaktiivisuudessa. Syöpäseulontaohjelmia tulee uudistaa, jotta ne kykenevät paremmin vastaamaan heikoimmassa asemassa olevien palvelutarpeeseen alati monikulttuurisemmassa toimintaympäristössä.

Sosioekonomiset terveyserot ovat sosiaalisen aseman mukaisia systemaattisia eroja koetussa terveydentilassa, sairastavuudessa, toimintakyvyssä ja kuolleisuudessa. Terveyseroja esiintyy kaikissa maissa, ja ne ovat varsin säännönmukaisia: mitä heikompi sosioekonominen asema sitä huonompi terveys (1). Vähän koulutetut, pienituloiset ja työntekijäammateissa toimivat sairastavat enemmän, heidän toimintakykynsä on useammin heikentynyt, ja he kuolevat nuorempina kuin korkeasti koulutetut, hyvätuloiset ja ylemmät toimihenkilöt. Terveyserojen syntymiselle on monia syitä. Tulot ja varallisuus jakautuvat epätasaisesti. Ihmisten työ- ja asumisolosuhteissa on terveyteen vaikuttavia eroja. Tärkeitä terveyseroja kasvattavia tekijöitä ovat sosioekonomiset erot elintavoissa kuten tupakoinnissa, alkoholinkäytössä ja ylipainossa (2–4). Kaikki nämä ovat syövän ja monien muiden kansantautien merkittävimpiä riskitekijöitä.

Maailman terveysjärjestön WHO:n mukaan terveyserot syntyvät seurauksena siitä ympäristöstä, jossa ihmiset kasvavat, elävät, työskentelevät ja vanhenevat. Valtaosaa sosioekonomis-

ta terveyseroista voidaan pitää epäoikeudenmukaisina, eli ne eivät perustu yksilön tietoisesti ja vapaasti tekemiin valintoihin, ja niitä tulisi pyrkiä vähentämään (5). Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen on ollut Suomen terveystalouden keskeinen tavoite jo usean vuosikymmenen ajan. Väestön terveydentila on kohentunut ja elinajanodote pidentynyt, mutta elinajanodote-erot sosioekonomisten ryhmien välillä ovat yhä suuria (1,2,6–8). Syöpäkuolleisuus on merkittävä koulutusryhmittäisiä kuolleisuuseroja lisäävä tekijä ja selittää reilun kuudesosan elinajanodote-eroista naisilla vuosina 2011–2014 (7).

Terveyspalvelujen käytössä on Suomessa sosioekonomisia eroja, jotka eivät liity palvelujen tarpeeseen (6). Terveydenhuolto siis voi kasvattaa terveyseroja, mikäli väestöryhmillä ei ole samanlaisia mahdollisuuksia käyttää tarvitsemiaan terveyspalveluita. Ulkomaalaistaustaisen väestön kasvu tuo uusia haasteita väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen (9,10). Vuonna 1990 henkilöitä, joiden syntymämaa tai joiden molempien vanhempien syntymämaa on muu kuin Suomi, oli Suomen väestös-

TAULUKKO 1. Kohdunkaulasyövän ikä- ja riskiryhmäseulonnan kutsut, tarkastukset ja pääasialliset tulokset vuonna 2016 äidinkielen ja sosioekonomisen aseman tietojen mukaisesti 25–69-vuotiailla.

	Kutsut	Tarkastukset		Lähetete jatkotutkimuksiin		Hoidettava esiaste tai syöpä	
			(%) kutsutuista		(%) tarkastuksista		(%) tarkastuksista
	272 953	191 250	70,0	2 390	1,2	720	0,38
Sosioekonominen asema							
Yrittäjät	16 380	11 502	70,2	107	0,9	38	0,33
Ylemmät toimihenkilöt	50 636	37 561	74,2	376	1,0	94	0,25
Alemmat toimihenkilöt	107 817	79 572	73,8	1 018	1,3	290	0,36
Työntekijät	35 723	24 854	69,6	332	1,3	128	0,52
Opiskelijat	10 683	6 369	59,6	125	2,0	41	0,64
Eläkeläiset	15 481	9 361	60,4	88	0,9	23	0,25
Pitkäaikaistyöttömät	25 551	16 521	64,7	245	1,5	70	0,42
Tuntematon	10 682	5 510	51,6	99	1,8	36	0,65
Äidinkieli							
Suomi, ruotsi, saame	250 979	178 460	71,1	2 187	1,2	642	0,36
Muu tai puuttuva	21 974	12 790	58,2	203	1,6	78	0,61

Lähde: Kohdunkaulan seulontaohjelman vuosikatsaus 2018. Suomen Syöpärekisteri, 2018 (13).

tä alle prosentti. Vuonna 2017 ulkomaalais-taustaiset muodostivat jo 7,0 % koko Suomen väestöstä ja 13 % Uudenmaan väestöstä (11). Keski- ja pienen tulotason maista tulevat ovat syntyperäistä väestöä alttiimpia sairastumaan infektioihin liittyviin syöpätyyppeihin, kuten kohdunkaulasyöpään. Toisaalta heillä esiintyy vähemmän terveyttä vaarantaviin elintapoihin yhdistettyjä syöpätyyppejä, kuten rinta- ja suo-listosyöpää (12).

