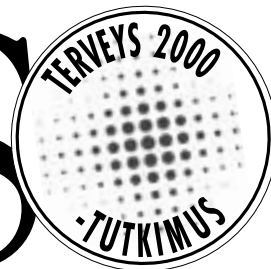


KANSAN TERVEYS



KANSANTERVEYSLAITOKSEN TIEDOTUSLEHTI • FOLKHÄLSOINSTITUTETS INFORMATIONSTIDNING
SYYSKUU 7/2000 SEPTEMBER

KTL 7/2000

TEEMA: TERVEYS 2000
-TUTKIMUS

■ **Terveys 2000 -tutkimus
- terveysseurannan
ja epidemiologian
uusin merkkipaalu**
Sivu 1

■ **Terveys 2000
Kansallinen tutkimus väestön
terveydestä ja toimintakyvystä**
Sivu 2

■ **Tiedonkeruun periaatteet**
Sivu 2

■ **Tuki- ja liikuntaelinten
terveys tarkastetaan**
Sivu 4

■ **Verenkiertoelinsairauksien
kansanterveydellinen merkitys
saattaa muuttua**
Sivu 9

■ **Mielenterveydestä
saadaan uutta tietoa**
Sivu 9

■ **Toimintakyvystä
monipuolinen kuva**
Sivu 10

■ **Vihdoinkin kunnan
tietoa väestön suun
terveydestä**
Sivu 10

■ **Nivelreuman riskitekijät
syynissä**
Sivu 11

■ **Influenssarokotusten aika
koittaa taas**
Sivu 12

TARTUNTATAUTITILANNE
SUOMESSA SS. 5-8

• **Tartuntatautitilanne
Suomessa**

• **Riskiryhmien influenssa-
rokotuskampanja
loka-marraskuussa**

• **Toimiva epidemiatiedottami-
nen voi ehkäistä tartunnat**

TERVEYS 2000 -TUTKIMUS - TERVEYSSEURANNAN JA EPIDEMIOLOGIAN UUSIN MERKKIPAALU

Puolentoista vuoden valmistelun jälkeen valtakunnallinen Terveys 2000 -tutkimus käynnistyy elokuun lopussa Helsingissä, Kuopiossa, Tampereella, Turussa ja Oulussa. Syksystä 2000 kevääseen 2001 tutkitaan 80 alueella (160 kunnassa) 8 000 aikuista kiireestä kantapäähän. Lisäksi haastatellaan 2 000 iältään 18-29-vuotiasta.

Riittävät tiedot väestön terveydestä ovat terveyden edistämisen, sairauksien ehkäisyyn, hoidon, kuntoutuksen ja koko terveys- ja sosiaaliturvan suunnittelun perusta. Maailman terveysjärjestön WHO:n toiminnassa tietojärjestelmillä ja terveysosoittimilla onkin perinteisesti ollut huomattava osuus. 1990-luvun puolivälistä alkaen on myös EU:n piirissä lisätty toimia terveyden ja terveyspalvelujen tietojärjestelmien kehittämiseksi ja käynnissä on erityinen terveysseurantaohjelma. Näyttöön perustuvan lääketieteen kaudella tarvitaan myös oikeisiin tietoihin, näyttöön, perustuvaa palvelujen ja sosiaaliturvan kehittämistä.

Terveys 2000 -tutkimuksen avulla korjataan monet suomalaisen terveyden tietojärjestelmän ilmeisimmistä puutteista. Se tuottaa ajankohtaiset tiedot tavallisten kansansairauksien ja toimintakyvyn vajauksien yleisyydestä ja väestöryhmittäisestä jakautumisesta. Hoidon, kuntoutuksen ja avun tarve selvitetään. Tärkeä aihe on ikääntyvän työikäisen ja iäkkään väestön toimintakyky ja sen kehitys. Voivatko suuret ikäluokat vanhetessaan pysyä nykyistä pidempään töissä ja tulemmeko toimeen kohtuullisin hoito- ja hoivapalveluin vai lisääntykö niiden tarve liian nopeasti? Osaako kansamme harmaantua terveesti ja onko maallamme varaa ja halua huolehtia iäkkäiden kansalaisten tarpeista kyllin hyvin? Miten työelämää olisi kehitettävä, jotta ihmiset haluaisivat ja voisivat pysyä nykyistä pidempään työssä? Miten asettaa terveyden edistämisen painopisteet?

Sairauksien syitä, seurauksia ja ehkäistävyttä koskevan epidemiologian tutkimus saa kokonaan uusia edellytyksiä. Tämä koskee etenkin tuki- ja liikuntaelinten sairauksien, mielenterveysongelmien, toimintakyvyn vajauksien ja suun ja hampaiston sairauksien ja hoidontarpeen sekä kaikkiin niihin vaikuttavien tekijöiden tutkimusta. Myös esimerkiksi verenkiertoelinten ja hengityselinten sairauksista voidaan odottaa paljon uutta tutkimustietoa. Kartoitettavien syiden kirjo ylittää elinoloista ja työstä elintapoihin ja periytyviin tekijöihin.

Suomessa Terveys 2000 -hankeeseen verrattavia valtakunnallisia terveys-tarkastustutkimuksia on tehty vain yksi, Mini-Suomi-terveys-tutkimus. Vertaamalla näitä 20 vuoden välein saatuja tuloksia voidaan ensi kerran luotettavasti vastata esimerkiksi kysymyksiin "onko suomalaisten toimintakyky parantunut ja kuinka paljon?", "ovatko mielialahäiriöt yleistyneet vai harvinaistuneet?"

Terveys 2000 on Euroopassa ja koko maailmassa poikkeuksellisen mittava ja toivon mukaan myös tuloksiltaan poikkeuksellisen pätevä ja hyödyllinen hanke. Terveys 2000 -tutkimusta toteuttavat ja rahoittavat Kansanterveyslaitoksen ohella Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kuntien eläkevakuutus, Stakes, Tilastokeskus, Työterveyslaitos ja UKK-instituutti. Merkittävää taloudellista tukea antavat Suomen MSD ja Työsuojelurahasto. Ratkaisevan tärkeä on myös laitetoimittajien ja muiden yhteistyöyritysten ja -kuntien panos.

Nyt alkava Terveys 2000 -tutkimus on tärkeä osa suomalaisen terveysseurannan kehittyvää kokonaisuutta. Terveysseurannan tietojärjestelmät muodostuvat tulevaisuudessa toisaalta tilasto- ja rekisteritiedoista ja muista jatkuvasti kerättävistä tiedoista ja toisaalta erilisin tutkimuksin hankittavista tiedoista. Terveysseuranta tuottaa juuri sitä informaatiota, jota suunnittelussa ja päätöksenteossa tarvitaan koko maassa, eri alueilla ja kunnissa sekä terveys- ja sosiaaliturvan eri lohkoilla. Samanaikaisesti myös alan tieteellisen tutkimustyön edellytykset paranevat.

Arpo Aromaa, KTL

AIKAIEMMIN TEHTYJÄ
KANSALLISIA
VÄESTÖN TERVEYSTUTKIMUKSIA

- Kelan terveyshaastattelusarja 1964, 1968, 1976, 1987, 1995/96
- Kelan autoklinikkatutkimukset 1964–1976
- Mini-Suomi-terveystutkimus 1978–80
- KTL:n FINRISKI-tutkimukset, viiden vuoden välein 1972 alkaen
- KTL:n aikuisväestön terveyskäyttätymistutkimus, vuosittain 1978 alkaen

VÄESTÖN TERVEYSSEURANTA
TULEVAISUUDESSA

- Laaja terveys- ja toimintakykytutkimus kerran 10 vuodessa
- Riskitekijätutkimuksia kerran viidessä vuodessa
- Terveyshaastattelu kerran viidessä vuodessa
- Ajankohtaisista kysymyksistä kysely- ja haastattelututkimuksia 1–2 vuoden välein
- Terveyttä ja palvelujen käyttöä koskevien rekisterien käytön monipuolistaminen
- Terveysseurannan helppokäyttöisen perustietokannan kokoaminen, ylläpito ja hyödyntäminen sekä toistuvat terveyskertomukset

KANSALLISEN
TERVEYSTARKASTUKSEN
SISÄLTÄVIÄ TERVEYSTUTKIMUKSIA
MUUALLA MAAILMASSA

- USA:ssa terveyshaastatteluja ja -tarkastuksia 1950-luvulta lähtien
- Englannissa, Saksassa ja Hollannissa laajuudeltaan vaihtelevia terveyshaastattelujen ja terveystarkastusten yhdistelmiä
- Kanadassa, Ranskassa ja Norjassa on suunnitteilla vastaavia tutkimuksia

EUROOPPALAINEN YHTEISTYÖ

- KTL ja Hollannin tilastokeskus johtavat hanketta, jonka tavoitteena on kehittää kansallisia terveystarkastuksia ja -haastatteluja □

Arpo Aromaa, KTL



TERVEYS 2000 KANSALLINEN TUTKIMUS VÄESTÖN TERVEYDESTÄ JA TOIMINTAKYVYÄSTÄ

Kansanterveyslaitos koordinoi syyskuussa 2000 käynnistyvää valtakunnallista Terveys 2000 -tutkimusta, joka kartoittaa laajasti suomalaisten terveyttä, toimintakykyä, sairauksia ja niihin vaikuttavia tekijöitä.

Edellinen tämän kaltainen terveystarkastukseen perustuva väestön laaja terveystutkimus, Kansaneläkelaitoksen Mini-Suomi-hanke, toteutettiin noin 20 vuotta sitten. Nyt kerättäviä tietoja verrataan myös kahden vuosikymmenen takaiseen tilanteeseen. Terveystiedot ovat korvaamattoman tärkeitä mm. terveyspalvelujen ja -turvan suunnittelussa.

Terveys 2000 -tutkimukseen on valittu valtakunnallisesti edustava 10 000 henkilön satunnaisotos 18 vuotta täyttäneistä suomalaisista. Heidät haastatellaan ja lisäksi 30 vuotta täyttäneiden (noin 8 000 henkilöä) terveys tarkastetaan. Tutkimus toteutetaan 80 paikkakunnalla (kuntia tai terveyskeskuskuntayhtymiä) Helsingistä Utsjoelle.

TARKKAAN
SUUNNITELTU

Puolentoista vuoden ajan yli sata terveyden eri alojen asiantuntijaa on suunnitellut tutkimuksen sisältöä aihealuekohtaisissa ryhmissä. Siten mm. sydän- ja verisuonitauteja, tuki- ja liikuntaelinsairauksia, mielenterveyden ongelmia ja suun terveydentilaa selvittäviä kyselyitä ja mittauksia on valmisteltu omina kokonaisuuksinaan. Menneen kevään ja kesän aikana palaset on koottu yhtenäiseksi tutkimuskokonaisuudeksi. Helsingissä toteutettiin kevään aikana kaksi esitutkimusta, joihin

kutsuttujen helsinkiläisten palautteet olivat varsin innostuneita. Palautteen perusteella tutkimuksen sisältöä on edelleen hiottu ja kesto hieman lyhennetty.

