KOHDUNKAULASYÖVÄN SEULONTAOHJELMA

KOHDUNKAULAN SYÖVÄN SEULONTA

# VUOSIKATSAUS 2017



Kohdunkaulasyövän seulontaohjelmassa on merkittäviä alueellisia eroja. Ohjelman yhtenäistäminen edellyttää valtakunnallisen ja alueellisen ohjausrakenteen uudistamista. Samalla tulee kehittää ohjelman ulkopuolisen testauksen laadunvarmistusta. Osallistumisaktiivisuutta on mahdollista parantaa hyvien kutsukäytäntöjen avulla. Jatkossa tarvitaan tietoja mm. eriarvoisuutta mittaavista muuttujista.

## YHTEENVETO

**Vuonna 2015 kohdunkaulasyövän seulontaohjelmaan kutsuttiin 272 000 naista ja heistä osallistui 188 000, eli 69% kutsutuista. Noin 94% seulottavista sai normaalin testituloksen, 4% suosituksen riskiseulontaan ja 1,3% lähetteen kolposkopiaan ja muihin jatkotutkimuksiin. Jatkotutkimuksia ohjelmassa tehdään vuodessa noin 2400 naiselle. Seulonnan, muusta syystä otettujen Papa-kokeiden, sekä syöpähoitojen kehityksen myötä kohdunkaulasyövän taakka on vähentynyt meillä noin 80% verrattuna seulontaa edeltäneeseen aikaan.**

## 1. JOHDANTO

Kohdunkaulasyövän seulonta käynnistyi Suomessa vuonna 1963 ja laajeni kymmenessä vuodessa maanlaajuiseksi ohjelmaksi. Seulonnassa pyritään toteamaan kohdunkaulasyövän esiasteita, jotka hoitamalla syövän kehittyminen voidaan kokonaan välttää. Ohjelman tavoitteena on vähentää kohdunkaulasyövän ilmaantuvuutta ja kuolleisuutta.

Kunnat ovat vastuussa seulontaohjelman järjestämisestä. Ohjelmaan sisältyy henkilökohtainen kutsu, ensisijainen seulontatesti (useimmiten Papa, joissakin kunnissa HPV) sekä tarvittaessa kolposkopia ja kirurgia. Seulontatesti on kutsutuille ilmainen, jatkotutkimuksista peritään poliklinikkamaksu. Erikoissairaanhoidossa tehtävistä hoidoista



Suomen Syöpärekisteri

ja tutkimuksista peritään erityisvastuualueen hinnaston mukaiset potilasmaksut.

Yksilökohtaiset tiedot kaikista seulonnan vaiheista toimitetaan sähköisessä muodossa Suomen Syöpärekisterin joukkotarkastusrekisteriin laadun ja vaikuttavuuden arviointia varten. Tämä mahdollistaa myös puutteiden ja ongelmien havainnoinnin ja korjaamisen.

### SEULONNAN KULKU

Kohdunkaulan syövän seulontaohjelmaan kutsutaan Valtioneuvoston seulonta-asetuksen mukaisesti 30–60-vuotiaat naiset viiden vuoden välein, joissain kunnissa kutsutaan lisäksi 25- ja/tai 65-vuotiaat.

Kunnat valitsevat seulonnan toteuttajan, joka voi olla kunta itse tai muu toimija. Seulontatesti otetaan kutsun perusteella terveyskeskuksessa tai seulontalaboratoriossa ja analysoidaan patologian laboratoriossa. Patologian laboratorio myös lähettää naisille vastauksen testituloksesta ja tekee tarvittaessa lähetteen jatkotutkimuksiin.

Naiset, joilla havaitaan lieviä solumuutoksia (ASC-US, AGC-NOS, LSIL tai HPV+ ilman jatkotutkimuslähetettä), suositellaan kutsuttavaksi nk. riskiseulontaan 12–24 kuukauden kuluttua edellisestä seulontakutsusta. Vakavamman tuloksen saaneet lähetetään kohdunkaulan tähystykseen eli kolposkopiaan. Jatkotutkimukset, tarvittavat kirurgiset toimenpiteet ja kohdunkaulasyövän esiasteiden ja syöpien hoidot tehdään erikoissairaanhoidossa.

### VUOSIKATSAUS

Tämä vuonna 2017 laadittu vuosikatsaus sisältää tietoja seulonnan peittävyydestä, osallistumisaktiivisuudesta ja tuloksista maanlaajuisesti ja 21 sairaanhoitopiirissä vuonna 2015 ja aikasarjana vuodesta 1991 eteenpäin. Tiedot perustuvat yksilökohtaiseen, Suomen Syöpärekisterin tietokannoista saatuun informaatioon seulontaan kutsutuista ja osallistuneista. Väestötiedot on saatu Väestörekisterikeskuksesta.

## 2. KOHDUNKAULASYÖVÄN SEULONTA SUOMESSA

### PÄÄASIALLISET LÖYDÖKSET 2015

Ohjelmassa lähetettiin vuonna 2015 kaikkiaan 272 000 kutsua ja siihen osallistui 188 000 naista (69 %, Taulukko 1). Viiden vuoden välein tehtyjen seulontakutsujen peittävyys valtakunnallisessa kohdeikäryhmässä, 30–64-vuotiailla, oli hyvin lähellä sataa prosenttia. Noin 94 % seulottavista sai normaalin testituloksen. Noin 4 % sai suosituksen riskiseulonnasta, ja lähetteitä kolposkopiaan ja muihin jatkotutkimuksiin tehtiin yhteensä 2 400 – noin 1,3 %:lle seulottavista (Taulukko 2, Kuva 1). Riskiseulontoja tehtiin lisäksi oireiden perusteella (kuten verinen vuoto yhdynnän yhteydessä). Ohjelmassa todettiin ja hoidettiin yhteensä 660 histologisesti varmennettua esiastetta, 3,5 esiastetta tuhatta seulottua naista kohti. Seulontaohjelmassa todettiin 27 kohdunkaulasyöpää, hieman enemmän kuin yksi syöpätapaus kymmentä tuhatta seulottua kohti.

### VERTAILU AIEMPIIN VUOSIIN

Seulontakutsujen peittävyys on nykyisin varsin korkealla tasolla (Kuva 2). Käytännössä kaikki kunnat kutsuvat valtakunnallisen kohdeväestön, 30–64-vuotiaat, viiden vuoden välein. Samaan aikaan seulontaan osallistuminen on edelleen heikentynyt. Seulontaohjelmaan osallistuminen on ollut heikkoa etenkin nuoremmassa kohdeikäryhmässä, 25–35-vuotiailla (Kuva 3). Nuoremman kohdeväestön vanhempia heikompi osallistuminen johtuu ilmeisesti pitkälti siitä, että heillä Papa-kokeita tehdään paljon myös seulontaohjelman ulkopuolella.