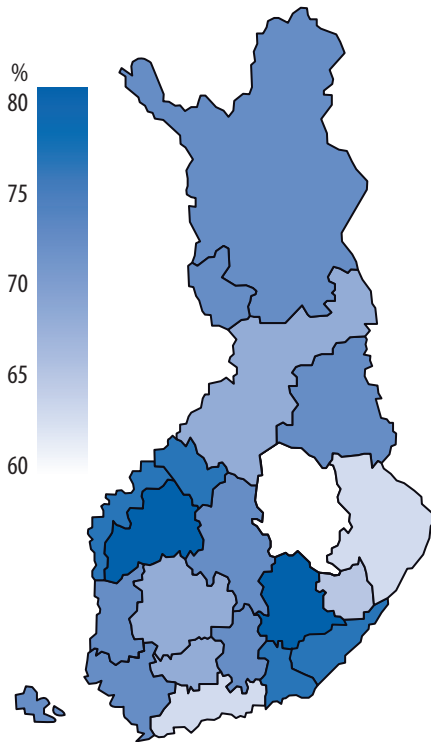
Alueelliset erot syöpäseulonnoissa

Kohdunkaulasyövän seulontaan kutsutaan seulonta-asetuksen mukaisesti 30–60-vuotiaat naiset viiden vuoden välein. Osassa kunnista seulontaan kutsutaan myös 25- sekä 65-vuotiaat. Naiset, joilla havaitaan lieviä solumuutoksia, suositellaan kutsuttavaksi uuteen seulontatestiin 12–24 kuukauden kuluessa (niin sanottu riskiryhmäseulonta). Vuonna 2016 kohdunkaulasyövän seulontaohjelmaan kutsuttiin kaikkiaan lähes 273 000 naista, joista 70 % osallistui seulontaan (**TAULUKKO 1**) (13). Osallistumisak-

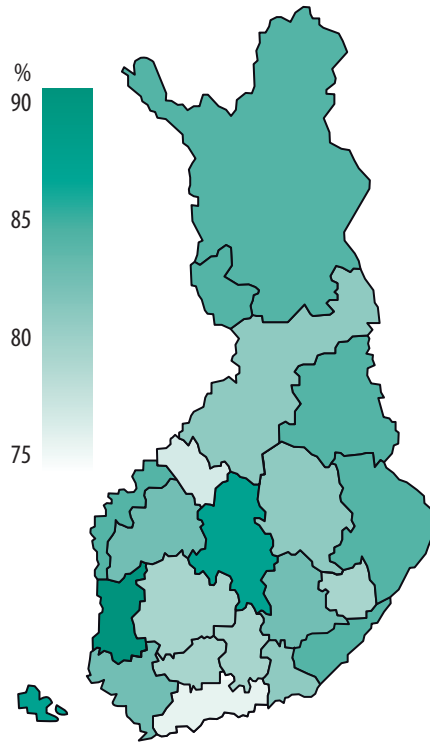
tiivisuus vaihteli paljon alueittain, vuosina 2012–2016 ikään perustuvissa kutsuissa välillä 62–79 % (**KUVA**). Mikään sairaanhoitopiireistä ei yltänyt tavoiteltuun yli 85 %:n osallistuvuuteen kohdunkaulasyövän seulonnassa.

Vähäisintä osallistuminen kohdunkaulasyövän seulontaan oli vuosina 2012–2016 Pohjois-Savossa (62 % kutsutuista) ja Pohjois-Karjalassa (65 % kutsutuista). Myös sairaanhoitopiirin sisällä esiintyi huomattavia alueellisia eroja. Pohjois-Savossa ja Pohjois-Karjalassa kunta-kohtaiset osallistumisosuudet vaihtelivat välillä 47–76 % vuonna 2016.

Vuonna 2016 valtakunnallinen rintasyöpäseulontaohjelma oli laajentunut kattamaan koko 50–69-vuotiaan väestön. Seulontaan osallistui vajaat 83 % kutsutuista (**TAULUKKO 2**) (14), mikä on eurooppalaisittain hyvällä tasolla (15). Osallistumisosuus rintasyöpäseulontaan vuosina 2012–2016 vaihteli sairaanhoitopiireittäin välillä 77–88 %. Heikointa osallistuminen oli Uudellamaalla, jossa ainoana alueena osallistuminen jäi alle 80 % (**KUVA**). Rintasyöpäseulonta ylitti kuitenkin kaikissa sairaanhoitopiireissä seulontaohjelman tavoitellun yli 70 %:n



Kohdunkaulasyövän seulontaohjelma



Rintasyövän seulontaohjelma

KUVA. Osallistuminen kohdunkaula- ja rintasyövän seulontaohjelmiin sairaanhoitopiireittäin vuosina 2012–2016 ikäryhmäkutsuineen. Lähde: Kohdunkaulasyövän ja rintasyövän seulontaohjelman vuosikatsaukset 2018. Suomen Syöpärekisteri, 2018 (13,14).

osallistumisen. Osanotto rintasyöpäseulontaan on vähentynyt hieman viime vuosina niin Suomessa kuin monissa muissakin EU-maissa (15).