Terveys 2000 -tutkimus alkaa Tilastokeskuksen haastattelijoiden suorittamalla noin puolentoista tunnin mittaisella kotikäyntihaastattelulla. Haastattelussa kerätään perustiedot tutkittavan elinoloista, elintavoista ja terveydestä. Nämä tiedot ovat kenttätutkijoiden käytössä terveystarkastuksessa, jonne tutkittava kutsutaan muutama viikko haastattelun jälkeen. Terveystarkastus kestää noin neljä tuntia, ja siinä on mm. lääkärin- ja hammaslääkärin tarkastus, toimintakykytestejä, monipuolisia mittauksia, verinäytteen otto sekä mielenterveyshaastattelu. Lisäksi tutkittavat vastaavat kirjallisesti täytettyihin kyselyihin.

Tutkittavat saavat itseään koskevia terveystietoja, kuten mittausten ja laboratoriotulosten tuloksia sekä lääkärin arvon terveydentilastaan. Tutkimus tarjoaa arvokasta lisätietoa omasta terveydestä myös työterveyshuollon tai muun säännöllisen terveysseurannan piirissä oleville, koska tehtävät mittaukset ovat poikkeuksellisen monipuolisia. Työnantajajärjestöt suosittelivat, että työnantajat järjestäisivät kaikille otokseen päässeille mahdollisuuden osallistua tutkimukseen myös työajalla.

VIISI KENTTÄRYHMÄÄ

Terveystarkastuksia toteuttaa viisi kenttäryhmää, jotka lähtevät liikkeelle yliopistosairaalaalakaupungeista ja kiertävät noin puolen vuoden ajan omaa aluettaan. Paikasta toiseen siirrytään tiheimmillään kolmen päivän välein. Ryhmissä on 14–16 henkilöä, joista kaksi on lääkäreitä, yksi hammaslääkäri, yksi hammashoitaja ja loput tutkimushoitajat tai laborantteja. Kenttäjakso kestää helmi–maaliskuun vaihteeseen 2001. Tutkimustiloina toimivat ensi sijassa paikalliset terveyskeskukset tai sairaalaosastot, mutta myös kouluissa ja muissa vastaavissa tiloissa teh-

dään terveystarkastuksia. Terveystarkastukseen saapumatta jääneet tutkitaan lyhyemmän kaavan mukaan erillisellä kotikäynnillä.

KTL:n kanssa hanketta valmistelevat ja toteuttavat Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kuntien eläkevakuutus, Stakes, Tilastokeskus, Työterveyslaitos ja UKK-instituutti sekä monien korkeakoulujen ja useiden tutkimuslaitosten edustajat yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön sekä kuntien kanssa. Poikkielektioitiedon ja mm. Mini-Suomi-vertailun lisäksi Terveys 2000 -tutkimus tarjoaa erinomaisen lähtökohdan myöhemmille seuranta- ja tutkimuksille ja jatkaa kansainvälisesti arvioiden poikkeuksellisen vahvaa kansanterveyden tutkimuksen perinnettä Suomessa. □

Sami Heistaro, KTL

(09) 4744 8796, sami.heistaro@ktl.fi

Seppo Koskinen, KTL

Arpo Aromaa, KTL



TIEDONKERUUN PERIAATTEET

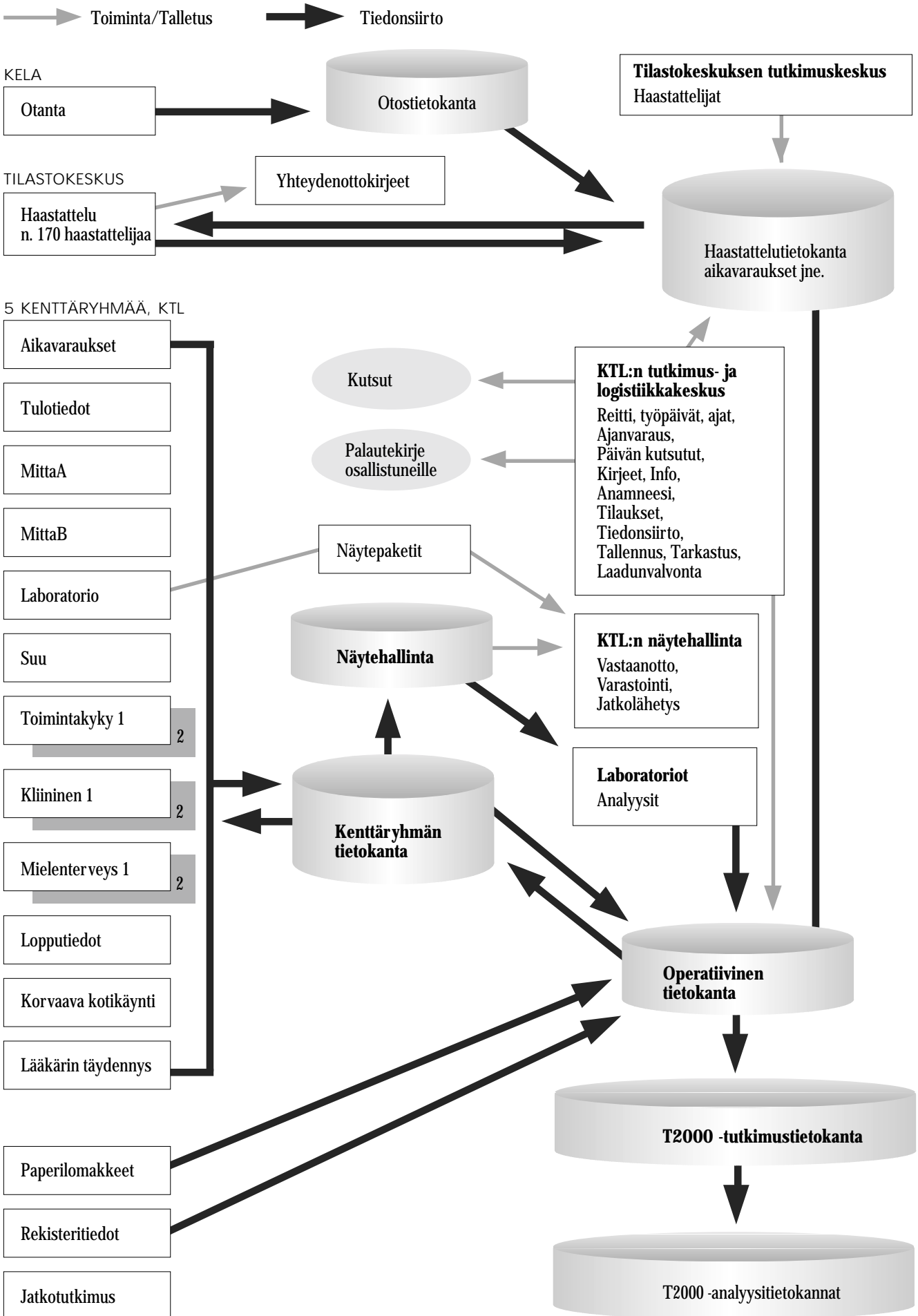
Viisi kenttätutkimusryhmää ovat keskeisimmät toimijat tiedonkeruun järjestelmässä. Kenttäryhmä on huomattavan tietokoneistettu ja se muodostaa myös oman työryhmäverkon, jonka yhteiseen tietokantaan tiedot kootaan. Siitä tiedot lähetetään KTL:ään siirtoerinä. Verkon kautta työasemilta on mahdollisuus myös ulkoisiin yhteyksiin.

Kenttäryhmän tietokoneistamisen tarkoituksena on saada seuraavia etuja:

- Tiedon välitön tallennus
- Vain yksi tallennuskerta
- Selkeä tarkistus ja laatuvarmistus tiedon alkuperäisellä kerääjällä
- Vähemmän epäselviä vastauksia

jatkuu sivulla 4

Terveys 2000: Tiedonkeruun kaavio



- Paperin pyöritys vähenee
- Tiedon nopea saanti laaduntarkkailuun ja raportointiin
- Nopeus ja työn säästö

Kenttäryhmän verkko muodostuu kaikkiaan 13 kannettavasta työasemasta (Win/NT4.0 -mikroista), radioverkosta ja palvelinkoneista (2). Lisäksi on useita mittaus- ja muita oheislaitteita. Suututkimuspisteen ortopantomografialaite (suuröntgen) ja videokuvauslaite vaativat erillisen mikron. Pääosa kenttäryhmän tiedonkeruuohjelmista on tehty Blaise-kehittimellä ja osa on laitteiden mukana hankittuja tiedonkeruu/analyysiohjelmiä.

Kenttäryhmän sisäistä talletusta ja tiedonsiirtoa ei oheisessa kaaviossa ole tarkemmin eritelty. Yhdessä tutkimuspisteessä on 1–3 eri ohjelmia käytössä. Esimerkiksi laboratoriopisteessä on Blaisella toteutetut "Näytelomakkeen talletus" ja "Rasioiden sisällön luku", sekä yksinkertainen Excelillä tehtävä "Lähetä", toimintakyky pisteessä on "Toimintakykylomake" Blaisella toteutettuna ja lisäksi hankitut "Tasapaino" ja "Reaktioaika" ohjelmat a.o. mittalaitteiden tiedon analyysiin ja tallentamiseen.

Otoksen poiminnan ohjeet määriteltiin Tilastokeskuksessa ja se poimittiin Kelassa. Tilastokeskus jakaa tutkittavat haastattelijoilleen ja kerää kotihaastattelun tulokset vakiintuneilla rutiineillaan. Haastattelijoilla on kannattavat työasemat ja Blaisella toteutettu haastatteluohjelma. Tulokset siirretään KTL:ään.

Otosta, tutkimusryhmien reitittämistä, suunniteltuja tutkimusaikoja jne. käsittelee ja käyttää KTL:n terveyden ja toimintakyvyn osastoon perustettu tutkimuskeskus. Se ohjaa tutkimusaikeiden varaamista, kutsuja, tiedonsiirtoja, tiedon tallennusta jne. Se huolehtii myös tavara-logistiikasta.

Merkittävä rooli on uudella näytehallintajärjestelmällä ja näyttöiden vastaanotokeskuksella. Tavoitteena on saada näyttö ja niiden data ilman kaaosta ja tehokkaasti sisään.

Osa tiedoista tallennetaan edelleen paperilomakkeille. Niiden tallennus aloitetaan pääosin jo syystalvella, jotta myös ne valmistuisivat pian kenttätutkimuksen päätyttyä.

Laaturaportteja tehdään jo syksystä alkaen. Eräitä raportteja voidaan ajatella saatavan jo piankin kenttävaiheen päätyttyä. □

Vesa Tanskanen, KTL
(09) 4744 8763, vesa.tanskanen@ktl.fi



TUKI- JA LIIKUNTA- ELINTEN TERVEYS TARKASTETAAN

Mini-Suomi-tutkimuksen (1978–80) perusteella arvioitiin aikanaan, että miljoonalla suomalaisella on jokin krooninen tuki- ja liikuntaelinsairaus ja että heistä yli puolella se heikentää toimintakykyä. Näiden sairauksien syysuudeksi arvioitiin viidennes Suomen väestön eriaisteisista toiminnanvajavuuksista ja avuntarpeesta. Työkyvyttömyytilastot ja haastattelututkimukset viittaavat tuki- ja liikuntaelinsairauksien olevan edelleen eräs tärkeimmistä – ainakin kalleimmista – tautipääryhmistämme, mutta tällaiset osoittimet antavat todellisesta sairastavuudesta ja sen kehityksestä vain viitteitä. Terveys 2000 -tutkimuksesta saadaan tuoreet tiedot suomalaisten liikuntaelinten tilasta ja luotettava piste sairastavuuden aikasarjaan.