Riskiseulontasuositukseen johtavien nk. 'borderline'-seulontatestitulosten määrä on viime vuosina hieman vähentynyt (Kuva 4). Kehitystä voidaan pitää suotuisana, sillä tällaisten löydösten yleisyys syöpä- tai esiasteriskeihin verrattuna on varsin suuri (ks. jäljempänä Seulonnan hyödyt ja haitat -luku). Lähetteen saaneiden osuus, samoin puuttuvien tietojen osuus, ovat säilyneet ennallaan. Sekä riskiryhmäseulontasuosituksen että kolposkopialähetteen todennäköisyys on suurinta nuorissa ja keski-ikäisissä kohderyhmissä (Kuva 5, Kuva 6).

## 3. KOHDUNKAULASYÖVÄN SEULONTA SAIRAANHOITOPIIREITTÄIN

Kaikissa sairaanhoitopiireissä 30–64-vuotiaat naiset kutsutaan seulontaan viiden vuoden välein. Kutsuttujen keskuudessa osallistumisaktiivisuus on kuitenkin vaihdellut melko paljon, vuosina 2011–2015 ikäryhmäseulonnoissa välillä 61–79 % (Kuva 7). Syitä alueellisiin eroihin osallistumisaktiivisuudessa ei täysin tunneta.

Myös seulontatuloksissa on ollut runsaasti vaihtelua, johtuen etupäässä eroista seulontalaboratorioiden diagnostiikkakriteereissä. Riskiseulontasuosituksen saaneiden osuus seulotuista vaihteli välillä 1,4–9,6 % (Kuva 8) ja kolposkopialähetteiden saaneiden osuus välillä 0,4–1,9 % (Kuva 9). Histologinen HSIL tai sitä vakavampien tulosten osuus vaihteli vastaavasti välillä 0,1 %–0,4 % (Kuva 10). Luvuissa ovat mukana sekä ikä- että riskiryhmäseulonnat.

## 4.SEULONTAOHJELMAN KUSTANNUKSET

Ohjelman keskimääräiset kustannukset seulottavaa kohti olivat noin 30 euroa sisältäen mm. kutsut, näytteenoton, seulontatestien analysoinnin, vastaukset ja lähetteet sekä seulonnan rekisteröinnin kulut seulontatoimijoille (Salo ym. 2014). Hinnoissa on kuitenkin voinut olla alueellista vaihtelua. Esiastediagnostiikan, hoitojen ja potilaiden seurannan kustannukset vaihtelivat noin 1 000 eurosta (kolposkopia ja biopsia negatiiviset) 3 000 euroon (vahva esiaste) ja yhden kohdunkaulasyövän hoidon on arvioitu maksavan keskimäärin noin 17 000 euroa (Salo ym. 2013, Nieminen ym. 2011). Seulontaohjelman ja siihen liitettyjen hoitojen kokonaiskustannusten voidaan siten arvioida olleen noin kymmenen miljoonaa euroa vuonna 2015.

Seulontaohjelman ulkopuolisten testausten ja esiastehoitojen kustannusten arvioidaan olevan tätä huomattavasti suuremmat, koska suurin osa testeistä otetaan nuorilta, seulontaikää nuoremmilta naisilta. Nuorilla naisilla on paljon esiasteita, mutta niiden taipumus edetä syöväksi sakkaa on hyvin pieni. Myös näytteenottoa ja näytteiden analyysejä koskevat yksikkökustannukset ovat suuremmat seulontaohjelman ulkopuolella (Salo ym. 2014).

## 5. SEULONTA JA KOHDUNKAULASYÖPÄTAAKKA

Ennen seulonnan alkamista 1960-luvulla kohdunkaulasyövän ikävakioitu ilmaantuvuus oli noin viisitoista tapausta ja taudin aiheuttama kuolleisuus noin seitsemän kuolemaa sataatuhatta naisvuotta kohti. Seulonnan ja mahdollisesti myös muusta syystä otettujen Papa-kokeiden sekä syöpähoitojen kehityksen myötä syöpätaakka on vähentynyt noin 80 %. Nykyisin kohdunkaulasyöpätaakka on siis vain noin viidesosa aiemmasta. Vuosittain kohdunkaulasyöpiä todetaan noin 170 ja taudin aiheuttamia kuolemia on hieman alle 60. Kohdunkaulasyövän ilmaantuvuus ja kuolleisuus on vähentynyt eniten 45-vuotiailla ja tätä vanhemmilla naisilla (Kuva 11) ja kehitys on ollut erittäin suotuisaa myös 35–44-vuotiailla. Vastaavasti

kohdunkaulasyöpien ilmaantuvuus ei ole vähentynyt juuri ollenkaan alle 35-vuotiailla. Tämän ikäisillä syöpien levinneisyysaste lienee kuitenkin merkittävästi lieventynyt, mahdollistaen säästävämmät hoidot ja paremman hoitotuloksen.

## 6.POIKKEAVIEN SEULONTA-TULOSTEN ELÄMÄNAIKAINEN TODENNÄKÖISYYS 30–64 -VUOTIAIDEN SEULONTA-OHJELMASSA

Suomessa nainen saa kutsun kohdunkaulasyövän seulontaan vähintään seitsemän kertaa elämänsä aikana. Jos lieviä solumuutoksia havaitaan, seulontaväli on lyhyempi ja elämänaikainen testien määrä kasvaa edelleen. Vastikään on arvioitu, että naisen todennäköisyys saada vähintään kerran lievä solumuutos tai tätä vakavampi seulontalöydös seulontaohjelmassa ikävuosina 30–64 on noin 34 % (Pankakoski ym. 2017). Vastaava kumulatiivinen todennäköisyys vähintään lieville histologisesti todetuille esiasteille (LSIL+) on vain noin 2 %. Etenkin vanhemmissa ikäryhmissä lievät solumuutokset toistuivat todennäköisemmin eri seulontakierrosten yli.

## 7. SEULONTAOHJELMAN HYÖDYT JA HAITAT

Suomalainen kohdunkaulan syövän seulontaohjelma sekä muu diagnostiikka ja esiastehoidot ovat vähentäneet kohdunkaulan syövän ilmaantuvuutta ja kuolleisuutta seulontaan kutsutuilla merkittävästi, noin 80 %, 1960-luvun tilanteeseen verrattuna. Vastaavasti elämänaikainen kumulatiivinen todennäköisyys sairastua kohdunkaulasyöpään ennen 85. ikävuotta oli noin 2 % aikana ennen seulontaa ja nykyään vastaava todennäköisyys on alle 0,5 % (NordCan). Hyötyjen ohella seulonnasta voi olla myös haittaa. Seulonnassa voidaan löytää ja hoitaa solumuutoksia ja esiasteita, jotka eivät koskaan olisi kehittyneet syöväksi saakka. Naisen todennäköisyys saada vähintään kerran riskiseulontasuositukseen johtava lievä solumuutos ikävuosina 30–64 on seulontaohjelmassa noin 34 %, eli monta kertaluokkaa suurempi kuin riski sairastua kohdunkaulasyöpään tai sen esiasteeseen. Seulontaan liittyy aina myös esiasteiden ylidiagnostiikkaa. Kirjallisuuden perusteella voidaan arvioida, että noin 30–60 % merkittävistä kohdunkaulasyövän esiasteita johtaisi elämän mittaan syöväksi saakka, mikäli niitä ei olisi todettu jo esiastevaiheessa. Etenemistodennäköisyydessä on kuitenkin merkittävää vaihtelua mm. potilaan iän suhteen: nuorilla, alle 35-vuotiailla etenemistaipumus on hyvin pieni (Käypä Hoito, 2016).