Sosioekonomiset erot syöpäseulonnoissa

TAULUKOSSA 1 on esitetty kohdunkaulasyövän seulontaan Suomessa vuonna 2016 kutsutut ja tarkastetut naiset sekä seulonnan pääasialliset tulokset sosioekonomisen aseman mukaisesti. Osallistumisosuus oli pienin opiskelijoilla, eläkeläisillä, pitkäaikaistyöttömällä sekä henkilöillä, joiden sosioekonominen asema oli tuntematon (palkansaajat, joilta ammattitietoa ei ole saatu ja työvoiman ulkopuolella olevat työkikäiset henkilöt). Eläkeläisiä lukuun ottamatta samoilla väestöryhmillä oli myös suhteellisesti eniten jatkotutkimuslähetteitä ja hoidettavia esiasteita tai kohdunkaulasyöpiä.

Rintasyöpäseulontaan vuosina 2015–2016 kutsutut ja tarkastetut naiset sekä syöpälöydösten osuudet sosioekonomisen aseman mukaisesti on kuvattu **TAULUKOSSA 2**. Työelämässä aktiiviset (yrittäjät, toimihenkilöt, työntekijät) osallistuivat useammin rintasyöpäseulontaan kuin työelämän ulkopuolella olevat (opiskelijat, pitkäaikaistyöttömät, eläkeläiset, sosioekonominen asema tuntematon). Kuitenkin jatkotutkimuslähetteiden määrät ja todettujen rintasyöpätapausten osuudet seulontaan osallistuneilla olivat samansuuntaisia kaikissa väestöryhmissä. Eläkeläisten suuri löydösoosuus selittyy todennäköisesti heidän iällään.

Kirjallisuuden mukaan kohdunkaula- ja rintasyöpäseulontoihin osallistuminen vaihtelee selvästi sosioekonomisen aseman mukaan maissa, joissa seulonta on opportunistista, eli perustuu naisen tai lääkärin aloitteellisuuteen (15–17). Huonoimmin seulontaan osallistuvat vähän koulutetut, työntekijäammateissa toimi-

TAULUKKO 2. Rintasyövän seulonnan kutsut, tarkastukset ja pääasialliset tulokset vuosina 2015–2016 äidinkielen ja sosioekonomisen aseman mukaisesti 50–69-vuotiailla naisilla.

	Kutsut	Tarkastukset		Lähte jatkotutkimuksiin		Syöpälöydös	
			(%) kutsutuista		(%) tarkastuksista		(%) tarkastuksista
	759 620	628 029	82,7	18 682	3,0	4 056	0,65
Sosioekonominen asema							
Yrittäjät	40 662	33 510	82,4	1 018	3,0	184	0,55
Ylemmät toimihenkilöt	97 845	83 538	85,4	2 699	3,2	487	0,58
Alemmat toimihenkilöt	229 040	200 143	87,4	6 093	3,0	1 160	0,58
Työntekijät	81 122	67 808	83,6	1 991	2,9	374	0,55
Opiskelijat	5 002	3 800	76,0	137	3,6	19	0,50
Eläkeläiset	225 790	180 532	80,0	4 909	2,7	1 460	0,81
Pitkäaikaistyöttömät	63 106	48 027	76,1	1 460	3,0	303	0,63
Tuntematon	17 053	10 671	62,6	375	3,5	69	0,65
Äidinkieli							
Suomi, ruotsi, saame	730 345	609 056	83,4	18 054	3,0	3 969	0,65
Muu tai puuttuva	29 275	18 973	64,8	628	3,3	87	0,46

Lähde: Rintasyövän seulontaohjelman vuosikatsaus 2018. Suomen Syöpärekisteri, 2018 (14).

vat, pienituloiset ja työttömät. Vastaavaa sosioekonomista gradienttia ei yleensä ole havaittu kummankaan syöpätyypin osalta maissa, joissa on väestöpohjainen seulontaohjelma. Poikkeuksen muodostaa Suomi, jossa koulutustausta vaikuttaa kohdunkaulasyövän seulontaohjelmaan osallistumiseen (16). FinTerveys 2017 -tutkimuksessa perustason koulutuksen suorittaneista vain 47 % raportoi viiden viime vuoden aikana olleensa kohdunkaulasyövän seulontatutkimuksessa (papanäyte), kun vastaava osuus korkea-asteen koulutuksen suorittaneilla oli 84 % (18, koulutusryhmäerojen osalta julkaisematon tieto). FinTerveys 2017 -tutkimuksessa viiden vuoden aikana kohdunkaulasyövän seulontatutkimuksessa oli 30 vuotta täyttäneistä naisista käynyt 73 % ja seulonnan kohdeikäryhmistä 90 % (18). Lukuihin sisältyvät kaikki papanäytteet, eli myös seulontaohjelman ulkopuolella tehdyt seulontatyyppiset ja diagnostiset tutkimukset. Suomessa esiintyy runsaasti seulontaohjelman ulkopuolisia papanäytteitä sekä yksityisessä että julkisessa terveydenhuollossa, mikä selittää sosioekonomisen aseman mukaisia eroja osallistumisessa (16,19). Sosioekonomista eriarvoisuutta on todettu lisäksi ainakin Ruotsin, Norjan ja Australian naisten väestöpohjaisissa syöpäseulontaohjelmissa. Yh-

