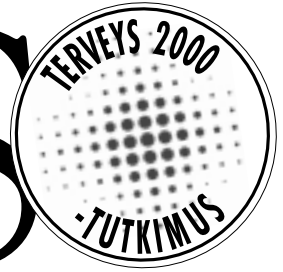


KANSAN TERVEYS



KANSANTERVEYSLAITOKSEN TIEDOTUSLEHTI • FOLKHÄLSOINSTITUTETS INFORMATIONSTIDNING

TOUKO-KESÄKUU 5-6/2002 MAJ-JUNI

KTL 5-6/2002

■ **Pääkirjoitus: Terveys 2000 -tutkimus tuotti myös yllätyksiä**

Sivu 1

■ **Suomalaisen terveysseurannan uusi peruskivi**

Sivu 2

■ **Toimintakyky parantunut**

Sivu 2

■ **Verenkiertoelinten sairaudet vähentyneet**

Sivu 4

■ **Suomalaisten mielenterveys jokseenkin ennallaan**

Sivu 5

■ **Aikuisten suunterveys kohenee**

Sivu 6

■ **Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet vähentyneet – kivut lisääntyneet**

Sivu 13

■ **Useimmat elintavat muuttuneet terveellisemmiksi**

Sivu 14

■ **Finelliryhmä – elintarvikkeiden koostumustietopankki KTL:ssa**

Sivu 14

■ **Valoa mielelle – lääketieteellisesti**

Sivu 15

■ **Kesää odotellessa**

Sivu 16

TARTUNTATAUTITILANNE SUOMESSA SS. 7-12

- Tartuntatautitilanne Suomessa
- Mikrobitalukko
- MPR-taudit – jatkuva uhkako?
- Syksyn influenssarokote: B-virukset kantona kaskessa
- Kaikille 65 vuotta täyttäneille ilmainen influenssarokotus ensi syksynä
- Rokotteiden haittavaikutukset vuonna 2001

TERVEYS 2000 -TUTKIMUS TUOTTI MYÖS YLLÄTYKSIÄ

Terveys 2000 -tutkimuksen tulokset antavat kuvan suomalaisten yleisestä terveyden tasosta ja terveyskehityksestä. Ne sisältävät monia yllätyksiä. Suomalaisten huomattava lihominen, miesten tupakoinnin väheneminen ja naisten tupakoinnin lisääntyminen ovat odotettuja havaintoja, kuten myös sepelvaltimotautien huomattava väheneminen. Odotettu tulos on myös seerumin kokonaiskolesterolitason suuri lasku. Verenpaineen näyttää alentuneen odotettua enemmän. Odottamaton tieto on että naisten polvinivelrikko on häviämässä. Naisten krooninen bronkiitti on lisääntynyt tupakoinnin yleistymisen mukana.

Varoitus tulevaisuuden kannalta on että kahdeksalla prosentilla miehistä on alkoholi riippuvuus. Vakava työuupumus on melko harvinainen ja harvinaisempi kuin aikaisemmassa tutkimuksessa. Psykkisiä kokemuksia mittaavan GHQ-kyselyn perusteella ei saatu näyttöä siitä, että väestön mielenterveys olisi muuttunut 20 vuoden takaisesta, vaikka niin voisi julkisuudessa näkyvien tietojen perusteella luulla. Astman yleistymisen nelinkertaiseksi 20 vuodessa kertoo terveydenhuollon muutosten ja käytäntöjen vaikutuksesta, mutta ehkä myös perussairauden ilmaantuvuuden kasvusta.

Ihmisten työ- ja toimintakyvyn voisi olettaa paranevan, jos niitä heikentävät vakavat sairaudet vähenevät. Koettu työkyvyttömyys onkin vähentynyt, vaikka 55-64 -vuotiaiden joukosta enemmistö edelleen on työelämän ulkopuolella. Työkyvyttömyyden väheneminen luo edellytyksiä entistä pidemmälle työssä ololle. Iäkkäiden ihmisten toimintakyky taas ratkaisee sekä tulevan avun että laitoshoidon tarpeen. Iäkkäiden ihmisten toimintakyky on parantunut ainakin 85. ikävuoteen saakka. Myös toimintakyvin elinaika näyttää pidentyneen. Sekä toimintakyvyn että sairastavuuden muutokset vaikuttavat palvelujärjestelmien ohella eläkevakuutukseen ja muuhun sosiaalivakuutukseen, joten tuloksilla on niiden kannalta suuri käytännöllinen merkitys.

Terveys 2000 -hankkeen onnistunut toteuttaminen yhdessä sen tärkeiden tulosten kanssa ovat kansainvälisessä työssä merkittävä valtti. KTL koordinoi vuodesta 2000 lukien kahta EU:n rahoittamaa hanketta, joissa kehitetään malleja ja menetelmiä eri maiden terveyshaastatteluja ja terveystarkastuksia varten. Tässä työssä KTL:n oma terveysseuranta on välttämätön voimavara.

Käytettävissä on nyt maailman mitassa ainutlaatuisen hyvä aineisto, jonka perusteellisesta hyödyntämisestä pyritään huolehtimaan. Hankkeen työryhmien tehtävänä on aineiston analysointi ja tulosten julkaiseminen.