SELKÄSAIRAUDET

Selkävaiivat ovat suuri ongelma kaikissa kehittyneissä maissa, myös Suomessa. Selkäsairauksien oireisto vaihtelee sekä laadultaan että kestoaltaan, mikä on eräs pulma niiden esiintyvyyttä tutkittaessa. Lisäksi selän kiputilojen, oireyhtymien ja sairauksien käsitteet ovat osittain epäselviä ja diagnostiikka horjuvaa, joten yhtenäisiä kriteereitä ei ole voitu soveltaa epidemiologisissa tutkimuksissa.

Mini-Suomi-tutkimuksen haastattelussa 20 vuotta sitten peräti kolme neljästä yli 30-vuotiaasta suomalaisesta ilmoitti joskus kokeneensa vähintään yhden selkäkipujakson, ja kuukauden sisällä selkäkipua oli tuntenut joka viides. Myöhempien haastattelu- ja kyselytutkimusten mukaan selkäkipu on sitemmin harvinaistunut. Mutta pitkäaikaisten ja toimintakykyä heikentävien selkävaijojen kehityssuuntaa ei tiedetä. Mini-Suomi-terveys tutkimuksessa diagnosoitiin tautianamneesin, oireanamneesin ja statuslöydösten perusteella jokin pitkäaikainen alaselkäoireyhtymä 17 prosentilla yli 30-vuotiaita suomalaisia edustaneesta väestönäytteestä. Terveys 2000 -tutkimuksesta saadaan ajanmukainen ja vertailukelpoinen kuva suomalaisten selän tilasta ja selkäsairauksien nykyisestä osuudesta väestön toimintakykyyn.

NIVELRIKKO

Nivelrikko eli artroosi on yleisin nivel-sairaus. Polven ja lonkan nivelrikot ovat isoja ja kalliita ongelmia. Muiden nivelten artroosit joko ovat niin harvinaisia tai rajoittavat niin vähän toimintakykyä, etteivät ne juuri ensinkään näy kansanterveyttä

kuvaavissa tunnusluvuissa. Mini-Suomi-tutkimuksessa todettiin yli 30-vuotiaista kymmenellä prosentilla polven ja viidellä prosentilla lonkan nivelrikko. Vuonna 1997 KTL:n FINRISKI-tutkimus, jossa tutkittiin 65–74-vuotiaiden nivelten tilaa Pohjois-Karjalassa ja pääkaupunkiseudulla, viittasi nivelrikon hieman harvinaistuneen ja siihen liittyvän toimintakyvyttömyyden vähentyneen. Ruumiillisen työn keveneminen ja nivelvammojen parantunut hoito ovat voineet vaikuttaa asiaan. Polven ja lonkan tekoniivkirurgia on kehittänyt ja lisääntynyt nopeasti. Leikkaustulokset ovat yleensä hyvät ja potilaan liikuntakyky korjaantuu, joten nivelrikko johtanee nykyisin yhä harvemmin vaikeasteisiin liikuntarajoituksiin. Terveys 2000 tarjoaa mahdollisuuden arvioida kehitystä ja sen syitä tarkemmin, sillä nivelrikon yleisyyden, sen aiheuttaman toimintakyvyttömyyden ja sairauden keskeisimpien määreiden väestöryhmittäisistä muutoksista saadaan nyt vertailukelpoista tietoa.

Nivelreuma osoittautui Mini-Suomi-tutkimuksessa nivelrikon ja selkäsairauksien ohella yksittäisistä tuki- ja liikuntaelinsairauksista eniten vaikeata toimintakyvyttömyyttä aiheuttavaksi tilaksi, vaikka tauti todettiin vain vajaalla prosentilla tutkitusta väestöstä. Peräti kuusi prosenttia suomalaisten säännöllisestä avuntarpeesta arvioitiin nivelreumasta aiheutavaksi. Nivelreumaan liittyvä vaikea-asteinen invaliditeetti lienee kuitenkin harvinaistunut suuresti viime vuosikymmeninä, koska reumakirurgia ja kuntoutus ovat tehostuneet ja sairastumisikä kohonnut. Muutosten suuruutta ei tunneta tarkasti, joten tietoja on tarpeen täsmentää uudessa väestötutkimuksessa.

OLKANIVELET

Olkanelven kivut ja toiminnanrajoitukset ovat yleisiä, mutta toistaiseksi niihin on kiinnitetty hyvin vähän huomiota epidemiologisissa tutkimuksissa. Olkanivelalueen tautien käsitteistö on kirjavaa ja kriteeristö vakioimatonta. Mini-Suomi-tutkimuksessa todettiin jokin pitkäaikainen olkanivelsairaus noin viidellä prosentilla yli 30-vuotiaista suomalaisista. Terveys 2000 -tutkimuksessa on tarkoitus arvioida tapahtunutta kehitystä ja kuvata olkanivelen eri sairauksien yleisyys aikaisempaa tarkemmin.

Yläraajojen lihasten, jänteiden ja niiden kiinnittymiskohtien rasisussairaudet ja kiputilat, esimerkiksi rannekanavan oireyhtymä ja olkaluun ulomman sivunastan tulehdus eli tenniskynärpää, ovat varsin yleisiä sellaisissa ammattiryhmissä, joissa työntekijät altistuvat tiettyjen lihasten toistuvalla kuormitukselle. Toistaiseksi niiden esiintyvyyttä ei ole mitattu valikoitumattomista väestönäytteistä. Terveys 2000 -tutkimus on tässä suhteessa uraa uurtava.

TARTUNTATAUTITILANNE SUOMESSA

RAPORTOIDUT MIKROBILÖYDÖKSET

Kesä on kääntymässä syksyyn, sää on ollut vaihteleva ja ainakin alueittain melko sateinen. Tartuntatautirekisteriin raportoitujen tapauksien perusteella tartuntatautitilanne on ollut melko rauhallinen muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta. Kaksi suurehkoa epidemiaa on työllistänyt paikallisia terveysviranomaisia ja Kansanterveyslaitosta – jänisruttoepidemia Pohjanmaalla ja Keski-Suomessa sekä kampylobakteeritapauksia Vääkssä.

Tartuntatautirekisteristä näkyy, että borreliositaapauksia on esiintynyt viime vuosia jonkin verran enemmän. Kesä-heinäkuussa raportoitiin yhteensä 136 tapausta, kun vuosina 1995–99 samalta aikaväliltä tapauksia oli 47–83. Uusia erityispiirteitä ei kuitenkaan ole havaittavissa. Ikä- ja sukupuolijakaumassa ei ole muutosta. Alueelliset ilmaantuvuusluvut ovat edelleen korkeimmat Ahvenanmaalla sekä Pohjois-Savon, Varsinais-Suomen ja Kymenlaakson sairaanhoitopiireissä.

Perinteisesti loppukesälle painottuvien infektiosairauksien, kuten myyräkuumeen, sukupuoli- ja vatsatautiin, luvuissa ei vältäkunnallisella tasolla ole raportoitu viime vuosia enemmän tapauksia. EHEC-

infektioita on heinä-elokuussa löydetty yhteensä seitsemän, joista 15-vuotiaan tytön EHEC-infektio on johtanut hemolyytis-ureemiseen syndroomaan. Alkuvuodesta EHEC-tapauksia on ilmoitettu yhteensä kolme.

RIPULIA VESIJOHTOVEDESTÄ

Melkein tasan kaksi vuotta Haukiputaan kampylobakteeritapauksien jälkeen Asikkalan kunnasta, Vääkssä tuli elokuun alkupäivinä ilmoitus useasta ripulitapauksesta. Kunnallisen vesijohtoverkoston jakelualueella asuu noin 5 500 ihmistä ja melko pian osoittautui, että valtaosa vatsatautiin sairastuneista on tältä alueelta. Ensimmäisten potilaiden ulosteesta eristettiin *Campylobacter jejuni* 8.8. Epidemian huippu ajoittui ajanjaksolle 4.–7.8. Veden klooraus aloitettiin 11.8 samalla, kun asukkaille tiedotettiin epidemiasta ja annettiin veden keittokehoitus. Vesijohtoverkostosta otetuissa vesinäytteissä kasvoi sittemmin *Campylobacter jejuni*, joten näyttää hyvin todennäköiseltä, että patogeeni on levinnyt tätä kautta. Tähän mennessä terveyskeskukseen on otanut yhteyttä yli 400 vatsatautiin sairastunutta. Epidemiakuvaajan perusteella voi päätellä, että tartuntoja on tapahtunut

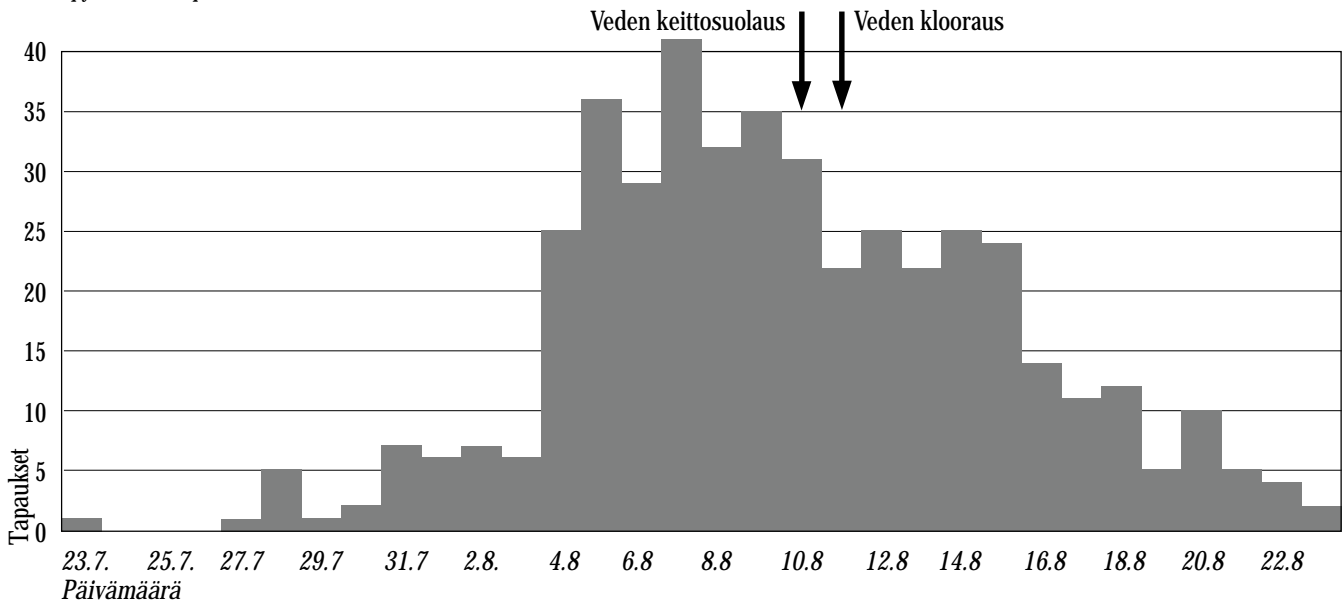
ainakin viikon ajan. Miten kampylobakteeri on päässyt vesijohtoverkoston, on yhä epäselvää ja selvitykset tämän tiimoilta jatkuvat. Tapaus-verrokkitutkimus on vireillä KTL:n ja paikallisten terveysviranomaisien yhteisvoimin ja tutkimustuloksiin on syytä palata myöhemmässä vaiheessa tämän lehden palstoilla.