Kohdunkaulan esiastehoidot tehdään yleensä polikliinisesti ja ne ovat suhteellisen ei-invasiivisia toimenpiteitä syöpähoitoihin verrattuna. Seulontaohjelman parantaa siksi naisväestön elämänlaatua. Esiastelöydösten toteaminen ja hoitaminen voi silti aiheuttaa myös haittaa, kuten psykososiaalista kuormitusta sekä haittoja lisääntymisterveydelle lisäämällä ennenaikaisen synnytyksen riskiä (Kyrgiou ym. 2014).

## 8. SUOSITUKSET JA PÄÄTELMÄT

Kohdunkaulasyöpiä ehkäisevä seulonta on ollut Suomessa paitsi vaikuttavaa myös kustannus-vaikuttavaa. Valtakunnallisen ohjelman toimijoiden välillä on kuitenkin ollut merkittäviä eroja diagnostiikan laadussa ja mahdollisesti myös toimintakäytännöissä. Ohjelman yhtenäistäminen edellyttää valtakunnallisen ja alueellisen ohjausrakenteen luomista. Ohjausrakenteen tavoitteena olisi seulontaohjelman kehittämisen ohella myös ohjelman ulkopuolella tapahtuvan toiminnan laadunvarmistuksen kehittäminen. Palveluiden käytön, diagnostiikan sekä löydöstietojen laatuindikaattoreita tulee kehittää ja niiden seurantaan tulee panostaa,

huomioiden myös ohjelman ulkopuolisten palveluiden käyttö ja hoitoketjut. Myös toiminnan vaikuttavuuden ja kustannus-vaikuttavuuden arviointia tulee tehostaa. Kaikkien seulontatyyppisten testien ja niihin liittyvien hoitojen laadunvarmistuksella on mahdollista parantaa toiminnan kustannus-vaikuttavuutta oleellisesti (Nieminen ym. 2011). Kaikkien testien ja niihin liittyvien diagnostisten tutkimusten ja hoitojen tiedot tulisi saattaa joukkotarkastusrekisteriin yhteneväisellä tavalla seulontaohjelman kanssa.

Seulontaohjelman osallistumisaktiivisuutta tulee parantaa. Hyvään osallistumistasoon vaikuttavat oleellisesti kutsukäytännöt. Näytteenottoaika ja -paikka tulisi antaa kutsukirjeessä valmiina, ja seulontaan osallistumattomille tulisi lähettää uusintakutsu (Virtanen ym. 2015). Iso osa kunnista ja muista toimijoista ei vielä noudata tällaisia ohjeita. Tutkimusten mukaan valtakunnallisen osallistumisaktiivisuuden vuotuinen tavoite voisi olla vähintään 80 %, mieluiten 85 % tai suurempi (Anttila ym. 2015). Seulontaan ja muuhun testaukseen osallistumisesta tarvitaan tilasto- ja vaikuttavuustietoja myös sosioekonomisen aseman ja muiden vastaavien eriarvoisuutta mittaavien muuttujien suhteen. Myös alueellisen eriarvoisuuden mittareita, esimerkiksi asuinaluetta, kuntatyyppiä tai etäisyyksiä terveydenhuollon palveluihin tulisi jatkossa hyödyntää tilastoinnissa.

Lievimpien solumuutosten diagnostiikkakriteereitä olisi hyvä kehittää, jotta vältyttäisiin liialliselta seurantatestaukselta. Toisaalta kohdunkaulan esiasteita hoidetaan erittäin runsaasti seulontaohjelman ulkopuolisen, nk. opportunistisen testauksen johdosta – myös seulontaikäisillä. Tämä toiminta tulee saattaa yhtenäisen laadun ja vaikuttavuuden arvioinnin piiriin seulontaohjelman kanssa. Seulontatestituloksen puuttuminen kokonaan kertoo siitä, että seulontaketju on katkennut. Puuttuvien tietojen osuuden tuleekin olla mahdollisimman matala. Toisaalta kolposkopialähetteiden osuutta olisi varaa kasvattaa ohjelmassa. Tulevaisuudessa seulontaohjelmassa tehtävien lähetteiden määrä todennäköisesti lisääntyykin, mikäli ohjelman ulkopuolella tehtyjen Papa-kokeiden määrä saadaan vähentymään.

Seulonnan haittojen minimointi on tärkeää. Seulonnan hyötyjen ja haittojen optimaaliseen tasapainoon voidaan päästä parhaiten huolehtimalla seulonnan ja muun diagnostiikan sekä hoitojen laadunvarmistuksesta. Tarpeetonta Papa-testausta pitäisi myös välttää seulontaohjelman kohdeikää nuoremmilla naisilla (Käypä Hoito, 2016).

Tulevaisuudessa olisi tärkeä kerätä tietoja esimerkiksi seulontasopimusten hinnoista kustannusten ja kustannus-vaikuttavuuden arviointia varten. Seulontaohjelman välittömien kustannusten ohella tulisi myös päivittää säännöllisesti kustannustiedot liittyen hoito- ja seurantahistoriaan sekä seulontaohjelman ulkopuolella tehtyihin testeihin ja hoitoihin. Terveydenhuollon tietojärjestelmien tulisikin pystyä rekisteröimään kokonaiset hoitohistoriat mahdollisimman aukottomasti. Tällöin seulontaketju voidaan jäljittää ja raportoida aina testaamisesta hoitoon ja sen jälkeiseen seurantaan.

## KATSAUKSEN LAATIJAT

**AHTI ANTTILA**, tutkimusjohtaja
**MAIJU PANKAKOSKI**, tutkija
**SIRPA HEINÄVAARA**, vanhempi tutkija
**MILLA LEHTINEN**, tutkija
**TYTTI SARKEALA**, seulontajohtaja
Joukkotarkastusrekisteri,
Suomen Syöpärekisteri, Helsinki

# KÄYTETYT LINKIT JA JULKAISUT

### SYÖPÄREKISTERI
www.cancer.fi/syoparekisteri

### VUOROVAIKUTTEISET SEULONTA-TILASTOT 1991–2015
http://tilastot.syoparekisteri.fi/seulonta

### VUOSITILASTOT
http://www.cancer.fi/syoparekisteri/joukkotarkastusrekisteri/tilastot

### KÄYPÄ HOITO 2016
Kohdunkaulan, emättimen ja ulkosynnytinten solumuutokset (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kolposkopiayhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016 (viitattu 21.09.2017). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

### NORDCAN

Engholm G., Ferlay J., Christensen N., Kejs A.M.T., Hertzum-Larsen R., Johannesen T.B., Khan S., Leinonen M.K., Ólafsdóttir E., Petersen T., Schmidt L.K.H., Trykker H., Storm H.H. NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries, Version 7.3 (08.07.2016). Association of the Nordic Cancer Registries. Danish Cancer Society. Available from http://www.ancr.nu , accessed on 21/09/2017.