Arpo Aromaa, tutkimusprofessori
KTL, Terveiden ja toimintakyvyn osasto



SUOMALAISEN TERVEYSSEURANNAN UUSI PERUSKIVI

Terveys 2000 -tutkimus toteutettiin Kansanterveyslaitoksen johdolla vuosina 2000 ja 2001. Sen edeltäjä Suomessa on Kelan vuosina 1978-80 tekemä Mini-Suomi -terveystutkimus. Näiden kahden tutkimuksen ansiosta voidaan ensi kerran saada oikea kuva samanaikaisesti sekä terveyteen vaikuttavien tekijöiden, monien sairauksien että työ- ja toimintakyvyn kehitymisestä.

Terveysseurannassa tarvitaan ajoittain kiintopisteitä, joiden kohdalla väestön terveys, sairaudet, hoidontarve ja toimintakyky on selvitetty monipuolisesti ja tarkasti. Niiden avulla voidaan myös arvioida keveämmin menetelmin (esimerkiksi kyselyin, haastatteluin) mutta useimmin toteutettavien seurantojen luotettavuutta.

Terveys 2000 -tutkimuksen rahoittajiksi ja toteuttajiksi koottiin laaja konsortio. Siihen kuuluivat KTL:n lisäksi Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kuntien eläkevakuutus, sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Stakes, Suomen hammaslääkäriliitto, Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia, Tilastokeskus, Työsuojelurahasto, Työterveyslaitos, UKK-instituutti, Valtiokonttori ja Valtion työsuojelurahasto sekä useiden yliopistojen tutkijat.

KOKO MAAN KATTAVA TUTKIMUS

Tutkimus kohdistui 80 eri alueella kaikkiaan 10 000 aikuiseen, jotka olivat edustava otos 18 vuotta täyttäneistä suomalaisista. Iältään 18-29-vuotiaille tehtiin terveyshaastattelu ja kyselyitä. 30-vuotiaille ja vanhemmille tehtiin haastattelu ja terveystarkastus. Henkilöille, jotka eivät päässeet tutkimuspaikalle pyrittiin tekemään terveystarkastus kotona tai laitoksessa. Tilastokeskuksen haastatteluorganisaation yli 160 haastattelijaa tekivät koti-terveyshaastattelut. KTL:n viisi kenttäryhmää, kussakin 16-17 henkilöä, tekivät terveystarkastukset. Melko tavanomaisten mittauksien ja verinäytteiden ohella terveystarkastukseen kuului perusteellinen lääkärin kliininen tutkimus, hammaslääkärin kliininen tutkimus ja ortopantomografiatutkimus, useita toimintakyvyttutkimuksia (mm. näkö, kuulo, kognitiivinen toimintakyky, reaktioaika, niveltoiminta, kävelynopeus, tasapaino) sekä psykiatrinen haastattelu (CID). Tutkimus onkin monipuolisin Suomessa tai missään maailmassa tehty edustavan väestönäytteen terveystarkastus. Esimerkiksi ortopantomografia, aistien toiminta ja toimintakyky tutkittiin nyt valtakunnallisesti ensimmäisen kerran ja lääkärin ja hammaslääkärin kliiniset arviot hankittiin Suomessa toisen kerran.

HYVIN ONNISTUNUT

Tutkimus onnistui suomalaisen mittaapuun mukaan hyvin ja kansainvälisen mukaan loistavasti. Haastatteluun osallistui 88 prosenttia otoksesta ja terveystarkastukseen kotitarkastus mukaan lukien 85 prosenttia. Jos otetaan huomioon myös täydentävät puhelinhaastattelut ja kyselyt saatiin ainakin osa tiedoista 93 prosentilta. Nämä luvut ovat hieman pienempiä kuin 20 vuotta sitten Mini-Suomi-tutkimuksessa mutta paljon suurempia kuin useimmissa suomalaisissa tutkimuksissa. Hyvä osallistumisprosentti on välttämätöntä etenkin tutkiessa toimintakykyä heikentäviä sairauksia ja toimintakyvyn vajavuuksia. □

*Arpo Aromaa, tutkimusprofessori
KTL, Terveystieteen ja toimintakyvyn osasto*



TOIMINTAKYKY PARANTUNUT

Suomalaisten toimintakyky on parantunut viimeisten 20 vuoden aikana. Myönteinen kehitys on seurausta toiminnanvajavuuksia aiheuttavien sairauksien vähenemisestä ja hoidon tehostumisesta sekä elinolojen paranemisesta. Valtaosalla alle 65-vuotiaista on varsin hyvä toimintakyky, mutta tätä vanhemmilla ja erityisesti 75. ikävuoden jälkeen aistien toiminnan vajavuudet ja vaikeudet kognitiivista ja fyysistä toimintakykyä edellyttävissä suorituksissa yleistyvät selvästi.

Toimintakykyä ja sen edellytyksiä kartoitettiin Terveys 2000 -tutkimuksessa hyvin monipuolisesti haastattelun, kyselyjen sekä mittausten avulla. Tutkimuskohteita olivat muun muassa liikkumiskyky, ala- ja yläraajojen sekä selän toiminnat, näkö, kuulo, tasapaino, reaktionopeus, kognitiivinen kyvykykyys, sosiaalinen toimintakyky, arkitöistä suoriutuminen, työkyky sekä avun, apuvälineiden ja kuntoutuspalvelujen tarve ja käyttö.

TYÖIKÄISILLÄ HYVÄ NÄKÖ JA KUULO

Vain muutamalla prosentilla työikäisistä oli heikentynyt näkö (omien lasien kanssa tutkittuna). Eläkeiässä, erityisesti 75. ikävuoden jälkeen näkövaikeudet yleistivät selvästi. Sokeita tai vaikeasti heikkonäköisiä oli 12 prosenttia 85 vuotta täyttäneistä. Kuulovaikeudet olivat niinkään melko harvinaisia alle 65-vuotiaille, mutta sitä vanhemmista lähes joka toisen kuulo oli heikentynyt.