TULAREMIAA HEINÄTÖISSÄ

Heinäkuun puolessa välissä infektioepidemiologian osastoon otettiin yhteyttä Etelä-Pohjanmaalta, jossa juhannuksen jälkeen oli ilmaantunut epämääräistä, pitkittynyttä kuumetautiä potevia potilaita. Ainakin alkuvaiheessa valtaosa potilaista oli maanviljelijöitä. Alueella on havaittu myös runsaasti myyriä. Vasta-ainelöydösten perusteella potilaiden tauti varmistui tularemiaksi eli jänisrutoksi. Sairastuneita oli alkuvaiheessa etenkin Etelä-Pohjanmaan järvisuudella, mutta myöhemmin näitä on kertynyt tartuntatautirekisteriin Pohjois-Pohjanmaan, Vaasan, Keski-Pohjanmaan ja Keski-Suomen sairaanhoitopiireistä. Suuri osa heinäkuussa todetuista sairastumisista vastasi kliiniseltä kuvaltaan lähinnä tyfoidaalista tai pulmonaalista

jatkuu sivulla 7

Kampylobakteeritapauksia Asikkalassa elokuussa 2000



RAPORTOIDUT MIKROBILÖYDÖKSET / VALTAKUNNALLINEN TARTUNTATAUTIREKISTERI
 RAPPORTERADE MIKROBFYND / RIKSOMFATTANDE REGISTER ÖVER SMITTSAMMA SJUKDOMAR

	Maaliskuu Mars 2000 1999		Huhtikuu April 2000 1999		Toukokuu Maj 2000 1999		Kesä Juni 2000 1999		Heinäkuu Juli 2000 1999		Yhteensä ** Totalt 2000 1999	
	HENGITYSTIEPATOGEENIT / LUFTVÄGSPATOGENER											
Klamydia (<i>C. pneumoniae</i>)	33	10	33	8	18	12	14	7	20	6	176	69
Mykoplasma (<i>M. pneumoniae</i>)	46	19	33	9	50	17	36	10	38	7	278	90
Pertussis	50	58	74	51	110	66	97	34	77	66	545	418
Adenovirus	58	48	51	21	46	21	20	34	26	28	289	254
Influenssa A -virus	75	195	16	14	3	3	0	0	0	2	1 404	1 091
Influenssa B -virus	10	39	12	12	4	3	3	0	0	1	39	135
Parainfluenssavirus	16	10	29	13	30	9	27	11	28	5	166	83
RSV (respiratory syncytial virus)	527	226	158	321	45	199	9	82	17	22	1 821	1 004
SUOLISTOPATOGEENIT / TARMPATOGENER												
Salmonella	231	194	146	174	175	213	174	158	214	303	1 309	1 307
Shigella	4	4	5	1	8	7	2	8	2	8	31	36
Yersinia	52	64	52	72	79	71	66	60	58	54	389	403
Kampylo	243	168	197	171	239	175	200	274	683	752	1 944	1 882
EHEC	2	6	1	5	0	2	0	4	4	4	7	24
Kalivirus	80	24	60	14	39	18	43	4	2	7	336	137
Rotavirus	296	180	352	188	245	202	134	95	57	20	1 342	918
Giardia	28	22	13	24	15	34	23	21	10	28	124	181
Ameba (<i>E.histolytica</i>)	9	10	7	8	10	10	10	13	1	10	60	67
HEPATIITIPATOGEENIT / HEPATITPATOGENER												
Hepatiitti A -virus	4	3	3	1	5	3	2	0	5	1	24	17
Hepatiitti B -virus	48	64	47	44	53	70	52	19	42	32	356	296
Hepatiitti C -virus	165	166	133	113	154	144	100	145	127	128	990	932
SUKUPUOLITAUTIPATOGEENIT / KÖNSSJUKDOMSPATOGENER												
Klamydia (<i>C. trachomatis</i>)	968	918	767	776	965	861	880	708	963	841	6 354	5 745
HI-virus	12	8	10	11	11	10	8	11	15	16	92	68
Gonokokki	27	15	24	20	27	21	31	19	12	19	166	120
Syfilis (<i>T. pallidum</i>)	15	11	10	10	19	8	14	6	16	6	102	65
VERI- JA LIKVORIVILJELYLÖYDÖKSET / BLOD- OCH LIKVORODLINGSFYND												
Pneumokokki (<i>S. pneumoniae</i>)	40	58	46	46	60	83	55	52	29	26	356	373
A-streptokokki (<i>S. pyogenes</i>)	10	7	11	16	11	9	7	8	7	15	72	74
B-streptokokki (<i>S. agalactiae</i>)	17	12	12	7	9	16	12	14	15	14	87	76
Meningokokki	10	5	4	3	2	7	3	8	3	1	32	39
RESISTENTIT BAKTEERIT / RESISTENTA BAKTERIER												
Enterokokit (VRE)	6	2	4	2	1	4	2	3	1	2	34	23
MRSA	18	33	14	16	10	16	43	18	24	15	141	125
Pneumokokki (PenR)	10	9	8	6	6	4	5	2	1	3	44	43
MUITA MIKROBEJA / ÖVRIGA MIKROBER												
Borrelia*	15	24	22	18	51	22	72	17	67	30	280	156
Tularemia	0	0	0	1	0	1	0	1	75	11	76	15
<i>M. tuberculosis</i>	41	26	29	36	33	46	28	39	18	46	217	269
Echovirus	0	1	0	1	0	3	0	1	0	2	1	10
Enterovirus	6	3	7	0	7	3	4	6	6	6	36	23
Parvovirus	29	29	21	23	35	24	38	22	15	10	163	143
Puumalavirus	69	112	58	107	44	85	40	107	56	120	470	934
Malaria	5	4	2	1	1	1	2	0	6	4	24	16

* *Sis./inkl. B. burgdorferi, B. garinii, B. afzelii*

** Yhteensä = tapaukset vuoden alusta heinäkuun loppuun

muotoa ja ne liittyivät heinätyöhön. Myöhemmät tapaukset, etenkin Pohjois-Pohjanmaalla, ovat sopineet ulseroglandulaariseen muotoon. Tähän mennessä on ilmoitettu yhteensä 179 serologisesti, viljelyllä tai PCR:llä varmistettua tartuntaa. Potilaista 114 on miehiä ja 65 naisia, ikäkauma 1–81 vuotta, mediaani 43 vuotta.

Koko maasta 1999 raportoitiin 87 tularemiatapausta, 1998 117 tapausta ja 1997 vastaavasti 109 tapausta. Edellinen epidemia oli vuonna 1995, jolloin valtakunnallisesti rekisteröitiin 467 tartuntaa, joista valtaosa oli Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä (207 kpl).

KTL on käynnistänyt tapaus-verrokki-kyselytutkimuksen yhteistyössä paikallisten terveysviranomaisten kanssa. Sen tarkoituksena on selvittää, mm. mitä riskitekijöitä tartuntoihin liittyy.

Tularemia on *Francisella tularensis*-bakteerin aiheuttama tauti. Eurooppalainen ja amerikkalainen bakteerikanta voivat aiheuttaa erilaisen taudinkuvan, joista eurooppalainen muoto on yleensä lievempi. Tauti tarttuu jäniksistä ja pienjyrsijöistä ihmiseen joko suoraan tai vaikkapa hyttysten välityksellä. Ihmisestä toiseen tartuntaa ei tapahdu. Keuhkotularemia tarttuu esimerkiksi saastuneista heinistä tai rehusta ja se on tavallisin alkukesästä. Eniten sairastumisia esiintyy kuitenkin loppukesästä sekä syksyllä metsästyksen yhteydessä. Tyypillisimmät oireet ovat korkea kuume, lihaskivut, päänsärky, märkivä ja hitaasti paraneva haava hyönteisen puremakohdassa ja suurentuneet paikalliset imusolmukkeet. Lisäksi tautiin voi liittyä keuhkokuume. Tavallisin tautimuoto on ulseroglandulaarinen ja toiseksi tavallisin Euroopassa pulmonaalinen, joka lähinnä vastaa amerikkalaista tyfoidaalista muotoa. Saastuneen veden välityksellä leviävää orofaryngeaalista tularemiaakin voi esiintyä harvinaisena, samoin kuin silmän sidekalvon kautta tarttuvaa okuloglandulaarista tautimuotoa.

Erityisesti epidemian aikana diagnoosi tehdään kliinisen epäilyn perusteella ja voidaan varmistaa vasta-ainemäärityksellä. Viljelyä tai PCR-menetelmää käytetään harvemmin. Tauti paranee usein spontaanisti, mutta esimerkiksi tetrasykliini- tai fluorokinolonihoidolla voidaan lyhentää taudin kestoa, joskin relapseja esiintyy.

UUTISIA MAAILMALTA

Elokuussa 1999 todettiin Amerikan mantereella ensimmäistä kertaa West Nile -virusta (WNV) ihmisessä. Yhteensä 62 varmennettua tapausta, joista seitsemän johti kuolemaan, raportoitiin alkusyksyn aikana New York Citystä ja lähiympäristöstä. Tämän seurauksena käynnistettiin USA:n itäosilla kattava seurantajärjestelmä, jonka päämääränä oli karottaa WNV:n esiintyvyyttä hyttysissä,

linnuissa ja nisäkkäissä. Lisäksi New Yorkissa on levitetty hyttysmyrkyä laajoille alueille. Loppukesän 2000 aikana on löytynyt viisi uutta tartuntaa New York City:n alueella. Viidessä itäosien osavaltiossa on todettu satoja WNV-infektioon kuolleita lintuja, lähinnä varikseja, virusta kantavia hyttysiä sekä eläviä, infektoituneita lintuja.

WNV on flavivirusrühmään kuuluva virus, jota esiintyy endeemisenä Afrikassa, Lähi-Idässä, Kaakkois-Aasiassa, Itä-Euroopassa, Etelä-Venäjällä ja Australiasa. Epidemioita on kuvattu muun muassa Romanissa 1996 ja Etelä-Venäjällä 1999. Linnut toimivat tärkeimpinä varastoeläiminä ja hyttiset levittävät tautia lintujen välillä tai ihmiseen. WNV ei leviä ihmisestä ihmiseen. Tauti on yleensä lievä, tyypillisiä oireita ovat kuume, päänsärky sekä lihaskivut, mutta se voi olla myös oireeton. Etenkin iäkkäillä henkilöillä infektio voi kuitenkin aiheuttaa jopa kuolemaan johtavaa aivokuumeetta tai aivokalvontulehdusta. Vakiintunutta hoitoa tai rokotetta infektioon ei ole, joskin alustavia raportteja ribavariinista on julkaistu. □
30.8.2000

Peter Klemets, KTL
(09) 4744 8557, peter.klemets@ktl.fi

TOIMIVA EPIDEMIA- TIEDOTTAMINEN VOI EHKÄISTÄ UUDET TARTUNNAT

KTL:N EPIDEMIA-TIEDOTTEEN
KULKU VARMISTETTAVA

Kansanterveyslaitoksen epidemiatiedote informoi jo todetusta tai vasta uhkamaassa olevasta epidemiasta. Tavoitteena on ehkäistä mahdollisia uusia tartuntoja tai jouduttaa sairastuneiden hoitoon hakeutumista ja taudin nopeaa tunnistamista. Tavoitteiden saavuttamiseksi tiedotteen nopea ja kattava kulku on tärkeää.