teisestä näille maille on, että syöpäseulontoihin osallistuminen edellyttää omavastuuosuutta, mikä voi olla osallistumisesta taloudellisesti heikoimmassa asemassa oleville (20–23).

Eri väestöryhmien osallistuminen syöpäseulontoihin

Jotakin kotimaista kieltä (suomi, ruotsi, saame) äidinkielenään puhuvat osallistuivat selvästi aktiivisemmin kohdunkaulasyövän seulontaan (71 %) verrattuna vieraskielisiin (58 %) vuonna 2016 (TAULUKKO 1). Vieraskielisillä oli kuitenkin enemmän läheteitä jatkotutkimuksiin ja lähes 1,7-kertaisesti hoidettavia kohdunkaulasyövän esiasteita tai syöpiä. Myös rintasyöpäseulontaohjelmassa vieraskielisten osallistumisaktiivisuus oli selvästi pienempi (65 %) kuin kotimaisen äidinkielen ryhmässä (83 %). Vieraskielisillä todettiin rintasyöpiä jonkin verran kantaväestöstä harvemmin (0,46 % vs 0,65 % osallistuneista). Suomessa venäläis-, kurdi- ja somalialaistaustaisten terveyspalvelujen käyttöä on kattavimmin selvitetty Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (Maamu-tutkimus) vuosina 2010–2012 kuudessa suuressa kaupungissa (24,25). Maamu-tutkimus osoitti paitsi kaikkien tutkittu-

TAULUKKO 3. Itse raportoitu osallistuminen seulonta- tai diagnostisiin tutkimuksiin viimeisen viiden vuoden aikana väestöryhmittäin eri väestötutkimuksissa 30-vuotiailla ja sitä vanhemmilla naisilla.

	Venäläinen ¹ (%)	Somali ¹ (%)	Kurdi ¹ (%)	Romani ² (%)	Koko väestö ³ (%)
Kohdunkaulan irtosolunäyte	73,4	33,5	56,4	54,3	73,1
Mammografia	41,2	22,9	44,7	45,1	57,4

¹(24), ²(29), ³(18)

jen väestöryhmien heikomman osallistumisen naisten syöpäseulontoihin tutkimuspaikkakuntien koko naisväestöön verrattuna, myös isoja eroja tutkittujen väestöryhmien välillä. Seulontatyyppiset tutkimukset olivat harvinaisimpia somalialaistaustaisilla naisilla (**TAULUKKO 3**). Kaikissa kolmessa ulkomaalaistaustaisessa väestöryhmässä kohdunkaulasyövän seulontaan osallistuminen oli yhteydessä korkeampaan koulutukseen ja työssä oloon, mutta ryhmien väliset erot osallistumisaktiivisuudessa säilyivät merkittävänä, vaikka sosioekonomisten ja terveyteen liittyvien tekijöiden vaikutus vakioitiin (25).

Ulkomaalaistaustaiset osallistuvat useissa eri maissa tehtyjen tutkimusten mukaan naisten syöpäseulontoihin huonommin kuin syntyperäinen väestö. Ulkomaalaistaustaisen väestön osuus voi hyvinkin selittää pienempää osallistumisaktiivisuutta naisten syöpäseulontoihin Uudellamaalla, jossa yli puolet ulkomaalaistaustaisesta väestöstä asuu (11). Ulkomaalaistaustaiset eivät kuitenkaan ole yhtenäinen väestöryhmä, ja terveystalveluiden käyttö, esimerkiksi seulontoihin osallistuminen, vaihtelee lähtömaittain ja -alueittain merkittävästi. Ulkomaalaistaustaisen väestön sosiodemografinen rakenne eroaa monilta osin syntyperäisestä väestöstä, ja sosiodemografiset tiedot puuttuvat myös useammin, mutta nämä erot yksinään eivät selitä huonompaa osallistumista syöpäseulontoihin (23,25–28). Lisäksi myös syntyperäisessä väestössä voi olla ryhmiä, joiden kohdalla yhdenvertaisuus terveystalveluiden käytössä ei toteudu. Suomen romaniväestön osallisuus ja hyvinvointitutkimus (Roosa) toteutettiin vuosina 2017–2018 (29). Roosa-tutkimuksen mukaan Suomen romaniväestön osallistuminen naisten syöpäseulontoihin on selvästi vähäisempää kuin koko naisväestön (**TAULUKKO 3**).