IÄKKÄILLÄ MUISTIONGELMIA

Sanojen mieleen painaminen ja muistaminen heikkeni iän mukana selvästi. 30-44-vuotiaat oppivat kymmenestä sanasta keskimäärin yhdeksän, 65-74-vuotiaat seitsemän ja 85 vuotta täyttäneet viisi sanaa. Opittujen sanojen muistissa

Yli 99 prosenttia 30-44-vuotiaista kävelee puoli kilometriä vaikeuksitta.



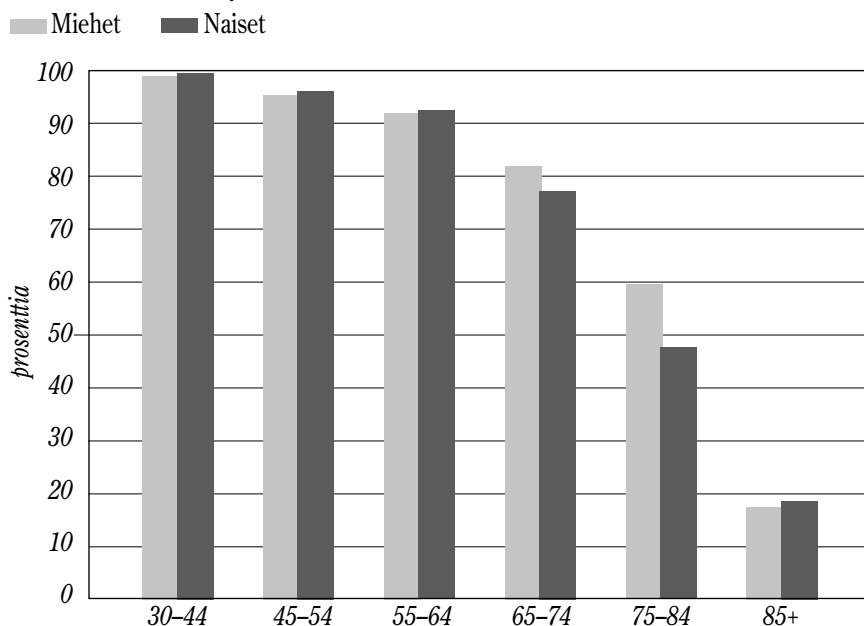
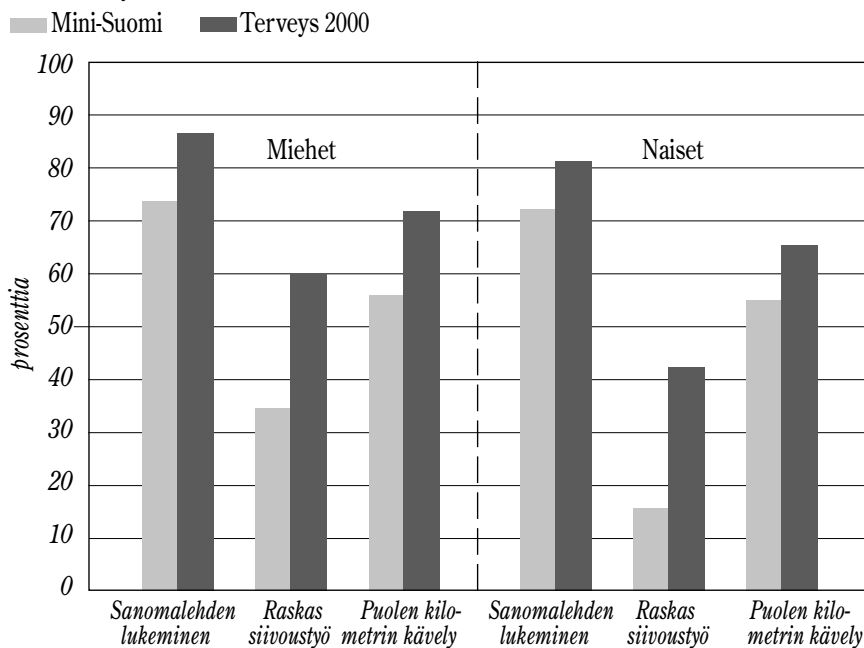
Normaalin näön ja kuulon ikävakiointu yleisyys (%).

	30-64	65+
Kaukonäkö (visus>0.5)		
Miehet	96,7	77,3
Naiset	97,6	75,1
Kuulo (≤25 dB, 500-2000 Hz)		
Miehet	96,3	56,7
Naiset	97,7	58,6

Liikkumiskykyä edellyttävistä toimista vaikeuksitta suoriutuvien ikävakiointu osuus (%).

	30-64	65+
Asunnossa liikkuminen		
Miehet	99,2	87,5
Naiset	99,3	83,8
Portaiden nouseminen (1 kerrosväli)		
Miehet	96,6	72,1
Naiset	96,0	61,9
Puolen kilometrin kävely		
Miehet	96,1	67,7
Naiset	96,6	62,0

Puolen kilometrin kävelystä vaikeuksista suoriutuvien osuus (%).

Eräistä toiminnoista vaikeuksista selviytyvien ikävakioitu osuus (%)
65 vuotta täyttäneillä tutkituilla

Eräistä arkitoimista vaikeuksista suoriutuvien ikävakioitu osuus (%).