Anttila A., Arbyn A., De Vuyst H., Dillner J., Dillner L., Franceschi S., Patnick J., Ronco G., Segnan N., Suonio E., Törnberg, S. & von Karsa, L. (eds.) (2015), European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Second edition, Supplements. Office for Official Publications of the European Union, Luxembourg.

Kyrgiou M., Mitra A., Arbyn M., Stasinou S.M., Martin-Hirsch P., Bennett P. et al. (2014), Fertility and early pregnancy outcomes after treatment for cervical intraepithelial neoplasia: systematic review and meta-analysis. BMJ, 349 :g6192

Nieminen P, Anttila A, Apter D ym. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asettaman 14. papilloomavirustautien torjuntatyöryhmän selvitys. THL Raportit 28, 2011.

Pankakoski, M., Heinävaara, S., Sarkeala, T., & Anttila, A. (2017), High lifetime probability of screen-detected cervical abnormalities. Journal of medical screening, 0969141316685740.

Salo, H., Leino, T., Kilpi, T., Auranen, K., Tiihonen, P., Lehtinen, M., Vänskä, S., Linna, M. and Nieminen, P. (2013), The burden and costs of prevention and management of genital disease caused by HPV in women: A population-based registry study in Finland. Int. J. Cancer, 133: 1459–1469. doi:10.1002/ijc.28145

Salo, H., Nieminen, P., Kilpi, T., Auranen, K., Leino, T., Vänskä, S., Tiihonen, P., Lehtinen, M. and Anttila, A. (2014), Divergent coverage, frequency and costs of organised and opportunistic Pap testing in Finland. Int. J. Cancer, 135: 204–213. doi:10.1002/ijc.28646

Virtanen, A., Anttila, A., Luostarinen, T., Malila, N., & Nieminen, P. (2015). Improving cervical cancer screening attendance in Finland. International journal of cancer, 136(6).

# SANASTO

| | |
|---|---|
| **BIOPSIA** | Koepala |
| **HISTOLOGINEN NÄYTE** | Kudosnäyte |
| **HPV** | Ihmisen papilloomavirus (Human Papilloma Virus) |
| **HPV-TESTI** | Havaitsee korkean syöpäriskin HPV-virustyypit gynekologisesta irtosolunäytteestä. Näytteenotto tapahtuu samalla tavalla kuin Papa-kokeessa. HPV-testin ollessa positiivinen samasta näytteestä tehdään myös Papa-koe. |
| **KOLPOSKOPIA** | Kohdunkaulan tähystys |
| **KUOLLEISUUS** | Väestöön tai henkilöaikaan suhtautettu kuolemien määrä tiettynä ajanjaksona. |
| **OPPORTUNISTINEN TESTAUS** | Organisoidun seulontaohjelman ulkopuolella (yksityisessä tai julkisessa terveydenhuollossa) tapahtuva oireettomien testaus. Seulontaohjelman ulkopuolella tehdään myös oireisiin sekä potilaiden seurantaan liittyvää testausta. |
| **PAPA-KOE** | Sytologin arvio gynekologisesta irtosolunäytteestä |
| **SEULONNAN PEITTÄVYYS** | Seulontaan kutsuttujen osuus kohdeväestöstä (kutsujen peittävyys) tai seulottujen osuus kohdeväestöstä (tarkastusten peittävyys) |
| **SEULONTAKETJU** | Seulontaprosessin eteneminen aina kohdeväestön määrittämisestä ja kutsujen lähettämisestä testaamiseen ja mahdollisiin jatkotutkimuksiin, hoitoihin ja hoidon jälkeiseen seurantaan. |
| **SEULONTATULOKSET** | |
| **ASC-US** | Atyyppiset levyepiteelisolut, merkitys epäselvä (atypical squamous cells of undetermined significance) |
| **AGC-NOS** | Muutoin määrittämättömät atyyppiset rauhassolut (atypical glandular cells not otherwise specified) |
| **LSIL** | Lieväasteinen levyepiteelimuutos, sytologinen tai histologinen (low-grade squamous intraepithelial lesion). |
| **HSIL** | Vahva-asteinen levyepiteelimuutos, sytologinen tai histologinen (high-grade squamous intraepithelial lesion). |
| **AIS** | Kohdunkaulan pintasyöpä (adenocarcinoma in situ). |
| **LSIL+** | LSIL+ sisältää LSIL- ja vahvemmat muutokset (LSIL, HSIL, AIS,syöpä) |
| **HSIL+** | HSIL+ sisältää HSIL- ja vahvemmat muutokset (HSIL, AIS, syöpä) |
| **SYTOLOGINEN NÄYTE** | Solunäyte |
| **SYÖPÄILMAANTUVUUS** | Väestöön tai henkilöaikaan suhtautettu uusien syöpätapausten määrä tiettynä ajanjaksona. |
| **YLIDIAGNOSTIIKKA** | Sellaisten piilevien syöpien tai syövän esiasteiden toteamista, jotka eivät olisi hoitamattomana aiheuttaneet kuolemaa eivätkä vaikuttaneet henkilön terveyteen hänen elinaikanaan. |

# LUETTELO KUVISTA JA TAULUKOISTA


| | | |
|---|---|---|
| TAULUKKO 1 | Kohdunkaulan syövän seulonnan kohdeväestö sekä kutsutut, tarkastetut ja HPV-testatut naiset vuonna 2015. | 9 |
| TAULUKKO 2 | Seulontatulokset vuonna 2015. | 9 |
| KUVA 1 | Seulontatulokset 25–69 -vuotiailla naisilla vuonna 2015. | 9 |
| KUVA 2 | Kohdunkaulan syövän seulonnan kutsujen peittävyys (%) ja osallistuminen (%) seulontaan 30–64-vuotiailla 1991–2015, ikäryhmäkutsut. | 10 |
| KUVA 3 | Kohdunkaulasyövän seulontaan osallistuminen (%) ikäryhmittäin 1991–2015, ikäryhmäkutsut. | 10 |
| KUVA 4 | Seulontatulokset 30–64 -vuotiailla naisilla 1991–2015, ikä- ja riskiryhmäkutsut. | 11 |
| KUVA 5 | Suositus riskiryhmäseulontaan (%) ikäryhmittäin 1991–2015, ikä- ja riskiryhmäkutsut. | 11 |
| KUVA 6 | Lähete (%) ikäryhmittäin 1991–2015, ikä- ja riskiryhmäkutsut. | 12 |
| KUVA 7 | Tarkastusten peittävyys 30–60-vuotiailla naisilla 2011–2015 sairaanhoitopiireittäin, ikäryhmäkutsut. | 12 |
| KUVA 8 | Suositus riskiryhmään (%) 25–69-vuotiailla naisilla sairaanhoitopiireittäin 2011–2015. | 13 |
| KUVA 9 | Lähete (%) 25–69-vuotiailla naisilla sairaanhoitopiireittäin 2011–2015. | 13 |
| KUVA 10 | Histologinen HSIL+ (%) 25–69-vuotiailla naisilla sairaanhoitopiireittäin 2011–2015. | 14 |
| KUVA 11 | Kohdunkaulan syövän ilmaantuvuus ja kuolleisuus ikäryhmittäin kahtena ajanjaksona (1960–1964 ja 2010–2014). | 14 |