Käytännön haasteet, kuten ajan puute, ovat tavallisia esteitä osallistua syöpäseulontoihin kaikilla kutsutuilla (26,30,31). Ulkomaalaistaustaisilla osallistumattomuudelle on myös erityisiä syitä, kuten kieli- ja lukutaidottomuus, koettu syrjintä ja kulttuurisensitiivisyyden puute terveydenhuollossa. Lisäksi ulkomaalaistaustaisilla voi olla tiedon puutetta ja väärää käsityksiä syöpäseulonnoista, sairauden ja leimautumisen pelkoja, häpeää, epäluottamusta viranomaisiin ja yhdenvertaisiin palveluihin (9,10,32,33). Useissa Afrikan maissa, Lähi-idässä ja Aasiassa tehtävät tyttöjen ja naisten ympärileikkaukset voivat myös olla kohdunkaulasyövän seulonnan esteenä ympärileikkauksiperinteen maista tuleville naisille (34,35). Somalialaistaustaiset ovat olleet yksi heikoimmista sekä kohdunkaulaetta rintasyövän seulontaan osallistuva ryhmä useissa maissa (23, 25–28).

Keinoja vähentää sosiaalista eriarvoisuutta syöpäseulonnoissa

Seulontaohjelman vaikuttavuuden kannalta on tärkeää aktivoida huonoimmin osallistuvia väestöryhmiä. Heikoimmassa asemassa olevien osallistumista voidaan parantaa räätälöimällä syöpäseulontaohjelmia paremmin vastaamaan heidän tarpeitansa.

Suuret kuntakohtaiset erot osallistumisaktiivisuudessa kohdunkaulasyövän seulontaohjelmaan viittaavat alueellisiin eroihin palveluiden saatavuudessa. Maaseutukunnissa osallistuvuus kohdunkaulasyövän seulontaohjelmaan on ollut hieman vähäisempää kuin kaupungeissa (30). Kansainvälisen systemoidun katsauksen mukaan parempi palveluiden maantieteellinen saatavuus näyttäisi lisäävän rintasyöpäseulontaan osallistumista ja syövän toteamista varhaisemmassa vaiheessa. Eri tutkimuksissa käytetyt

menetelmät ja saatavuutta kuvaavat indikaattorit olivat kuitenkin liian kirjavia vakuuttavien loppupäätelmien tekemiseksi (36). Vuoden 2018 FinSote-tutkimuksen mukaan aukioloajat ja matkat haittasivat eniten yleisesti hoidon saantia Kainuussa, Lapissa ja Pohjois-Karjalassa (37). Lapin sairaanhoitopiirissä osallistuttiin sekä kohdunkaula- että rintasyövän seulontaan yli valtakunnallisen keskiarvon (73 % ja 85 % kutsutuista, vastaavasti). Pohjois-Savossa osallistuminen kohdunkaulasyövän seulontaohjelmaan oli vähäistä (63 %) mutta rintasyöpäseulontaan osallistuttiin keskimääräistä aktiivisemmin (85 %). Huomiota tulisi kiinnittää hyviin kutsukäytäntöihin ja ajanvarauksen helppouteen (30). On kuitenkin ilmeistä, että palveluiden saatavuuden lisäksi erot väestön ikä- ja sosioekonomisessa rakenteessa, elintavoissa, tiedoissa ja asenteissa osaltaan selittävät alueellisia eroja osallistumisaktiivisuudessa.

Seulonnan maksuttomuus on tärkeää. Vaikka seulontatutkimukset itsessään ovat Suomessa maksuttomia, aiheutuu niistä tutkittavalle matka- ja aikakustannuksia, jotka voivat osaltaan selittää alueellisia eroja osallistuvuudessa. Kotona tapahtuva näytteenotto voisi poistaa seulonnan epäsuoria kustannuksia ja siten olla keino saada huonosti osallistuvia kohdunkaulasyövän seulonnan piiriin (26,30,31). Tietoisuuden lisääminen on välttämätöntä, mutta kutsuttaville annettavaa informaatiomateriaalia on hyvä muokata. Hyvin lääketieteellinen kutsukirje houkuttelee erityisesti hyvässä sosioekonomisessa asemassa olevia naisia, kun taas selkokielinen materiaali ja kuvat toimivat paremmin kohderyhmille, joissa sosioekonominen taso on heikko tai joiden kielitaidossa on puutteita (9,38). Esimerkiksi piirrosvideot voivat tehdä syöpäseulonnoista helpommin ymmärrettäviä (<https://www.youtube.com/watch?v=dbfxtFU0qSc>).