	30-64	65+
Pukeutuminen		
Miehet	97,7	81,1
Naiset	97,0	82,8
Varpaankynsien leikkaaminen		
Miehet	95,8	64,3
Naiset	95,6	63,1
Raskas siivoustyö		
Miehet	93,0	55,6
Naiset	86,9	40,0
Kaupassa asiointi		
Miehet	97,9	78,9
Naiset	97,5	73,3

säilyminen heikkeni erityisesti 65. ikävuoden jälkeen: 65-74 -vuotiailla säilymisprosentti oli keskimäärin 77 ja 85 vuotta täyttäneillä enää 56. Alle 80 prosentin tulos voi herättää epäilyn muistiongelmista. Muistitehtävät sujuivat naisilta yleensä enemmän kuin miehiltä, tosin ero tasoittui eläkeiässä sanojen mieleen palautuksessa.

SUURI OSA ELÄKEIKÄISISTÄ NOUSEE PORTAAT VAIKEUKSISTA

Portaiden nousemisessa tai puolen kilometrin kävelemissä työikäiset eivät juuri kokeneet vaikeuksia. Eläkeiässä liikkuminen alkoi tuottaa enemmän ongelmia, erityisesti 75. ikävuoden jälkeen. Puolella 85 vuotta täyttäneistä oli vaikeuksia jo asunossaan liikkumisessa, portaiden

nousemisesta selvisi vaikeuksista tämän ikäisistä enää neljännes ja puolen kilometrin kävelystä harvempi kuin joka viides. Kävelynopeuden hidastuminen iän mukana heikentää selviytymistä muun muassa liikenteessä: suojatien ylittämisessä vihreän valon aikana on vaikeuksia iäkkäimmistä jopa kahdella kolmasosalla, jolla kävelynopeus oli hitaampi kuin 0,8 m/s.

MONET TARVITSEVAT APUA ARKITOIMISSA

Pukeutumisessa ja peseytymisessä oli vaikeuksia lähes puolella 85 vuotta täyttäneistä, kun valtaosa alle 75-vuotiaista koki selviytyvänsä näistä perustoimista ongelmitta. Varpaankynsien leikkaamisessa oli hankaluuksia kolmasosalla eläkeikäisistä. Raskas siivoustyö tuotti vaikeuksia tai oli mahdotonta joka viidennelle tutkitulle, eläkeikäisistä naisista jopa 60 prosentille. Kaupassa asiointi vaikeutui myös selvästi iän mukana. Arkisten toimintojen vaikeutuminen erityisesti iäkkäimpien keskuudessa on nähtävissä avuntarpeen yleisydessä: runsaat neljä viidesosaa 85 vuotta täyttäneistä laitosten ulkopuolella asuvista henkilöistä sai toimintakykynsä heikkenemisen vuoksi apua, naisista huomattavampi osa kuin miehistä.

ENTISTÄ USEAMPI OMATOIMINEN

Haastatteluun ja kyselyyn perustuvien osoittimien mukaan suomalaisten toimintakyky on kohentunut 20 vuodessa selvästi, ainakin 85. ikävuoteen saakka. Iäkkäistä entistä suurempi osa selviytyy vaikeuksista omatoimisuuden edellytyksenä olevista jokapäiväisistä tehtävistä tai liikkumiskykyä edellyttävistä toimista. Monissa toiminnoissa, esimerkiksi raskaassa siivoustyössä muutos on erittäin huomattava: vaikeuksia kokevien osuus on pienentynyt miehillä 33 prosentista 14:ään ja naisilla 51:stä 22 prosenttiin.

Myönteinen kehitys johtuu osittain elinolojen paranemisesta ja suoriutumisen vaatimuksien muuttumisesta, mutta myös siitä, että toiminnanvajavuuksia aiheuttavat sairaudet ovat vähentyneet ja niiden hoito on tehostunut. Sairauksien ehkäisy, hoitoa ja kuntoutusta sekä elinoloja edelleen kehittämällä voidaan tulevaisuudessa edistää toimintakyvyn myönteistä kehitystä. Jos väestön toimintakyky edelleen paranee, terveys- ja sosiaalipalvelujen tarve voi kasvaa ennakoitua vähemmän. □

*Päivi Sainio, tutkija
paivi.sainio@ktl.fi*

Seppo Koskinen, ylilääkäri

*Arpo Aromaa, tutkimusprofessori
ja Terveys 2000 -tutkimuksen
toimintakykyryhmä*

KTL, Terveystieteen ja toimintakyvyn osasto



VERENKIERTO- ELINTEN SAIRAUDET VÄHENTYNEET

Sepelvaltimotaudin esiintyvyys on pienentynyt viimeisten 20 vuoden aikana, mutta edelleen 65 vuotta täyttäneistä miehistä lähes kolmasosa ja naisista yli viidesosa sairasti sepelvaltimotautia. Sepelvaltimoiden pällolaajennus tai ohitusleikkaus oli tehty lähes kolmannekselle sepelvaltimotautia sairastavista 30 vuotta täyttäneistä miehistä, mutta vain 11 prosentille naisista. Sairastavuuden myönteisestä kehityksestä huolimatta huomattavalla osalla suomalaisista on edelleen riski sairastua moniin verenkiertoelinten sairauksiin ja diabetekseen. Kaikenikäisissä miehistä ja naisissa on selvästi enemmän lihavia kuin 20 vuotta sitten. Kokonaiskolesteroli oli tutkimuksen aikana suositusten mukainen miehistä noin 18 prosentilla ja naisista 20 prosentilla (alle 5 mmol/l).