Valtakunnallinen malli tiedottamisesta syntyi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin, Tampereen terveyskeskuksen ja Kansanterveyslaitoksen yhteistyönä. Karoittamistarve ei syntynyt tiedonkulun ongelmallisuudesta, vaan halusta selkeyttää tiedottamisen kokonaiskuvaa. Epidemiatiedotteen jakelussa on tärkeää, että kaikki tiedottamiseen osallistuvat tahot hahmotavat koko tiedonkulkuketjun. Tämä helpottaa eri osapuolten vastuualueiden rajausta, mahdollistaa alueellisen arvion tilanteesta ja poistaa päällekkäisen tiedottamisen. Työryhmä toivoo, että malli voisi olla myös muiden hyödynnettävissä.
(kuva)

ALUEELLINEN KOMMENTTI
YHTENÄISTÄÄ TOIMINTAA

Vastuunjaossa korostuu alueellisen kommentoinnin merkitys, mikä voi hie-

man aiheuttaa viivettä, mutta samalla se yhtenäistää toimintaa, jolloin mahdollisesti syntyvän aikaviiveen merkitys pienee. Tiedonkulun tapahtuessa portaittain erityisesti ensimmäisen lähettäjän on huomioitava viive, joka kuluu ennen kuin tieto on kaikilla vastaanottajilla. KTL on uudistanut ryhmäfaxipalvelunsa merkittävästi entistä nopeammaksi. Selvitystyön yhteydessä kartoitettiin myös sähköpostin käyttömahdollisuudet eri organisaatioissa, valmius ei kuitenkaan ole vielä täysin kattava.

VASTUU- JA
VARAHENKILÖT
NIMETTÄVÄ

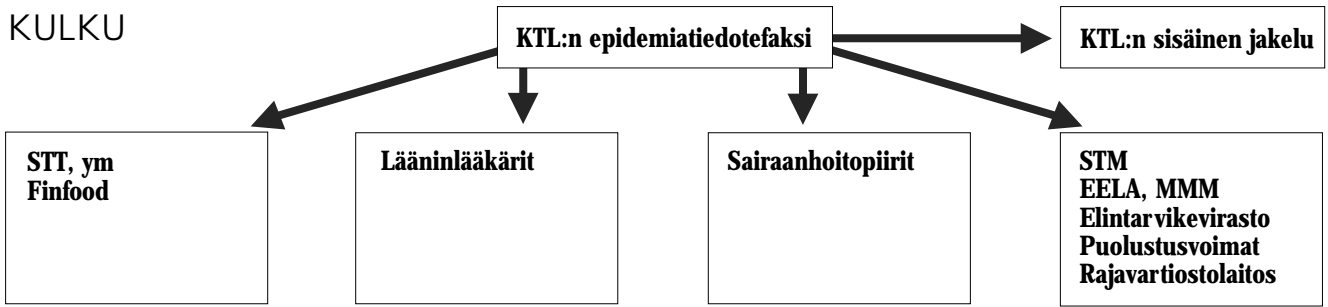
Vastuu- ja varahenkilöillä on tärkeä merkitys tiedonjakelun, mahdollisten toimenpiteiden, niiden suunnittelun ja organisoimisen toteutumisessa. Vastuuhenkilöiden nimeäminen on tärkeää sekä yksikköettä organisaatiotasolla aukottoman tiedonkulun takaamiseksi. Vastuuhenkilöt huolehtivat kirjallisen toimintasuunnitelman laadinnasta ja sen julkistamisesta. Toimintasuunnitelman toteutumista seurataan aktiivisesti ja mahdolliset puutteet korjataan nopeasti.

SUUNNITTELU
JA KIRJAAMINEN
TEHTÄVÄ AJOISSA

Selvitystyöryhmän jäsenet kuvailivat nykyiset toimintasuunnitelmansa tiedotteen jakelussa ja tarkastelivat niitä kriittisesti. Vaikka tiedottaminen oli koettu toimivaksi, toimintamalleista löytyi korjattavia asioita. Suurimmaksi ongelmaksi todettiin kirjallisten toimintasuunnitelmien puute. Kirjallinen, yksityiskohtainen toimintasuunnitelma helpottaa tilanteen hallintaa kiireisissä epidemiatilanteissa. Työryhmän mielestä kirjallisissa toimintasuunnitelmissa pitäisi olla ainakin seuraavat asiat:

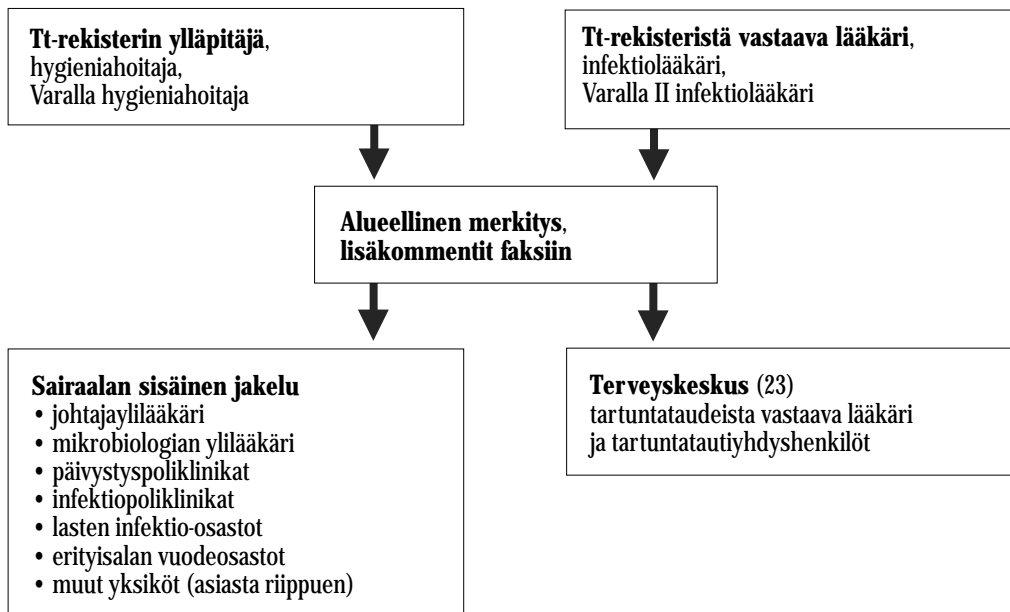
- Ennen toimintasuunnitelman laatimista nimetään vastuu- ja varahenkilöt, jotka kaikki osallistuvat suunnitteluun. Epidemiatilanteissa he vastaavat tiedottamisesta.
- Työryhmä karottaa alueen nykyisen toimintamallin, suunnittelee mahdolliset uudistukset ja varmistaa, että suunnitelmasta tulee mahdollisimman kattava ja helposti ylläpidettävä. Karoitus vaatii keskustelua niiden henkilöiden ja yksiköiden kanssa, joihin tiedottaminen kohdistetaan.
- Suunnitelmassa määritellään selkeästi oma vastuualue.
- Kirjataan suunnitelmaan ne vastuuhenkilöt ja tahot, joita informoidaan.
- Kirjataan myös henkilöt, jotka arvioivat, mikä merkitys valtakunnallisella epidemialla on alueellisesti.
- Suunnitelmaan kirjataan, kuka vastuuhenkilöistä hoitaa alueellisen tiedottamisen tiedotusvälineille.
- Suunnitelman julkistaminen on tärkeää

EPIDEMIA-TIEDOTTEEN KULKU



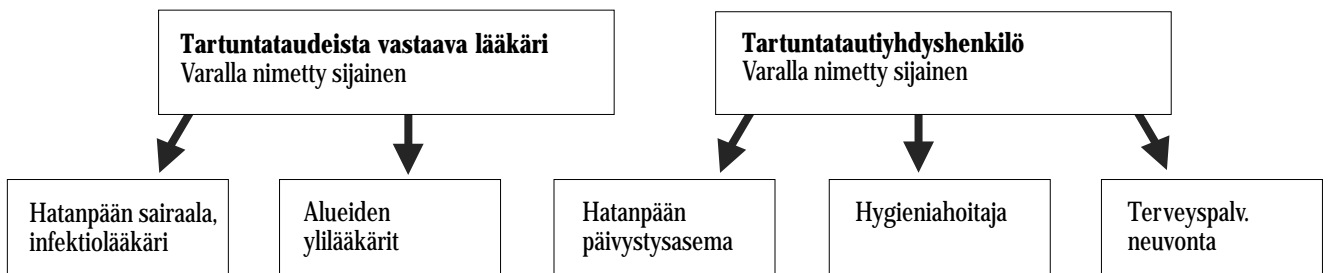
EPIDEMIA-TIEDOTTEEN KULKU PIRKANMAAN SAIRAANHOITOPIIRISSÄ

Faksin vastaanottajat sairaanhoitopiirissä



EPIDEMIA-TIEDOTTEEN KULKU TAMPEREEN TERVEYSKESKUKSESSÄ

Faksin vastaanottajat terveyskeskuksissa



niin omassa organisaatiossa kuin myös yhteistyökumppaneiden keskuudessa. Erityisen tärkeää on määriteltyjen kohderyhmien julkistaminen. Näin vältetään päällekkäiseltä ja liian raskaalta informoinnilta. Tiedon vastaanottajan tulee tietää, keneltä voi kysyä ohjeita ongelmatilanteissa.

- Jakelun tekninen toteutustapa kirjataan. Mietitään ja kirjataan myös varasuunnitelma.
- Telekopiolaitteen tulisi sijaita paikassa, missä postin tulo ja mahdolliset häiriöt sen toiminnassa huomataan.

- Suunnitelmaan sisällytetään selkeä ajankohta, jolloin sen toimivuus arvioidaan uudelleen.
- Kirjataan suunnitelma, miten osoitteistot pidetään ajantasaisena.
- Suunnitelman toimivuutta tulisi testata käytännössä ennen epidemiatilannetta.