**TAULUKKO 1** Kohdunkaulan syövän seulonnan kohdeväestö sekä kutsutut, tarkastetut ja HPV-testatut naiset vuonna 2015.

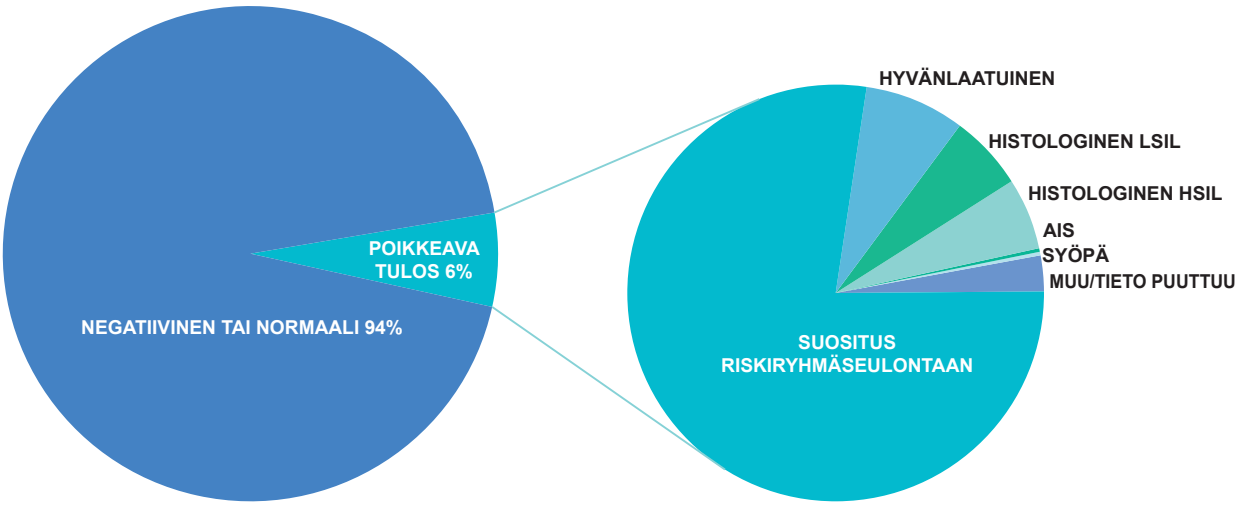
| | Kohdeväestö 31.12.2014 | Kutsuttu | Kutsuttu väestöstä (peittävyys) | Tarkastettu | Tarkastettu kutsuista | HPV-testi |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ikäryhmäseulonta: 25–65 | 315 361 | 255 075 | 81 | 175 929 | 69 | 14 668 |
| Ikäryhmäseulonta: 30–60 | 242 923 | 242 022 | 100 | 167 885 | 69 | 14 663 |
| Ikä- ja riskiryhmäseulonta: 25–69 | 315 361 | 271 750 | 86 | 187 495 | 69 | 15 228 |

**TAULUKKO 2** Seulontatulokset vuonna 2015.

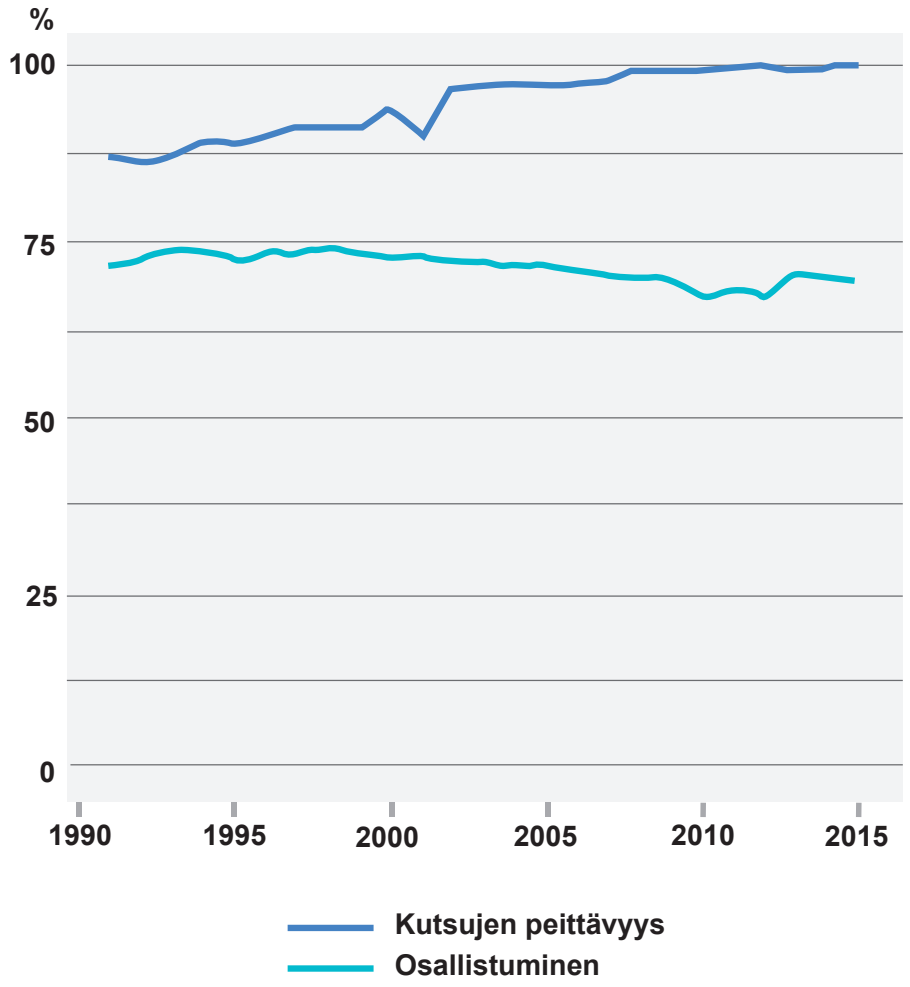
| | Tarkastukset | Negatiivinen tai normaali | Negatiivinen tai normaali (%) | Suositus riskiryhmä-seulontaan | Suositus riskiryhmä -seulontaan (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| Ikäryhmäseulonta: 25–65 | 176 240 | 167 356 | 95 | 7 206 | 4,1 |
| Ikäryhmäseulonta: 30–60 | 168 195 | 159 690 | 95 | 6 923 | 4,1 |
| Ikä- ja riskiryhmäseulonta: 25–69 | 187 807 | 177 044 | 94 | 8 335 | 4,4 |

| | Lähete jatko-tutkimuksiin | Lähete jatko-tutkimuksiin % | Histologinen HSIL+ | Histologinen HSIL+ (%) | Ei tulkittavissa tai tieto puuttuu |
|---|---|---|---|---|---|
| Ikäryhmäseulonta: 25–65 | 1 645 | 0,9 | 493 | 0,3 | 33 |
| Ikäryhmäseulonta: 30–60 | 1 549 | 0,9 | 474 | 0,3 | 33 |
| Ikä- ja riskiryhmäseulonta: 25–69 | 2 394 | 1,3 | 659 | 0,4 | 34 |