Terveys 2000 -tutkimus tuotti ajantasaista tietoa eri verenkiertoelinsairauksien esiintyvyydestä suomalaisessa aikuisväestössä (30-99-vuotiailla). Vertaamalla tutkimuksen tuloksia 20 vuotta sitten tehtyyn Mini-Suomi-tutkimukseen voidaan tehdä myös päätelmiä sairastavuuden kehityksestä.

SEPELVALTIMOTAUTI VÄHENTYNYT SELVÄSTI

Alle 65-vuotiailla sepelvaltimotauti oli vielä melko harvinainen, mutta eläkeikäisistä miehistä lähes kolmasosa ja naisista yli viidesosa oli sairastanut sydäninfarktin tai kärsi rasisintakivuista. Sydäninfarkti oli miehillä selvästi yleisempi kuin naisilla, mutta angina pectoris-oire yleistyi naisilla iän myötä jyrkemmin kuin miehillä ja vanhimmissa ikäluokissa sen esiintyvyys lähestyi miesten tasoa. Mini-Suomi-tutkimukseen verrattuna sepelvaltimotaudin esiintyvyys oli pienentynyt sekä miehillä että naisilla. Esiintyvyys oli vähentynyt eniten alle 65-vuotiailla ja vielä 65-74-vuotiaidenkin ryhmässä oli tapahtunut vähentymistä, mutta ei enää yli 75-vuotiailla. Tämä saattaa merkitä taudin siirtymistä vanhemmalle iälle, mutta tulos voi johtua myös tutkimusten erilaisesta osallistumisaktiivisuudesta kaikkein vanhimmissa ikäluokissa.

SEPELVALTIMO- TOIMENPITEET

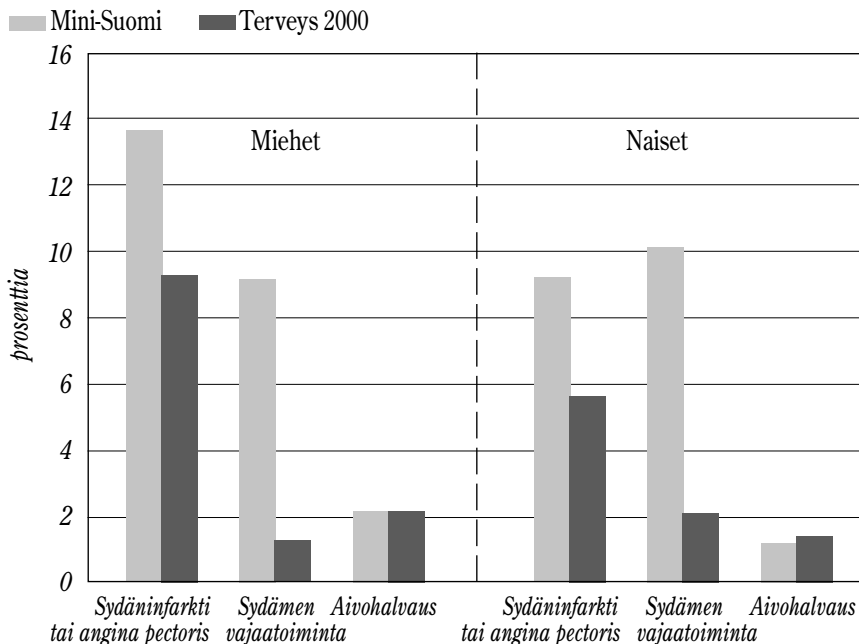
Sepelvaltimotautia sairastavista miehistä yli kolmasosalle ja naisista 11 prosentille oli tehty ohitusleikkaus tai pällolaajennus. Toimenpiteitä oli tehty yleisimmin 45-74-vuotiailla miehille, joista yli

Eräiden vaaratekijöiden ikävakioitu esiintyvyys (%) 30-99-vuotiailla tutkituilla.

	Miehet		Naiset	
	Mini-Suomi	Terveys 2000	Mini-Suomi	Terveys 2000
Kokonaiskolesteroli ≥6,5 mmol/l	41	30	45	28
Verenpaine: systolinen ≥160 tai diastolinen ≥95 mmHg	38	24	36	18
Painoindeksi ≥30 kg/m ²	12	21	17	23

Eräiden sairauksien ikävakioitu esiintyvyys (%)

30-99-vuotiailla tutkituilla lääkärin klinisen tutkimuksen mukaan.



40 prosentille oli tehty jompikumpi toimenpide. Naisille toimenpiteitä oli tehty yleisimmin 45-54-vuotiaiden ryhmässä (48 prosentille). Miesten ja naisten välinen ero toimenpiteiden yleisyydessä korostui vanhemmissa ikäluokissa.

KOHONNUT VERENPAINETASO

Kohonnut verenpaine oli nuorilla miehillä yleisempi kuin naisilla, mutta 65 ikävuoden jälkeen tilanne oli päinvastainen. Verenpainetauti haastatteluun mukaan 30-64-vuotiaista miehistä 28 prosenttia ja naisista 24 prosenttia. 65 vuotta täyttäneistä miehistä yli 40 prosenttia ja naisista lähes puolet ilmoitti sairastavansa verenpainetauti. Mini-Suomi-tutkimuksen ajasta verenpainetauti sairastavien osuus oli suurentunut. Kuitenkin niiden osuus, joilla verenpainemittauksessa systolinen verenpaine oli vähintään 160 mmHg tai diastolinen vähintään 95 mmHg, oli pienentynyt vuodesta 1980 miehillä 38 prosentista 24 prosenttiin ja naisilla 36 prosentista 18 prosenttiin. Nämä tulokset kuvastavat kohonneen verenpaineen tehostunutta havaitsemista ja hoitoa.