Kohdunkaulasyövän seulontaohjelmassa erityisen tärkeää olisi parantaa seulonnan peittävyttä ulkomaalaistaustaisten keskuudessa, joista osa voi olla huomattavassa riskissä sairastua kohdunkaulasyöpään (9). Kutsuttaville kohdennettu syöpäseulontoihin liittyvä neuvonta heidän omalla kielellään ja sellaisessa muodossa, joka koetaan yksilölle ja hänen kult-

Ydinasiat

- ▶ Naisten osallistumisessa syöpäseulontoihin esiintyy alueellista ja sosioekonomista eriarvoisuutta.
- ▶ Ulkomaalaistaustaiset osallistuvat syöpäseulontoihin muuta väestöä harvemmin, mutta eri maista Suomeen tulleiden välillä on suuria eroja.
- ▶ Syöpäseulontaohjelmia tulee uudistaa, jotta ne kykenevät paremmin vastaamaan koko väestön palvelutarpeeseen.
- ▶ Eriarvoisuuden kaventaminen edellyttää tietoa ja tutkimusta osallistumisesteistä sekä useita rinnakkaisia kehittämistoimia osallistumisaktiivisuuden parantamiseksi.

tuuriinsa soveltuvaksi on suhteellisen edullinen tapa räätälöidä seulontaohjelmia (9,26).

Pelkkä materiaalien kääntäminen eri kielille on todettu riittämättömäksi. Yhteisön osallistaminen saattaakin olla tehokkain tapa tavoittaa ulkomaalaistaustaiset (9,32,33). Suullisen tiedon jakaminen on oleellista, erityisesti lukutaidottomille ja suullisista kulttuureista tuleville naisille. Tätä voidaan tukea esimerkiksi sosiaalisessa mediassa jaettavilla videoilla, jotka paransivat maahanmuuttajien osallistumista rintasyöpäseulontaan Norjassa (22). Puutteellinen kielitaito heikentää paitsi ulkomaalaistaustaisten palveluiden saatavuutta myös niiden laatua. Pätevän tulkin käyttäminen ja tarvittaessa pidemmät vastaanottoajat voisivat parantaa seulontakokemusta ja lisätä myönteistä suhtautumista seulontaan. Somalialaistaustaisten naisten vähäinen osallistuminen syöpäseulontoihin kaikissa Pohjoismaissa viittaa siihen, että nykyiset palvelujärjestelmät eivät riittävästi huomioi lisääntymisterveyteen liittyviä kulttuurieroja ja erityishaasteita. Terveystieteiden ammattilaisten kouluttaminen näistä kulttuurieroista ja perinteistä, kuten tyttöjen ja naisten ympärileikkauksista, on tärkeää.

Koulutuksen, ammattiryhmän tai tulojen mukaisia tietoja ei juuri ole ollut saatavilla

terveyttä koskevilla tilastoilla, eikä sosioekonomisten ryhmien välisiin suuriin terveyseroihin ole kiinnitetty tarvittavaa huomiota (2). Osallistumisen parantamisella heikoimmassa asemassa olevien keskuudessa on mahdollisuus vaikuttaa syövän ilmaantuvuuteen ja kuolleisuuteen. Terveyserojen syntymiselle on monia syitä, ja niiden kaventamisessa on pitkälti kyse yhteiskunnallisiin ja rakenteellisiin tekijöihin puuttumisesta. Tieto sosioekonomisesta asemasta pitää sisältyä terveyden- ja sosiaalihuollon rekistereihin, ja tilastoissa sekä raporteissa tulee kuvata terveysongelmat eri väestöryhmissä. Tämä on välttämätöntä, jotta ongelmat voidaan tunnistaa ja ryhtyä toimeen niiden ratkaisemiseksi. Tarvitaan tutkimusta osallistumisesteistä ja kehittämistoimia osallistumisaktiivisuuden parantamiseksi sekä sosioekonomisen että alueellisen eriarvoisuuden näkökulmasta. Syöpäseulontojen osalta tarvitaan lisää tutkimusta terveyseroista paitsi osallistumisessa myös esimerkiksi löydösmäärissä, seulontaketjun toimivuudessa ja seulonnan vaikuttavuudessa.