YHTEISTYÖ ON ARVOKASTA

Yhteistyö ja siitä saatu kokonaiskuva selkeytti epidemiatiedotteen kulkua eri organisaatioissa. Työryhmä vakuuttui siitä, että yhteistyö, selkeä vastuunjako, asioi-

den kirjaus ja suunnitelmien julkistaminen takaavat tien kattavaan tiedottamiseen. □

Eija Kela, KTL

(09) 4744 8484, eija.kela@ktl.fi

Eeva-Liisa Lahtinen, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Sirpa Saarentaus, Tampereen terveyskeskus

Tuki- ja liikuntaelinten terveyttä mitattaessa Terveys 2000 -tutkimuksen keskeisin menetelmä on vakiomuotoinen lääkärintutkimus, joka tehdään kaikille terveystarkastukseen saapuville. Tietoja täydennetään oireita koskevin haastatteluin ja monin toimintakykytestein. Osteoporoosin ja luunmurtumien vaaraa selvitetään kantaluun ultraäänitutkimuksella. Lääkäri selittää lopuksi tutkittavalle tutkimuksessa saatujen tulosten merkitystä, arvioi hänen hoidontarpeensa ja ohjaa hänet tarvittaessa oikeaan hoitoon. Hyvän palvelun toivotaan nostavan osallisuutta, sillä tieteellisetkin tavoitteet toteutuvat sitä paremmin mitä myönteisemmin kansamme satunnaisesti valitut edustajat tutkimukseen suhtautuvat. □

Markku Heliövaara, KTL

(09) 4744 8773, markku.heliovaara@ktl.fi



VERENKIERTOELINSAIRAUKSIEN KANSANTERVEYDELLINEN MERKITYS SAATTAA MUUTTUA

Sepelvaltimotaudin sairastavuuden väheneminen työssä on kiistatonta, silti sairaalakuormitus sepelvaltimotaudin vuoksi ei ole samana aikana juurikaan muuttunut vaan pikemminkin kasvanut. Tämä johtuu sairastavuuden painopisteen siirtymisestä vanhempiin ikäryhmiin. Tyypillinen sydäninfarktiin sairastuva suomalainen ei enää ole parhaassa työssä oleva mies vaan reippaasti eläkeikään ehtinyt nainen.

Sepelvaltimotaudin lisäksi sairastavuudessa muihinkin verenkiertoelinsairauksiin on tapahtunut painopisteen siirtymistä vanhempiin ikäryhmiin. Samanlaisesti myös verenkiertoelinsairauksista aiheutuvien oireiden laatu on kokemassa muutoksia. Vaikka suurienkin sairastavuusmuutosten tiedetään tapahtuneen, ei yksityiskohtaista tietoa muutosten suuruudesta ja laadusta ole tähän mennessä ollut käytettävissä väestötasolla. Terveys 2000 -tutkimuksen avulla verenkiertoelinsairauksiin sairastavuuden muutoksen laatua ja määrää voidaan tarkemmin arvioida vertaamalla uusia tuloksia kaksikymmentä vuotta vanhaan Mini-Suomi-tutkimuksen antiin.

JOPA EKG:T SUORAAN KESKUSYKSIKKÖÖN

Verenkiertoelinsairauksien tutkimusmenetelmät Terveys 2000 -tutkimuksessa noudattavat perinteistä linjaa. Ne tukevat kansainvälisten suositusten mukaisesti vakiomittauksiin ja kliiniseen kenttä-

lääkärin tekemään tutkimukseen. Tietotekniikkaa käytetään tutkimustulosten tallentamisessa ja tietojen siirrossa mahdollisimman paljon, esimerkkinä tältä sovellusalueelta vaikkapa sydänfilmissignaalien siirto puhelimitse suoraan kentältä valtakunnalliseen keskusyksikköön.

Monia verenkiertoelinsairauksien tutkimusmenetelmiä ei voida soveltaa nopeita siirtoja vaativiin kenttäoloihin. Tämän vuoksi osa tutkimukseen kutsutuista ohjataan vielä täydentäviin tutkimuksiin yliopistollisiin keskussairaaloihin. Näissä sovelletaan teknisesti vaativia menetelmiä, joiden avulla tutkittujen verenkiertoelinten terveydestä voidaan muodostaa yksityiskohtainen kuva.

Verenkiertoelinsairaudet muodostavat Terveys 2000 -tutkimuksessa keskeisen kohdealueen, jonka selvittäminen mahdollistaa sairastavuusmuutoksen laajuuden ja laadun tarkan arvioinnin. Tulosten perusteella voidaan verenkiertoelinsairauksien kansanterveydellinen merkitys asettaa oikeaan mittasuhteeseen ja suhteuttaa tämän sairastavuuden merkitys muihin keskeisiin sairastavuutta ja toimintakyvyn rajoitusta aiheuttaviin terveysongelmiin. □

Antti Reunanen, KTL

(09) 4744 8772, antti.reunanen@ktl.fi



MIELENTERVEYDESTÄ SAADAAN UUTTA TIETOA

Väestön mielenterveyden hoidosta puhutaan pessimistisesti sekä julkisessa sanassa että kansalaiskeskustelussa. Missä määrin tämä pessimistinen kuva heijastaa todellisuutta, on kuitenkin epävarmaa niin kauan, kun käytössä ei ole luotettaviin tutkimuksiin perustuvaa kotimaista tietoa.

Mielenterveyden keskeistä ja kasvavaa merkitystä väestön sairauspanoramassa kuvastaa Maailmanpankin selvitykseen sekä useisiin erilaisiin tutkimuksiin perustuva WHO:n tuore arvio, jonka mukaan maailman kymmenen suurimman sairaustaakan joukossa toisella sijalla on masennus ja kymmenen kärkeen mahtuvat lisäksi alkoholi-riippuvuus, kaksisuuntainen mielialahäiriö eli maanisdepressiivinen tauti sekä skitsofrenia. Mielenterveyden häiriöt vastaavatkin länsimaissa yli viidesosasta kaikkea toiminta- ja työkyvyn menetystä. Sen lisäksi, että mielen terveyden häiriöt ovat yleisiä, ne ovat luonteeltaan varhaisessa iässä alkavia, pitkäaikaisia ja toistuvia.

Mielenterveyshäiriöiden taakkaa lisää myös se, että hoitoon hakeutuminen useimmiten viivästyy ja vain vähemmistö saa mielenterveyden häiriönsä asianmukaista hoitoa. Tilanne on hyvin samanlainen kaikkialla kehittyneissä maissa,

myös Suomessa. Ei olekaan ihme, että useat maat ovat aivan viime vuosina pyrkineet tutkimuksen avulla saamaan tarkempaa kuvaa väestönsä mielenterveyden tilasta. Haastattelututkimuksiin perustuvat väestötutkimukset kertovat, että Suomeen verrattavissa maissa kuten esimerkiksi Hollannissa, Saksassa, Kanadassa ja Yhdysvalloissa elämänsä aikana jonkun mielenterveyden häiriön on sairastanut 38–49 prosenttia väestöstä. Viimeisen vuoden aikana mielenterveyden häiriön sairastaneita on ollut 20–29 ja viimeksi kuluneen kuukauden aikana 10–17 prosenttia maasta riippuen. Luvut ovat korkeita, mutta samansuuntaisia. Suomessa vastaavanlainen tutkimus on tehty viimeksi 20 vuotta sitten ja silloiset tulokset sopivat edellä esitettyihin lukuihin. Tuore ja luotettava kokonaiskuva suomalaisen väestön mielenterveyden tilasta kuitenkin puuttuu.

MASENNUS, AHDISTUS, PÄIhteet, PSYKOOSIT

Terveys 2000 -hanke on suunniteltu siten, että se antaa luotettavan diagnostiikan haastatteluun (WHO:n CIDI-haastattelu) ja sitä täydentäviin päteviin kansainvälisiin mittareihin perustuvan kuvan keskeisten mielenterveyden häiriöiden ja oireiden yleisyydestä. Erityinen huomio on kiinnitetty mielialahäiriöihin kuten erilaisiin masennustiloihin, ahdistuneisuushäiriöihin, päihteiden käyttöön liittyviin häiriöihin ja psykooseihin. Tutkimus lisää tietoa myös väestön oiretasosta, psykkisestä ylikuormituksesta, työuupumuksesta sekä ruumiillisiin oirein ilmenevistä mielenterveyden ongelmista. Hanke antaa myös erinomaisen mahdollisuuden selvittää mielenterveyden ja muun terveyden välisiä suhteita sekä mielenterveyden taustatekijöitä. Suunnitteilla on lisäksi selvittää eräiden keskeisten mielenterveyden häiriöiden kulkua ja ennustetta seurattututkimusten avulla.

Tutkimushanke toteutuu mielenterveydenkin osalta useiden eri laitosten ja tahojen yhteishankkeena siten, että se kehittää yhteistyötä ja tuottaa mielenterveyttä koskevaa tietoa eri palvelujärjestelmien käyttöön mahdollisimman nopeasti. Tutkimus antaa kuvan myös nuorten ja nuorten aikuisten tilanteesta. Valitettavaa kuitenkin on, että alle 18-vuotiaiden mielenterveyden tilasta meillä ei tule olemaan tämänkään tutkimuksen jälkeen tuoreeseen tutkimustietoon perustuvaa kuvaa, vaikka lasten mielenterveys on ollut aivan omana erityisongelmana voimakkaasti viime aikoina esillä. Yksi tutkimus ei voi kuitenkaan vastata kaikkiin kysymyksiin. Mielenterveyden tutkiminen vaatiikin jatkuvaa panostusta. □

Jouko Lönnqvist, KTL

(09) 4744 8212, jouko.lonnqvist@ktl.fi



TOIMINTAKYVYSTÄ MONIPUOLINEN KUVA

Toimintakyvyn arviointia Terveys 2000:ssa on ollut suunnittelemassa ryhmä eri osa-alueiden asiantuntijoita. Tavoitteena on ollut tuottaa kokonaisuus, jolla väestön toimintakyvystä ja siihen vaikuttavista tekijöistä saadaan luotettavasti mahdollisimman monipuolinen kuva. Vertailukelpoisuus Mini-Suomi-tutkimukseen on olennaisilta osin pyritty säilyttämään.

Toimintakyvyn moniulotteinen käsite jaotellaan usein fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen osa-alueeseen, joista kustakin pyritään saamaan tietoja kokonaisuuden hahmottamiseksi. Toimintakyvyn mittaamiseen käytetään kyselyjä ja haastatteluja, joissa tiedustellaan tutkittavien henkilöiden omaa käsitystä mm. heidän selviytymisestä arkielämän askareista. Testien ja mittausten avulla voidaan sekä selvittää suoriutumista että toimintakyvyn erilaisia edellytyksiä. Eri menetelmin kerätty tieto on edellytys sille, että tutkittavien toimintakyvystä saadaan riittävän täydellinen kuva.

Iäkkäiden suomalaisten määrä lisääntyy seuraavien vuosikymmenten aikana nopeasti. Siksi erityisen ajankohtaista on selvittää toiminnanvajeuksien yleisyyttä tämän päivän ikääntyvien ja iäkkäiden keskuudessa. Pidentyneen eliniän ja ikääntyneiden lisääntyvän määrän vaikutukset riippuvat oleellisesti siitä, miten iäkkäiden toimintakyky kehittyy. Päteviä tutkimustuloksia tästä kehityksestä on niukalti, ja nekin ovat keskenään ristiriidassa. Vain osa havainnoista viittaa siihen, että iäkkäiden toimintakyky olisi muuttumassa parempaan suuntaan. Eriytyisen suuri merkitys on sillä, koskevatko kootut tiedot kaikkia tai lähes kaikkia väestössä. Usein juuri ne, joilla on vakavia toiminnanrajoituksia, eivät voi tulla tutkimuspaikalle tai eivät vastaa kyselyihin. Siksi Terveys 2000:ssa panostetaan erityisesti siihen, että katoon jäävien osuus saadaan minimoitua. Taannoisessa FINRISKI-senioritutkimuksessa pystyttiin kokoamaan toimintakykyä koskevaa tietoa yli 90 prosentilta otokseen kuuluneista 65–74-vuotiaista.