SYDÄMEN VAJAATOIMINNAN ESIINTYVYYS ROMAHTANUT

Sydämen vajaatoiminta oli harvinainen työikäisillä, mutta yleistyi nopeasti 65 ikävuoden jälkeen. Lääkärin klinisen diag-

noosin mukaan viisi prosenttia eläkeikäisistä miehistä ja yhdeksän prosenttia naisista sairasti sydämen vajaatoimintaa. Sydämen vajaatoiminta on vähentynyt selvästi viimeisten 20 vuoden aikana. Suuren osan tästä vähenemisestä selittää todennäköisesti diagnostiikan tarkentuminen sydämen ultraäänitutkimuksen saatavuuden parannuttua. Toisaalta myös verenpainetaudin ja sepelvaltimotaudin tehostunut hoito on saattanut vähentää sydämen vajaatoiminnan esiintyvyyttä.

Aivohalvauksen esiintyvyydessä ei ole tapahtunut muutosta 20 vuoden aikana. Terveys 2000 -tutkimuksessa 2,3 prosenttia kaikista miehistä ja 1,3 prosenttia naisista oli sairastanut aivohalvauksen. 65 vuotta täyttäneillä miehillä aivohalvauksen esiintyvyys oli 6,4 prosenttia ja naisilla 4,1 prosenttia.

VAIN VIIDENNEKSELLÄ HYVÄ KOLESTEROLITASO

Suosituksen mukainen kokonaiskolesterolitasa (alle 5 mmol/l) oli miehistä vain 18 prosentilla ja naisista 20 prosentilla. Työiässä tilanne oli miehillä naisia huonompi, mutta eläkeikäisten kolesteroliarvot olivat naisilla korkeammat kuin miehillä; 65 vuotta täyttäneistä naisista 12 prosentilla ja miehistä 24 prosentilla oli suositusten mukainen kokonaiskolesteroli. Mini-Suomi-tutkimuksen aikaan 20 vuotta

sitten tilanne oli huonompi. Niiden osuus, joilla oli selvästi kohonnut kolesteroli ($\geq 6,5$ mmol/l) on pienentynyt vuodesta 1980 miehillä 41 prosentista 30 prosenttiin ja naisilla 45 prosentista 28 prosenttiin.

LIHAVUUS LISÄÄNTYNYT

Lihavien osuus (painoindeksi 30 kg/m² tai yli) on lähes kaksinkertaistunut miehillä ja naisillakin kasvanut 17 prosentista 23 prosenttiin viimeisten 20 vuoden aikana. Lihavuus on lisääntynyt kaikissa ikäryhmissä.

PÄÄTELMÄT

Terveys 2000 -tutkimus tuotti arvokasta ja ainutlaatuista tietoa suomalaisten aikuisten verenkiertoelintautien ja niiden vaaratekijöiden esiintyvyydestä ja mahdollisti myös 20 vuoden aikana tapahtuneen muutoksen tarkastelun. Erityisen myönteistä on sepelvaltimotaudin esiintyvyyden pieneneminen. Muutos on kuitenkin selvä vain työikäisillä ja varhaisessa eläkeiässä. Kolesterolitaso ja verenpainetasokin ovat muuttuneet myönteiseen suuntaan. Huolestuttavaa on kuitenkin lihavuuden lisääntyminen. Verenkiertoelinsairauksien esiintyvyydessä on tapahtunut oleellista parantumista, mutta sairausryhmä on edelleen kansanterveydellisesti merkittävä ja erityisesti lisääntyvät vaaratekijät edellyttävät entistä aktiivisempaa suhtautumista. □

*Anna Kattainen, tutkija
KTL, Terveiden ja toimintakyvyn osasto
anna.kattainen@ktl.fi*

*Antti Reunanen, laboratorionjohtaja
KTL, Terveiden ja toimintakyvyn osasto*

*Kirjallisuutta:
Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O, Knekt P, Maatela J, Joukamaa M ym. Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveys-tutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32, Helsinki ja Turku 1989.
Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki 2002.*

SUOMALAISTEN MIELENTERVEYS JOKSEENKIN ENNALLAAN

Kiire, työelämän paineet, erot ja menetykset, perhesuhteiden löyhtyminen, vanhemmuuden puuttuminen, lasten tarpeiden unohtaminen, psyykinen kuormittuminen, sosiaalisen tuen heikentyminen, työttömyys, vieraantuminen väestön valtavirran elämästä, yksinäisyys ja elämän merkityksettömyys sekä päihteet ovat tekijöitä, joilla yleisessä keskustelussa selitetään oletettua psyykkisen oirehtimisen lisääntymistä ja kasvavaa mielenterveyden häiriöiden määrää.

Yleinen huoli väestön hyvinvoinnista ja mielenterveydestä ei nojaa mihinkään tutkittuun tietoon, joka osoittaisi, että suomalaiset voisivat muita huonommin tai entistä kehnemmin. Päinvastoin, monet asiat ovat kehittymässä mielenterveyden osalta parempaan suuntaan.