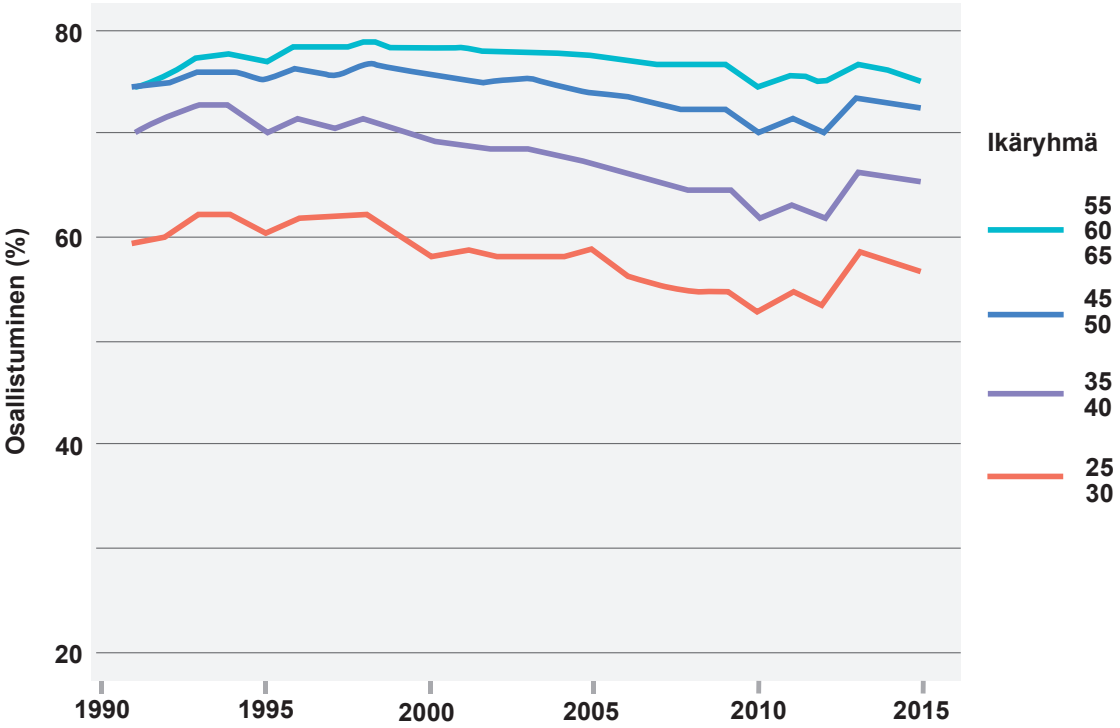
**KUVA 1** Seulontatulokset 25–69 -vuotiailla naisilla vuonna 2015.



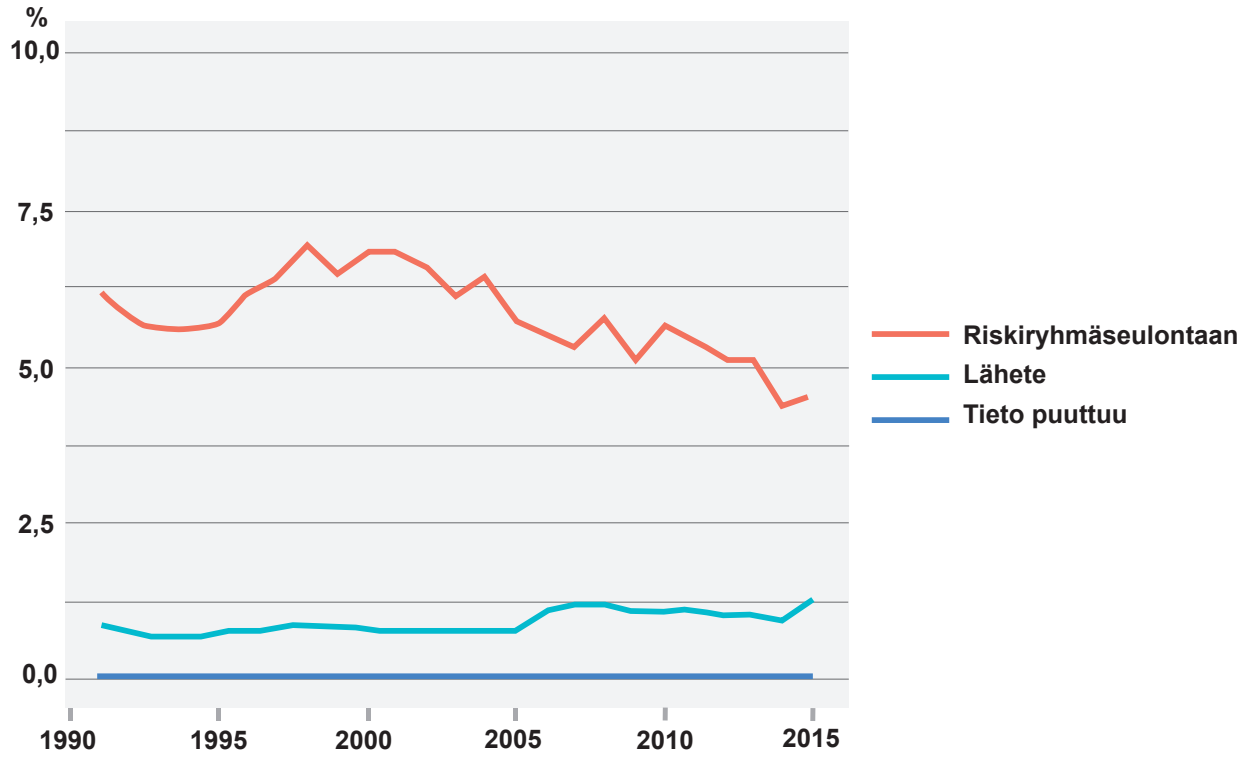
KUVA 2 Kohdunkaulan syövän seulonnan kutsujen peittävyys (%) ja osallistuminen (%) seulontaan 30–64-vuotiailla 1991–2015, ikäryhmäkutsut.