TOIMINTAKYKYÄ SELVITETÄÄN

Terveys 2000:ssa toimintakykyyn liittyviä asioita selvitetään kaikissa tutkimusvaiheissa. Haastattelussa ja kyselylomakkeilla tutkittavat arvioivat liikkumiskykyään ja selviytymistään tavanomaisista toiminnoista kuten esimerkiksi kaupassa käynnistä tai syömisestä. Heiltä tiedustellaan niin muistista ja oppimiskyvystä kuin myös harrastuksista ja ajankäytöstäkin.

Avun tarpeen ja toisaalta sen riittävän saannin selvittäminen on erityisen tärkeä osa iäkkäiden tutkimusta. Kuntoutustarpeen tutkiminen on oleellista sekä työikäisten että eläkeikäisten keskuudessa.

TYÖKYKY

Työkyky on tärkeä toimintakyvyn ulottuvuus. Työelämä on muuttunut huomattavasti viime vuosikymmeninä. Monissa ammateissa työn rasisustekijöiden painopiste on siirtynyt fyysiseltä henkilöselle puolelle. Työn epävarmuustekijöitä sekä tutkittavien käsityksiä työkyvystään ja työoloista, samoin kuin eläkeasenteita kartoitetaan kysymyssarjoin.

TERVEYSTARKASTUKSEN TOIMINTAKYKYTUTKIMUS

Terveystarkastusvaiheeseen sisältyy puolen tunnin mittainen toimintakykytutkimus, jonka aikana tutkittavat käyvät tutkimushoitajan ohjaamana läpi 7–9 erilaista testiä. Menetelmiä valittaessa on kiinnitetty erityisesti huomiota siihen, että ne ovat luotettavia ja yleisesti käytössä olevia. Testipatteristoon kuuluu aistitoimintojen, kognitiivisen ja fyysisen toimintakyvyn mittauksia.

Aistitoiminnoista mitataan näön ja kuulon tarkkuutta. Lähi- ja kaukonäön tarkastusten lisäksi mukana on myös hämäränäön mittaus. Valaistus on kodeissa talviaikaan usein riittämätön, ja etenkin vanhukset, joiden toimintanäkö hämärässä on selvästi heikompi kuin nuorempien, kärsivät tästä.

Kognitiivisen toimintakyvyn arvioinnilla saadaan tietoa sekä tutkittavien älyllisestä kapasiteetista että alkavasta tai jo pidemmälle edenneestä kognitiivisen kyvykkyyden heikkenemisestä, esimerkiksi dementian yleisyydestä väestössä.

Fyysisen toimintakyvyn edellytyksiä selvitetään useilla eri mittauksilla, jotka täydentävät tutkittavien omaa toimintakykyarviota. Tietokonepohjaisilla laitteilla mitataan mm. puristusvoimaa, havaintomotorista nopeutta ja tasapainoa. Lisäksi yli 55-vuotiailla selvitetään maksimaalinen kävelynopeus, tuolittanousukyky ja nivelten toiminta vakioituja menetelmiä käyttäen. Toiminnallisten testien on todettu ennustavan mm. iäkkäiden laitoshoidon joutumista. Huono tasapaino ja kävelykyvyn heikentyminen ovat tunnetusti myös tärkeitä liikkumisrajoitusten ja kaatumisten riskitekijöitä.

TIETOJEN HYÖDYNTÄMINEN

Tavoitteena on selvittää toimintakyvyn vajeuksien yleisyyttä ja niiden riskitekijöitä ja seurauksia eri ikäryhmissä. Keskeinen tehtävä on vertailla toimintakykyä nyt ja Mini-Suomi-tutkimuksen ajankohtana (1978–80), jotta voidaan selvittää onko toimintakyky kehittyneenä parempaan vai huonompaan suuntaan. Aineisto antaa myös erinomaiset lähtökohdat tehdä työvoima- ja eläkepoliittisesti

sekä iäkkäiden sosiaaliturvan ja palvelujen kehittämisen kannalta tärkeitä arvioita. □

*Päivi Sainio, KTL
(09) 4744 8767, paivi.sainio@ktl.fi
Arpo Aromaa, KTL*



VIHDOINKIN KUNNON TIETOA VÄESTÖN SUUN TERVEYDESTÄ

Suomalaisten aikuisten suun terveydestä ei ole koko maan kattavaa ajankohtaista tietoa. Tämä puute on noussut viime aikoina usein esille, kun hammashuollon rahoitusuudistusta on suunniteltu. Suomalaisten aikuisten suun terveyttä, siihen vaikuttavia tekijöitä ja terveyden jakautumista eri väestöryhmien kesken on aiemmin selvitetty Mini-Suomi-tutkimuksella vuosina 1978–80. Tämän jälkeen ei ole tehty väestötasoisia tutkimusta. Nyt, kun 20 vuotta on kulunut, tarvitaan taas koko väestöä koskevia tietoja aikuisten suun terveydestä sekä siinä tapahtuneista muutoksista.

Haastattelututkimuksilla saadaan suun terveydestä tietoa varsin vähän. Tavallisin tieto hampaattomuudesta kuvaa huonosti työikäisten suun terveyttä, koska hampaattomuutta esiintyy voittopuolisesti yli 65-vuotiaiden keskuudessa. Sen vuoksi tarvitaan klinistä tutkimusta suomalaisten suun terveydentilan selvittämiseksi.

Nykyisten terveyden seurantatietojen antama kuva suomalaisten väestön terveydestä ja toimintakyvystä ja näiden suhteesta suun terveyteen on monessa suhteessa riittämätön. Liian huonosti tunnetaan monien yleisten kansantautien ja toimintakyvyn vajeuksien sekä niihin liittyvän hoidon, kuntoutuksen ja avun tarve. Suusairauksien yleisyyden lisäksi tarvitaan tietoa niiden yhteyksistä toimintakykyyn ja muihin sairauksiin.

SUUN TULEHDUKSET VAARATEKIJÖITÄ

Hammaskaries ja hampaiden kiinnituskudossairaudet ovat edelleen väestön yleisimpiä sairauksia, jotka seurannaisvaikutuksineen aiheuttavat suuren osan suun alueen hoidon tarpeesta. Näiden sairauksien merkitys hyvinvoinnille kasvaa, koska yhä useampi säilyttää omat hampaansa koko elämän ajan. Ilmiö korostuu, koska hampaansa säilyttäneet suuret ikäluokat ovat tulossa vaiheeseen, jossa hoidon tarve kasvaa. Näiden tulehdussairauksien merkityksestä vaaratekijöinä yleisiin sairauksiin kuten sydän- ja verisuonitauteihin sekä diabetekseen, on myös lisääntyvässä määrin näyttöä. Leukaluissa piileviä, yleensä hammaslähtöisiä ja

useimmiten oireettomia tulehduspesäkeitä pidetään monien hoitojen onnistumisen uhkana.

Terveys 2000 -tutkimus tarjoaa kansainvälisestäkin ainutlaatuisen ja monipuolisesti tutkitun aineiston, jossa poikittaisessa tutkimusasetelmassa voidaan selvittää suun terveyden yhteyksiä muihin sairauksiin.

SUUN TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ

Suun terveystutkimuksen käytöllä on merkittävä vaikutus suun terveyteen. Sen vuoksi on tärkeää selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat palvelujen käyttöön. Aiemmissä tutkimuksissa on havaittu, että tulot, hinta, muut kustannukset, saatavuus, saavutettavuus ja käyttäjän erilaiset ominaisuudet ovat vaikuttaneet hammashoittoon hakeutumiseen. Terveys 2000 -tutkimus tarjoaa myös ainutkertaisen hyvän lähtökohdan suunnitteilla olevan hammashuollon rahoitusuudistuksen arvioimiseksi.

SUUN TERVEYSTUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Päätavoite on tuottaa ajankohtaista tietoa väestön terveyden ja terveystalouden kannalta merkityksellisten suun terveyteen ja toimintakykyyn liittyvien ongelmien levinneisyydestä, yleisyydestä ja vaikeusasteesta suomalaisilla aikuisilla. Uutta teknologiaa hyödynnetään, tutkimuksessa ovat käytössä digitaaliset panoraamaröntgenlaitteet. Röntgentutkimuksilla saadaan tietoa leukaluissa piilevien tulehduspesäkkeiden yleisyydestä ja yhteydestä muihin sairauksiin.

Erityistä painoa pannaan väestöryhmien välisten suun terveyden ja terveystapojen sekä hoitopalvelujen käytön erojen kuvaamiseen ja selvittämiseen. Kliinisten ja röntgenologien havaintojen sekä haastattelu- ja kyselytutkimusten perusteella arvioidaan tutkittavien omahoidon riittävyttä ja hoitopalvelujen käyttöä suhteessa heidän suunsa terveyteen.

Kyselytutkimuksen keinoin selvitetään myös suun terveyteen liittyvää elämänlaatua. Tätä ei ole aiemmin juurikaan tutkittu Suomessa. Huonontunut suun terveys voi heikentää puhumista, makujen tuntemista sekä sosiaalista kanssakäymistä ja siten heikentää elämänlaatua.

SUUN TERVEYSTUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Koko hankkeen yhteisiin haastattelu- ja kyselyosioihin sisältyy myös suun terveyteen liittyviä kysymyksiä. Erillisenä kokonaisuutena toteutetaan kliininen ja röntgenologinen suun tutkimus. Tämän tekee hammaslääkärin ja hammashoitajan muodostama työpari tavallisessa hammaslääkärin hoitoyksikössä. Tutkimus kestää noin 15 minuuttia. Tutkimustulokset tallennetaan välittömästi atk:lle. Röntgenkuvauksen tulokset tallentuvat digitaalisesti, joka helpottaa niiden jatkokäyttöä. Tutki-

musryhmillä on myös käytössään intra-oraalikamera, jolla kuvataan havaitut limakalvomuutokset. Myös intraoraalikuvausten tulokset tallentuvat digitaalisesti.

Tutkittava saa mukaansa panoraamaröntgenkuvan paperivedoksen sekä kirjallisen tiivistelmän tutkimuksessa tehdystä havainnoista ja lähteen hoitoon tilanteen niin vaatiessa. Röntgenologiaan erikoistuneet hammaslääkärit tulkitsevat röntgenkuvat ja niistä lähetetään lausunto tutkittavalle myöhemmin. Suun sylkitutkimuksia tehdään noin 1 500 tutkittavalle Etelä-Suomessa. Suun terveys 2000 -kenttäryhmään kuuluu viisi hammaslääkäriä ja viisi hammashoitajaa. □

Anne Nordblad, Stakes
(09) 3967 2288, anne.nordblad@stakes.fi

Miira Vehkalahti, Helsingin yliopisto
(09) 1912 7301,

miira.vehkalahti@helsinki.fi

Sirkka-Sisko Arinen, KTL
(09) 4744 8792, sisko.arinen@ktl.fi

NIVELREUMAN RISKITEKIJÄT SYNNISSÄ

Nivelreuman riskitekijöitä on tutkittu vähän ja niitä koskeva tieto on pääasiassa peräisin 1990-luvulla julkaistuista töistä. Tulokset luovat kuitenkin pohjaa lupaaville hypoteeseille, joita voidaan testata tulevissa tutkimuksissa. Etenkin ravintotekijät ja tutut nautintoaineet ovat joutuneet nyt reumatutkijankin suurennuslasin alle. Nivelreuman etiologian selviämistä ja avainten löytymisestä sen ehkäisyyn on tiettyjä toiveita, kunhan tutkimustyössä edistytään.