Myönteistä psyykkisen hyvinvoinnin kehitystä kuvaa itsemurhakuolleisuuden jatkuva lasku vuodesta 1990 lähtien. Vuonna 2000 Suomessa tehtiin yhteensä 1 165 itsemurhaa (22,5 per 100 000 as.), joista miesten tekemiä oli 873 (34,6) ja naisten 292 (11,0). Itsemurhakuolleisuus on laskenut pitkään jatkuneen nousun jälkeen kymmenen vuoden aikana neljänneksellä yli 40 vuoden takaiselle tasolle. Todennäköisin yksittäinen syy myönteiselle kehitykselle on itsemurhien keskeisen riskitekijän, masennuksen, havaitsemiseen ja hyvään hoitoon kiinnitetty huo-

mio. Samanaikaisesti masennus on kuitenkin noussut sairaslomien, eläkkeiden ja lääkkeiden käytön erääksi tärkeimmäksi syyksi.

VAKAVA TYÖUUPUMUS AIKA VÄHÄISTÄ

Terveys 2000 -tutkimuksessa tutkittiin suomalaisen väestön stressi- ja masennusoireita, työuupumusta ja myös varsinaista kliinistä depressiota. Tämän tutkimuksen antama kuva väestön mielenterveydestä ei tuonut muita suuria yllätyksiä kuin kuvan mielenterveyden stabiiludesta. Stressioireet (General Health Questionnaire, 12 kysymystä) jakautuivat aivan samalla tavalla kuin 20 vuotta aiemmin Mini-Suomi -tutkimuksessa. Tulosten perusteella voidaan otaksua, että neljä viidesosaa väestöstä (80 %) oirehtii psyykkisesti vain vähän tai ei lainkaan. Lievää työuupumusta ilmaisi joka neljäs työelämässä oleva. Vakavan työuupumuksen määrä oli vain 2-6 prosenttia tässä 30-64 -vuotiaiden ikäryhmässä. Uupumus painottui selvästi työelämän loppujaksolle.

Terveys 2000:ssa tutkittuilla tehtiin erikseen diagnostinen haastattelu mielenterveyden häiriöiden yleisyyden määrittämiseksi. Edeltäneen vuoden aikana tutkituista viisi prosenttia oli kärsinyt vakavasta masennustilasta. Tulos on sekä muihin suomalaisiin tutkimuksiin että kansainvälisiin väestötutkimuksiin verrattuna odotusten mukainen. Naisilla depression esiintyminen oli lähes kaksi kertaa yleisempää kuin miehillä.

Tutkimuksessa voitiin kerätä myös ensimmäistä kertaa Suomessa edustavalla väestötötkellä diagnostiseen haastattelu-tutkimukseen perustuva tieto alkoholiriippuvuuden (alkoholismien) yleisyydestä. 30-64 -vuotiailla miehillä alkoholismia oli noin kahdeksalla prosentilla ja naisilla alle kahdella prosentilla. Tämäkin tulos on odotusten mukainen ja vastaa länsimaista saatua tuloksia. Huolestuttavaa kuitenkin on, että alkoholin käyttöön liittyvä kuolleisuus on noussut voimakkaasti viimeisen vuosikymmenen aikana. Lähivuosina edessä on lisäksi alkoholin kulutuksen voimakas kasvu terveyshaittoineen.

PALVELUJA LIIAN VÄHÄN

Ongelmien yleisyydestä huolimatta mielenterveyspalvelujen saatavuudessa ja käytössä on edelleen ilmeisiä puutteita. Terveys 2000 -tutkimuksessa haastatelluista kuusi prosenttia oli käyttänyt terveyspalveluja mielenterveyteen liittyvien ongelmien vuoksi. Odotusten mukaisesti naiset etsiytyivät avun piiriin lähes kaksi kertaa miehiä useammin.

Terveys 2000 -tutkimuksessa tutkittiin erikseen myös 18-29 -vuotiaiden mielenterveyttä. Tuloksia tutkimuksen tästä osasta ei ole vielä käytössä. Muista suomalaista tutkimuksista tiedetään, että mielenterveyden ongelmia esiintyy jo alle kouluikäisten keskuudessa noin joka

Vaikka suomalaisten kolesterolitasot ovat laskeneet 20 vuoden aikana, 80 prosentilla suomalaisista on edelleen suosituksia korkeampi kokonaiskolesteroli (yli 5 mmol/l).



kymmenennellä lapsella. Nuoruusvuosien aikana häiriöiden määrä lisääntyy edelleen ja nousee aina aikuisten tasolle. Tähän kehityksen tulisi voida puuttua tutkitun ja pätevän tiedon avulla. Erityisesti tämä koskee moniongelmaisia nuoria ja heidän lisääntyvää päihteiden käyttöään tupakasta, huumekokoiuihin ja aina suomensisäisten huumeiden käyttöön asti.

Tarvitaan kipeästi myös pitkäaikaisia seurantatietoja mielenterveyshäiriöiden synnystä, kehityksestä ja ennusteesta. Terveys 2000 -tutkimus antaa tähän erinomaisten hyviä mahdollisuuksia. □

*Jouko Lönnqvist, tutkimusprofessori
KTL, Mielenterveyden ja alkoholi-
tutkimuksen osasto*



AIKUISTEN SUUNTERVEYS KOHENTUNUT

Suurin osa aikuisista arvioi suun terveydentilansa melko hyväksi tai hyväksi. Työikäisestä väestöstä vain viisi prosenttia oli menettänyt kaikki hampaansa, eläkeikäisistä lähes puolet. Iensairaudet ja erityisesti karies ovat vähentyneet, mutta muodostavat edelleen huomattavan ongelman etenkin miehille ja eläkeikäisille. Eniten koulutusta saaneilla oli muita parempi suunterveys, ja he käyttivät hammashoitopalveluja enemmän kuin muut väestöryhmät.