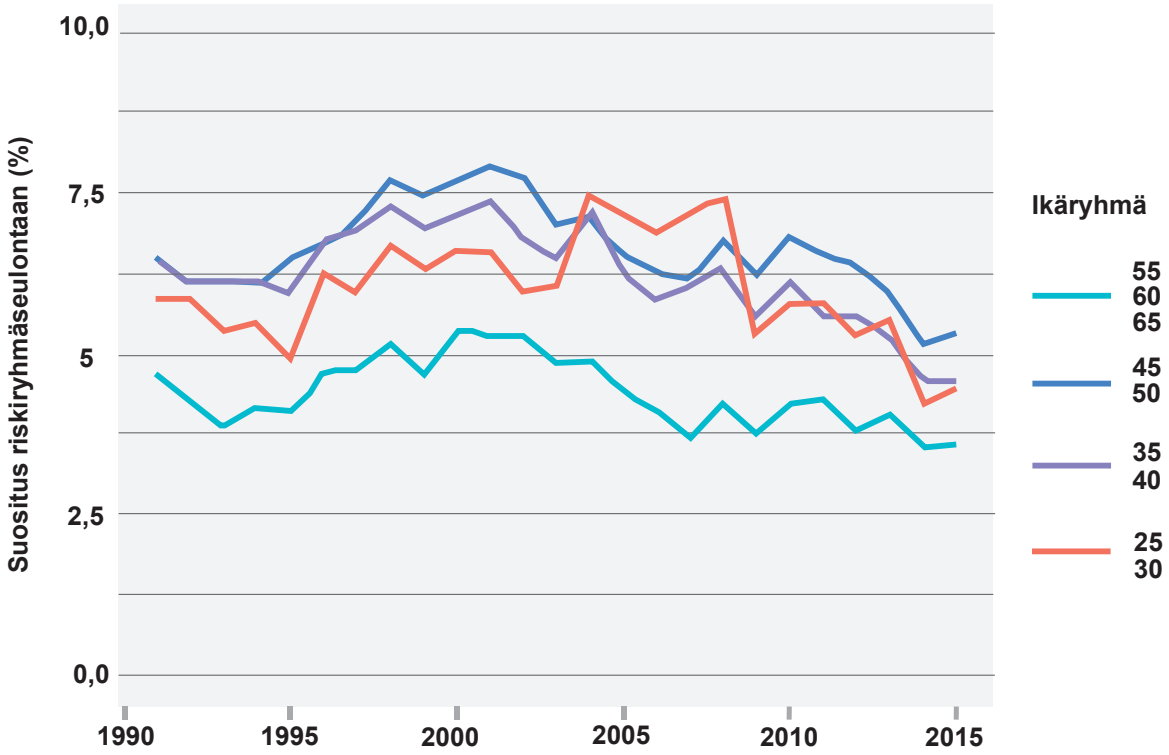

KUVA 3 Kohdunkaulasyövän seulontaan osallistuminen (%) ikäryhmittäin 1991–2015, ikäryhmäkutsut.



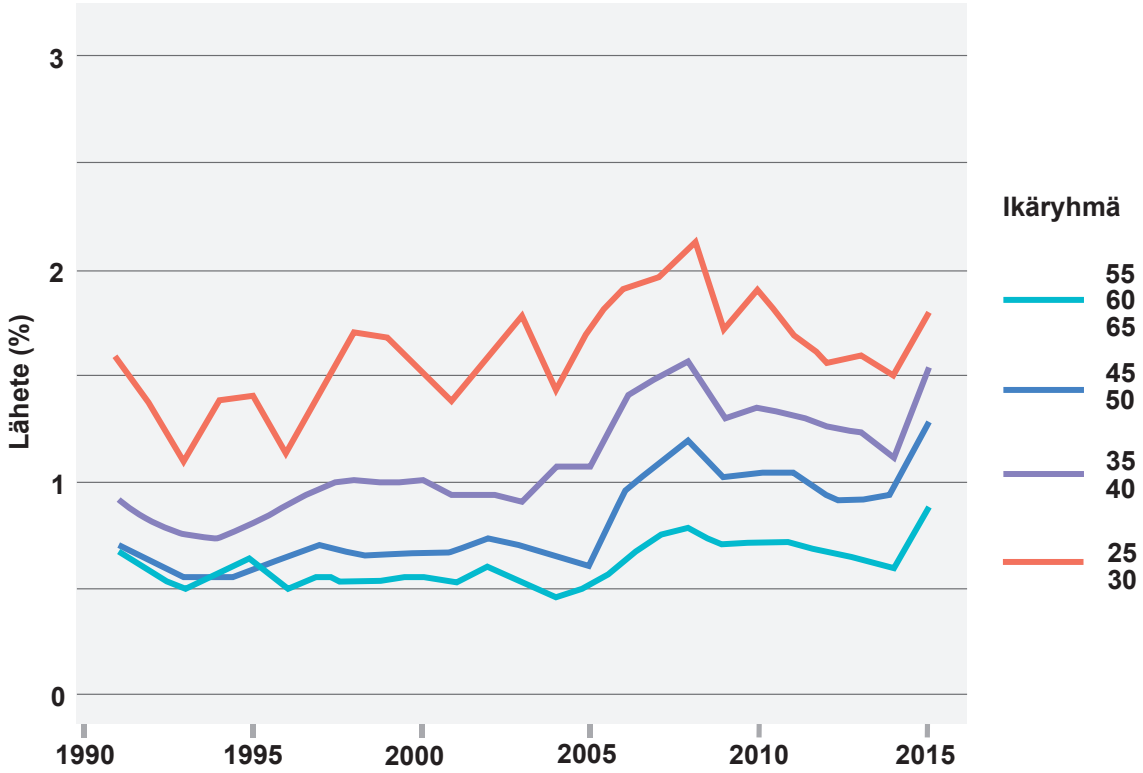
KUVA 4 Seulontatulokset 30–64 -vuotiailla naisilla 1991–2015, ikä- ja riskiryhmäkutsut.



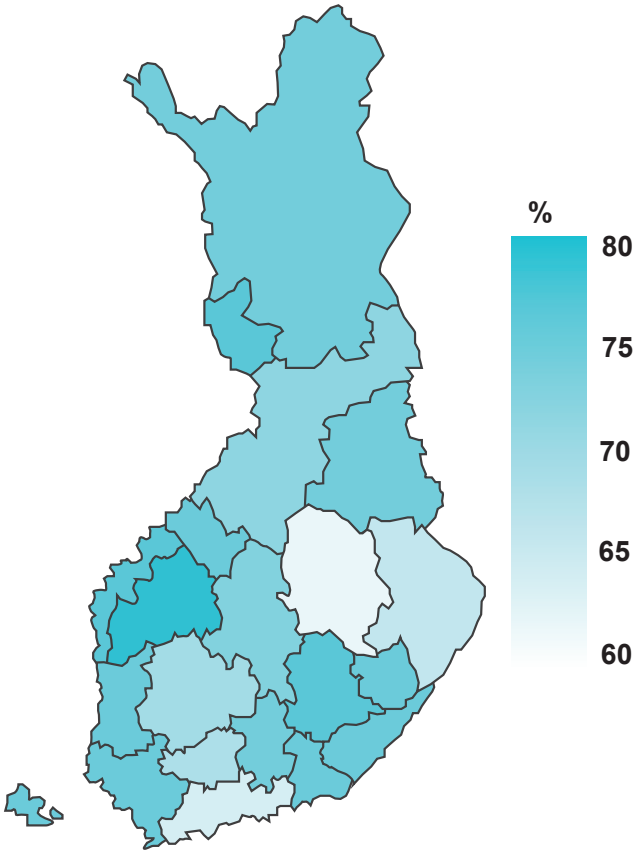

KUVA 5 Suositus riskiryhmäseulontaan (%) ikäryhmittäin 1991–2015, ikä- ja riskiryhmäkutsut.