MAARIT K. LEINONEN, LT, projektipäällikkö
Tilastot ja rekisterit

PÄIVIKKI KOPONEN, TtT, tutkimuspäällikkö
Kansanterveyden arviointi ja ennakointi

HANNAMARIA KUUSIO, FT, erikoistutkija
Yhdenvertaisuus ja osallisuus
THL

MAARIT LAMMINMÄKI, ETM, korkeakouluharjoittelija

AHTI ANTTILA, FT, tutkimusjohtaja

Joukkotarkastusrekisteri
Suomen Syöpärekisteri

TEEMAN ERIKOISTOIMITTAJAT
Maarit Leinonen ja Tytti Sarkeala

VASTUUTOIMITTAJA
Helka Parviainen

Lopuksi

Naisten syöpäseulonnoissa esiintyy alueellista ja sosioekonomista eriarvoisuutta. Ulkomaalais- taustaiset osallistuvat syöpäseulontoihin muuta väestöä harvemmin, mutta he eivät ole yhtenäisen ryhmä. Syöpäseulontaohjelmia tulee uudistaa, jotta ne kykenevät paremmin vastaamaan heikoimmassa asemassa olevien palvelutarpeeseen alati monikulttuurisemmassa toimintaympäristössä. Tämä edellyttää yksilö- ja yhteisötekijöiden sekä rakenteiden huomioimista ja useita rinnakkaisia osallistuvuuden parantamiseen tähtäviä toimia, joiden suunnittelussa ja toteuttamisessa huomioidaan myös eri väestöryhmi- en osallisuus. Kohdennetut kehittämistoimet ja eriarvoisuuden kaventaminen edellyttävät, että terveyden- ja sosiaalihuollon tilastoja laativil- la pitää olla käytettävissään ajantasaiset tiedot kohdeväestön sosioekonomisesta asemasta, syntyperästä ja äidinkielestä. Myös terveysero- jen kaventamisen kokonaistavoitteet tulee määritellä ja ottaa huomioon eriarvoisuutta vähentäviä toimintaohjelmia suunniteltaessa. ■

SIDONNAISUUDET

Maarit K. Leinonen: Hankkeet (Lääkehoito ja raskaus -hanke, Sosi- aali- ja terveysministeriön lääkehoidon tiedonhallinnan kokonaisark- kitehtuuri -työryhmä, Building an ecosystem for better monitoring and communicating safety of medicines use in pregnancy and breastfeeding: validated and regulatory endorsed workflows for fast, optimised evidence generation (ConcePTION) Korvauskriteerit ja maakuntien arviointi, sairausluokitus)

Päivikki Koponen: Ei sidonnaisuuksia

Hannamaria Kuusio: Ei sidonnaisuuksia

Maarit Lamminmäki: Ei sidonnaisuuksia

Ahti Anttila: Hankkeet (Syöpäseulontoja koskeva ohjeistus)

SUMMARY

Social inequalities and female cancer screening

Reducing health inequalities has been the goal for Finnish health policy for decades. Major socioeconomic disparities still exist and cancer mortality is an important underlying cause. Organised cancer screening programme can effectively reduce cancer mortality and incidence. We observe substantial disparities in uptake of female cancer screening in Finland. Immigrants are less likely to uptake cancer screening than natives but participation varies across different immigrant groups. Socioeconomic and regional differences in participation can be attributed to population characteristics, lifestyle, knowledge, attitudes and differences in an invitation system. Tailored approaches are necessary to promote cancer screening uptake among the most vulnerable groups.