Seropositiivisen eli reumafaktoripositiivisen nivelreumapotilaan sisaruksilla on väestöpohjaisissa perhetutkimuksissa todettu noin kolminkertainen todennäköisyys sairastaa nivelreumaa. Suomen kaksosrekisteriin perustuneessa tutkimuksessa nivelreumaa sairastavan identtisen kaksosen parikilla suhteellinen riski oli 8,6-kertainen ja epäidenttisen kaksosen parikilla 3,4-kertainen. Seronegatiivisen nivelreuman suvuttaisesta kasautumisesta ei ole ensinkään näyttöä. Nivelreuma on siis pääasiassa ympäristötekijöistä johtuva tauti, joten sairastumisvaaran määreiden tutkiminen on aiheellista. Erityisen tärkeätä olisi tunnistaa muutettavissa olevia riskitekijöitä, joihin vaikuttamalla sairastumisvaaran voitaisiin toivoa pienenevän.

Perinteisesti on uskottu infektioiden voivan laukaista nivelreuman, mutta lukuisista yrityksistä huolimatta mitään erityistä mikrobia tai sellaisen immunologista vastetta ei ole onnistuttu liittämään sairastumisvaaraan. Epäsuoria viitteitä

infektiohypoteesin puolesta on kuitenkin saatu: Englannissa aikaisemman verensiirron, Australiassa nuoruusiän läheisen kontaktin kissaan tai papukaijaan ja Suomessa seerumin IgG:n kohonneen kokonaispitoisuuden on raportoitu ennustavan nivelreumaa.

Nivelreuma on naisilla kolme kertaa yleisempi kuin miehillä. Kliiniset tutkimukset osoittavat, että tauti usein lieviytyy raskauden aikana. Nämä havainnot viittaavat hormonaalisten tekijöiden, erityisesti sukupuolihormonien merkitykseen. Eräiden 1970- ja 1980-luvulla sairaalapotilailta tehtyjen tapaus-verrokkitutkimusten perusteella näytti mahdolliselta, että raskauteen ja ehkäisy pillereiden käyttöön liittyisi pidempiaikainenkin suojavaikutus, mutta tuloksia ei ole pystytty varmistamaan väestötutkimuksissa. Kelan autoklinikan seurantatutkimusten mukaan ainakaan dihydroepiandrosteronin tai testosteronin seerumipitoisuudet eivät ennusta nivelreumaan sairastumista, ei myöskään naisten synnytysten lukumäärä. Kaikkiaan hormonaalisia tekijöitä koskevat etiologiset hypoteesit ovat viime vuosina saaneet hyvin vähän uutta tukea.

TUPAKOINTIIN YHTEYS

Tupakointi ennustaa vahvasti seropositiivisen nivelreuman ilmaantumista miehillä. Naisilla yhteys on heikompi, mutta silti ilmeinen. Tupakointi on yhteydessä myös nivelulehdukseen liittymättömän reumafaktorin yleisyyteen. Yhteys havaittiin sattumalta, eikä sille ole biologista selitystä. Tulokset ovat kuitenkin olleet samansuuntaisia jo niin monessa eri tutkimuksessa, että tupakkaa voidaan luonnehtia nivelreuman ensimmäiseksi vakavasti ehdolla olevaksi syytekijäksi.

KAHVI

Myös päivittäin nautittujen kahvipillisten määrä oli Kelan autoklinikan seurantatutkimuksessa suoraan suhteessa seropositiivisen nivelreuman ilmaantumukseen, ja tämä yhteys oli tupakoinnista riippumaton. Perustutkimus tehtiin vuosina 1973–76, jolloin suomalaiset joivat vielä pääasiassa pannukahvia. Tulos olisi toistettava muista väestötutkimuksista ennen kuin sen syiden puntarointi on aiheellista, sillä jokin toistaiseksi tunnetun kahvinjuontiin liittyvä tekijä tuntuu todennäköisemmältä selitykseltä kuin kahvin suoranainen vaikutus.

RAVINNON ANTIOKSIDANTIT

Ravintotekijät määräävät monen kansantautimme yleisyyttä ja niiden tutkimukseen panostetaan paljon mm. syövän ja sepelvaltimotaudin syiden selvittämiseksi. Yksittäisiä ravintotutkimuksia on kohdistettu nivelreumaankin. Niiden mukaan kalan syönti ja oliiviöljyn käyttö näyttävät suojaavan reumalta. Kelan autoklinikan kohorttitutkimukseen upotetussa

tapaus-verrokianalyysissä seerumin matala antioksidanttitaso ennusti sairastumista nivelreumaan. Antioksidanteista alfatokoferoli oli kääntäen suhteessa sekä seropositiivisen että seronegatiivisen, mutta seleeni vain seronegatiivisen reuman ilmaantuvuuteen. Nämä havainnot vaikuttavat biologisesti mielekkäiltä, koska vapailla happiradikaaleilla on ilmeisesti osuutta reumaattisen nivelkalvon kudovaurioon ja niveltulehduksen pitkittymiseen. Erillisten ravintotekijöiden merkityksen testaaminen on kuitenkin pulmallista epidemiologisessa tutkimuksessa, koska vaikutukset voivat johtua mistä hyvänsä samantapaiselle ruokavaliolle tunnusomaisista aineksista tai ravintokäytäytymistä määrävistä elintavoista. □

Markku Heliövaara, KTL
(09) 4744 8773, markku.heliovaara@ktl.fi

Lähteet:

Heliövaara M, Aho K, Knekt P, Impivaara O, Reunanen A, Aromaa A. Coffee consumption, rheumatoid factor, and the risk of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2000;59:631-635.
Knekt P, Heliövaara M, Aho K, Althaus G, Marniemi J, Aromaa A. Serum selenium, serum alpha-tocopherol, and the risk of rheumatoid arthritis. *Epidemiology* 2000;11:402-405.

RISKIRYHMIEN INFLUENSSAROKOTUSKAMPANJA LOKA-MARRASKUUSSA

Yleinen rokotusohjelma pyrkii lieventämään influenssa-epidemioiden vaikutuksia tarjoamalla rokotukset henkilöille, joille perussairauden vuoksi influenssaan sairastuminen on suuri riski. Kansanterveyslaitoksen suositus influenssarokotteen käytöstä syksyllä 2000, (luettavissa <http://www.ktl.fi>) on postitettu terveyskeskuksiin kesäkuussa. Suosituksessa lääke-tieteelliset riskiryhmät ovat samat kuin edellisessä vuonna. Näiden riskiryhmien maksuttomia rokotuksia varten on tilattu Alankomaista 320 000 annosta Influva® -rokotetta. Määrä vastaa viime vuoden kulutusta. Rokotteiden jakelu terveyskeskuksiin tehdään syyskuussa.

Influenssarokotteeseen valitaan viruskannat vuosittain siten, että ne vastaavat maailmalla liikkuvia epideemisiä influenssaviruksia. Syksyn rokotteissa molemmat influenssa A -viruskannat ovat uusia, sen sijaan B-viruskantaa ei ole tarvinnut vaihtaa viiteen vuoteen.

Terveiden 65-vuotiaiden ja sitä vanhempien kannattaa myös ottaa rokote, mutta he joutuvat hankkimaan sen omalla kustannuksellaan lääkemääräyksellä apteekista. Nuorempien kohdalla influenssarokotuksesta saatava hyöty väestötasolla jää vähäiseksi. Rokotuksen aiheuttamat haitat ovat lieviä ja ohimeneviä, joten rokotuksen voi antaa sitä haluavalle.

Kuitenkin on syytä muistaa, että kysymyksessä ei ole yleinen "flunssarokote". Rokote voi suojata vain jouluhuhtikuun aikana epidemioita aiheuttavien influenssavirusten aiheuttamalta taudilta. Rokotetta ei pidä antaa voimakkaasti kananmunalle allergisille (jos kananmunaa syödessä saa anafylaksian oireita), eikä silloin kun aiempi influenssarokotus on aiheuttanut vakavan haittavaikutuksen.

Kansanterveyslaitos suositaa sekä terveyskeskuksille että rokotettaville maksuttoman influenssarokotuksen antamista seuraaville henkilöille:

1. Kroonisen sydänsairauden, keuhko sairauden tai diabeteksen vuoksi säännöllisessä lääkärin hoidossa olevat potilaat
2. Munuaisten vajaatoimintaa sairastavat henkilöt (seerumin kreatiniini pysyvästi yli 150 µmol /l)
3. Immuunivajavuus- tai immunosuppressiopotilaat sekä kortisonihoitoa saavat henkilöt.
4. Pitkäkestoisessa salisylaattihoidossa olevat lapset ja nuoret. □

Tapani Kuronen, KTL
(09) 4744 8332, tapani.kuronen@ktl.fi

Tapani Hovi, KTL

KANSANTERVEYSLAITOS



Päärakennus
Mannerheimintie 166
00300 Helsinki
Puhelin (09) 47 441
<http://www.ktl.fi>

KANSANTERVEYS

KTL: N TIEDOTUSLEHTI
Päätoimittaja Pauli Leinikki
Mannerheimintie 166, 00300 Helsinki
Puhelin (09) 4744 8403
Faksi (09) 4744 8468
pauli.leinikki@ktl.fi
Toimitussihteeri Merja Tielinen
Mannerheimintie 166, 00300 Helsinki
Puhelin (09) 4744 8743
Faksi (09) 4744 8746
merja.tielinen@ktl.fi

TOIMITUSKUNTA

Pentti Huovinen
PL 57, 20521 Turku
Puhelin (02) 251 9255
Faksi (02) 251 9254
pentti.huovinen@ktl.fi

Leena Korhonen
PL 95, 70701 Kuopio
Puhelin (017) 201 372
Faksi (017) 201 155
leena.korhonen@ktl.fi

Hanna Nohynek
Mannerheimintie 166
00300 Helsinki
Puhelin (09) 4744 8246
Faksi (09) 4744 8675
hanna.nohynek@ktl.fi

Eeva Pekkanen
Mannerheimintie 166
00300 Helsinki
Puhelin (09) 4744 8685
Faksi (09) 4744 8468
eeva.pekkannen@ktl.fi

Lehden aineistoa lainattaessa
on lähde aina mainittava.

TARTUNTATAUTIREKISTERI
Puhelin (09) 4744 8484 Eija Kela
Faksi (09) 4744 8468, eija.kela@ktl.fi

EPIDEMIAKONSULTAATIOT
Puhelin (09) 4744 8234, 4744 8557

ROKOTUSNEUVONTA
Matkailijoiden rokotukset
ma ja to klo 10–12, puhelin (09) 4744 8485
Muu rokotusneuvonta (rokotusaikataulut,
neuvolarokotukset, haittavaikutukset):
arkisin klo 9–12
puhelin (09) 4744 8243

YMPÄRISTÖONGELMANEUVONTA
Puhelin (017) 201 325

ISSN 1236 - 973X
Painopaikka: Askon paino 9.2000