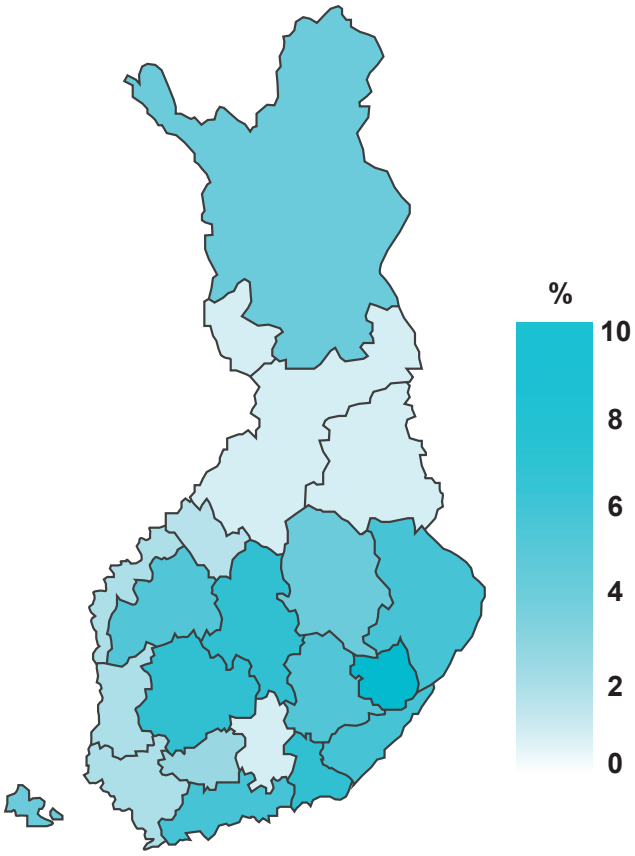
KUVA 6 Lähete (%) ikäryhmittäin 1991–2015, ikä- ja riskiryhmäkutsut.



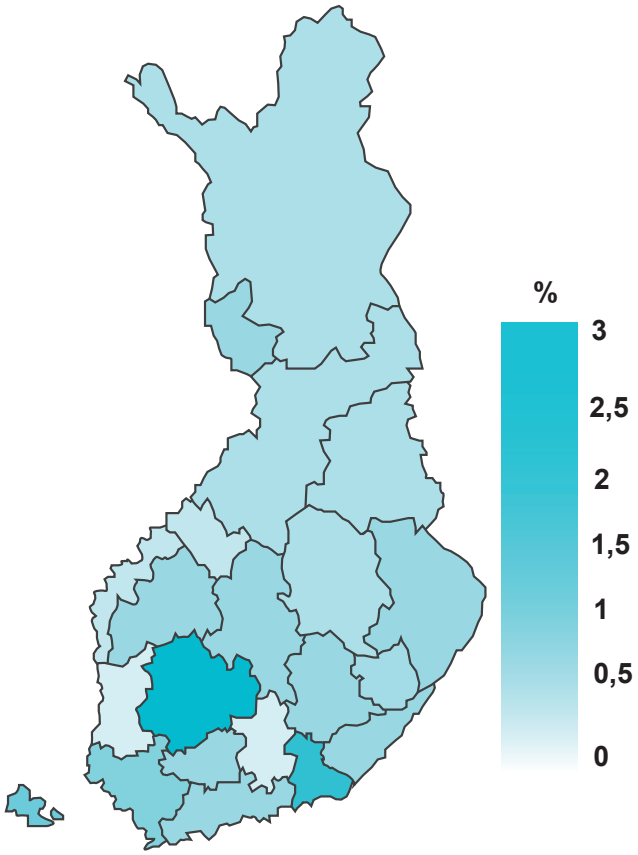

KUVA 7 Tarkastusten peittävyys 30–60-vuotiailla naisilla 2011–2015 sairaanhoitopiireittäin, ikäryhmäkutsut.



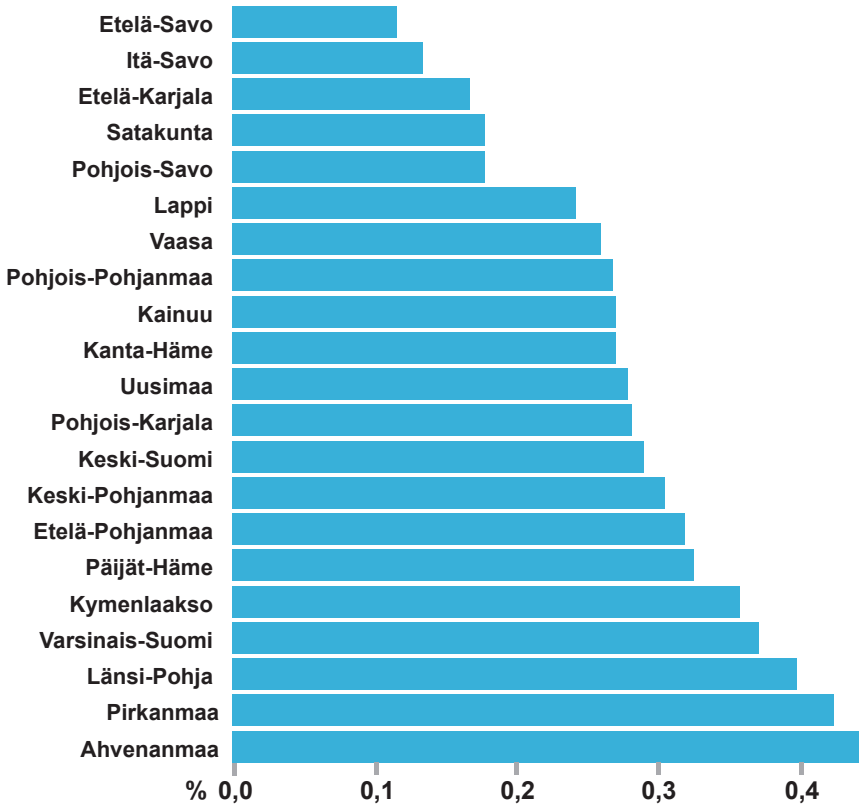
KUVA 8 **Suositus riskiryhmään (%) 25–69-vuotiailla naisilla sairaanhoitopiireittäin 2011–2015.**




KUVA 9 **Lähete (%) 25–69-vuotiailla naisilla sairaanhoitopiireittäin 2011–2015.**



KUVA 10 Histologinen HSIL+ (%) 25–69-vuotiailla naisilla sairaanhoitopiireittäin 2011–2015.




KUVA 11 Kohdunkaulan syövän ilmaantuvuus ja kuolleisuus ikäryhmittäin kahtena ajanjaksona (1960–1964 ja 2010–2014).