KIRJALLISUUTTA

1. Lahelma E. Sosioekonomiset terveyserot 100-vuotiaassa Suomessa. Sosiaalilääketiet aikakausl 2017;54:3–5.
2. Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, ym, toim. Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1985–2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2007:23.
3. Martikainen P, Mäkelä P, Peltonen R, Myrskylä M. Income differences in life expectancy: the changing contribution of harmful consumption of alcohol and smoking. *Epidemiology* 2014;25:182–90.
4. Ruokolainen O, Heloma A, Jousilahti P, ym. Thirty-eight-year trends of educational differences in smoking in Finland. *Int J Public Health* 2019;64:853–60.
5. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization 2008. https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/.
6. Rotko T, Kauppinen T, Mustonen N, ym. Koulun kaventajat. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011 –loppuraportti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 4/2012.
7. Tarkkainen L, Martikainen P, Peltonen R, ym. Sosiaaliryhmien elinajanodote-erojen kasvu on pääosin pysähtynyt. *Suom Lääkäril* 2017;72:588–93.
8. Lumme S, Manderbacka K, Karvonen S, ym. Trends of socioeconomic equality in mortality amenable to health care and health policy in 1992–2013 in Finland: a population-based register study. *BMJ Open* 2018;8:e023680.
9. Castaneda AE, Kuusio H, Skogberg N, ym. Suomen ulkomaalaistaustaisen väestön terveyden edistämiseen liittyvät erityiskysymyksiä. *Duodecim* 2017;133:993–1001.
10. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, ym. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet* 2013;381:1235–45.
11. Maahanmuuttajataustaisten määrät ja osuudet alueittain 1990–2017. Tilastokeskuksen PxWeb-tietokannat. [http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/Maahanmuuttajat_ja_kotoutuminen/Maahanmuuttajat_ja_kotoutuminen/007_ulkom_osuudet.px?rxid=dc815f51-a7d0-4aec-a81a-49b8ce399d18](http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/Maahanmuuttajat_ja_kotoutuminen/Maahanmuuttajat_ja_kotoutuminen_Maahanmuuttajat_ja_kotoutuminen/007_ulkom_osuudet.px?rxid=dc815f51-a7d0-4aec-a81a-49b8ce399d18).
12. Arnold M, Razum O, Coebergh JW. Cancer risk diversity in non-western migrants to Europe: an overview of the literature. *Eur J Cancer* 2010;46:2647–59.
13. Kohdunkaulan seulontaohjelman vuosikatsaus 2018. Suomen Syöpärekisteri 2018. <https://syoparekisteri.fi/seulonta/kohdunkaulansyovanseulonta/>.
14. Rintasyövän seulontaohjelman vuosikatsaus 2018. Suomen Syöpärekisteri 2018. <https://syoparekisteri.fi/seulonta/rintasyovanseulonta/>.
15. Gianino MM, Lenzi J, Bonaudo M, ym. Organized screening programmes for breast and cervical cancer in 17 EU countries: trajectories of attendance rates. *BMC Public Health* 2018;18:1236.
16. Palència L, Espelt A, Rodríguez-Sanz M, ym. Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program. *Int J Epidemiol* 2010;39:757–65.
17. Walsh B, Silles M, O'Neill C. The importance of socio-economic variables in cancer screening participation: a comparison between population-based and opportunistic screening in the EU-15. *Health Policy* 2011;101:269–76.
18. Koponen P, Aalto A. Terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset hoidosta. Julkaisussa: Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, ym, toim. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 -tutkimus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 4/2018, s. 137–58.
19. Salo H, Nieminen P, Kilpi T, ym. Divergent coverage, frequency and costs of organised and opportunistic Pap testing in Finland. *Int J Cancer* 2014;135:204–13.
20. Olesen SC, Butterworth P, Jacob P, ym. Personal factors influence use of cervical cancer screening services: epidemiological survey and linked administrative data address the limitations of previous research. *BMC Health Serv Res* 2012;12:34.
21. Leinonen MK, Campbell S, Klungsoyr O, ym. Personal and provider level factors influence participation to cervical cancer screening: a retrospective register-based study of 1.3 million women in Norway. *Prev Med* 2017;94:31–9.
22. Bhargava S, Tsuruda K, Moen K, ym. Lower attendance rates in immigrant versus non-immigrant women in the Norwegian Breast Cancer Screening Programme. *J Med Screen* 2018;25:155–61.
23. Broberg G, Wang J, Östberg AL, ym. Socio-economic and demographic determinants affecting participation in the Swedish cervical screening program: a population-based case control-study. *Plos One* 2018;13:e0190171.
24. Koponen P, Rask S, Skogberg N, ym. Suomessa vakituisesti asuvat maahanmuuttajat käyttävät vaihtelevasti terveyspalveluja. *Suom Lääkäril* 2016;71:907–14.
25. Idehen EE, Koponen P, Härkänen T, ym. Disparities in cervical screening participation: a comparison of Russian, Somali and Kurdish immigrants with the general Finnish population. *Int J Equity Health* 2018;17:56.
26. Leinonen MK, Campbell S, Ursin G, ym. Barriers to cervical cancer screening faced by immigrants: a registry-based study of 1.4 million women in Norway. *Eur J Public Health* 2017;27:873–9.
27. Hertzum-Larsen R, Kjær SK, Frederiksen K, ym. Participation in cervical cancer screening among immigrants and Danish-born women in Denmark. *Prev Med* 2019;123:55–64.
28. Bhargava S, Moen K, Qureshi SA, ym. Mammographic screening attendance among immigrant and minority women: a systematic review and meta-analysis. *Acta Radiol* 2018;59:1285–91.
29. Kuusio H, Lämsä R, Weiste-Paakkanen A, ym. Palvelujen käyttö ja koettu tarve, terveyspalvelut. Julkaisussa: Weiste-Paakkanen A, Lämsä R, Kuusio H, toim. Suomen romaniväestön osallisuus ja hyvinvointi: Romanian hyvinvointitutkimus Roosan perustulokset 2017–2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 15/2018, s. 131–6.
30. Niironen M, Sarkeala T, Anttila A, ym. Miksi nainen ei osallistu kohdunkaulan syövän seulontaan? *Suom Lääkäril* 2014;69:3249–56.
31. Virtanen A, Nieminen P, Niironen M, ym. Self-sampling experiences among nonattending to cervical screening. *Gynecol Oncol* 2014;135:487–94.
32. Scheppers E, van Dongen E, Dekker J, ym. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Fam Pract* 2006;23:325–48.
33. Simon J, Kiss N, Laszewska A, ym. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for labour migrants in the European Region. Health Evidence Synthesis Network report 43. Kööpenhamina: WHO Regional Office for Europe 2015.
34. Abdullahi A, Copping J, Kessel A, ym. Cervical screening: perceptions and barriers to uptake among Somali women in Camden. *Public Health* 2009;123:680–5.
35. Salad J, Verdonk P, de Boer F, ym. “A Somali girl is Muslim and does not have premarital sex. Is vaccination really necessary?” A qualitative study into the perceptions of Somali women in the Netherlands about the prevention of cervical cancer. *Int J Equity Health* 2015;14:68.
36. Khan-Gates JA, Ersek JL, Eberth JM, ym. Geographic access to mammography and its relationship to breast cancer screening and stage at diagnosis: a systematic review. *Womens Health Issues* 2015;25:482–93.
37. Rissanen P, toim. Sosiaali- ja terveyspalvelut Suomessa. Asiantuntija-arvio, syyskuu 2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos –Päätösten tueksi 2/2019.
38. Spadea T, Bellini S, Kunst A, ym. The impact of interventions to improve attendance in female cancer screening among lower socioeconomic groups: a review. *Prev Med* 2010;50:159–64.