Terveys 2000 -tutkimus kartoitti suomalaisen aikuisväestön suunterveyttä tavasti ensimmäisen kerran sitten vuonna 1980 toteutetun Mini-Suomi-tutkimuksen. Tietoja on kerätty poikkeuksellisen monipuolisesti haastattelun, kyselyjen sekä kliinisen ja röntgenologisen tutkimuksen avulla.

PALVELUJEN KÄYTTÖ LISÄÄNTYNYT

Yli puolet suomalaisista aikuisista (55 %) oli käynyt hammaslääkärissä edellisen vuoden aikana. Käyntikertoja oli keskimäärin 1,4. Vaikka hoidossa vuoden aikana käyneiden osuus oli kasvanut yli 20 prosenttiyksikköä vuodesta 1980, palvelujen käyttöaste on yhä alhaisempi kuin esimerkiksi muissa pohjoismaissa. Työikäiset ilmoittivat käyneensä hammaslääkärissä keskimäärin 1,5 kertaa vuoden sisällä, ja eläkeikäiset keskimäärin 0,9 kertaa.

SUUNTERVEYS PARANTUNUT

Kaksi kolmesta haastattelusta arvioi suunterveytensä hyväksi tai melko hyväksi. Kokoproteesin käyttäjien arviot eivät eronneet hampaallisten tutkittujen arvioista. Hampaattomien määrä väestössä oli vähentynyt 20 vuodessa naisilla 37:stä 12 prosenttiin ja miehillä 23:sta 14 prosent-

Hampaattomien osuus (%) tutkituista.

Ikäryhmä	Miehet			Naiset		
	45-54	55-64	65+	45-54	55-64	65+
Mini-Suomi v.1980	19	35	51	33	49	65
Terveys 2000	6	13	36	6	18	47

Karieksen esiintyvyys (%) tutkituilla.

Ikäryhmä	Miehet				Naiset			
	30-44	45-54	55-64	65+	30-44	45-54	55-64	65+
Mini-Suomi v.1980	64	70	70	68	52	59	54	64
Terveys 2000	29	31	32	43	17	19	24	25

Iensairauksien yleisyys (%) vuonna 2000 tutkituilla*

Ikäryhmä	30-44	45-54	55-64	65+*	30+*
Miehet	65	76	76	76	72
Naiset	48	62	63	65	57
Kaikki	57	69	69	70	64

*ikävakioitu: suora vakiointi, v. 2000 väestö

tiin. Vanhemmissa ikäryhmissä hampaattomuus oli kuitenkin vielä erittäin yleistä. Korkea-asteen koulutuksen saaneissa oli selvästi vähemmän hampaattomia kuin peruskoulun käyneissä.

Kariesta sairastaviksi katsottiin ne tutkitut, joilla oli ainakin yksi hoitamaton kariespesäke. Aikuisväestön kariessairastavuus on vähentynyt dramaattisesti. Muutos on ollut suurin 30-54 -vuotialla naisilla, joilla kariessairastavuus väheni kolmanneksen aiemmasta.

Iensairauksia katsottiin olevan niillä tutkituilla, joilta löytyi ainakin yksi syventynyt ientasku. Iensairaudet ovat vähentyneet vuodesta 1980 naisilla 69:stä 57 prosenttiin ja miehillä 84:stä 72 prosenttiin. Tilanteen paranemisesta huolimatta iensairaudet olivat edelleen hyvin yleisiä.

SOSIAALISET EROT SÄILYNEET

Lisääntyneestä hammashoitopalvelujen käytöstä ja yleisesti parantuneesta väestön suun terveydestä huolimatta, ikä, sukupuoli ja koulutusaste näyttivät edelleen määrittävän ryhmien välisiä terveyseroja. Vanhemmissa ikäryhmissä koettu suun terveys oli huonompi, hammashoidossa käyntien määrä pienempi, hampaattomien sekä kariesta ja iensairauksia sairastavien osuus suurempi kuin nuoremmassa ikäryhmissä. Naiset kävivät useammin hammaslääkärissä, arvioivat suunsa terveyden paremmaksi; kariksen ja iensairauksien määrä oli vähäisempi kuin miehillä. Naiset olivat kuitenkin miehiä yleisemmin hampaattomia 54. ikävuoden jälkeen. Mitä enemmän sekä naisilla että miehillä oli koulutusta, sitä useammin he arvioivat suunsa terveyden hyväksi ja kävivät hammaslääkärissä. Hoitamaton karies ja hampaattomuus olivat sitä yleisempiä mitä vähemmän tutkituilla oli koulutusta.

Kerätty tieto on arvokasta, koska Suomesta puuttuu suun terveyden osalta

säännöllisten, kliinisten väestötutkimusten perinne. Yhteiskunnan tukemasta aikuisten hammashoidosta on saatavilla tietoja vain terveystieteiden sektorilta. Vaikka aikuisväestön palvelujen käyttö on kasvanut ja suun terveys on parantunut huomattavasti viimeisen 20 vuoden aikana, karies ja iensairaudet ovat edelleen merkittäviä ongelmia etenkin miehillä ja kaikilla eläkeikäisillä. Sukupolvien väliset erot suun terveydessä säilyneet vielä pitkään. Sosiaalisen eron suun terveydessä ja palvelujen käytössä eivät ole hävinneet. □

*Liisa Suominen-Taipale, tutkija
KTL, Terveystieteen ja toimintatutkimuksen osasto
(09) 4744 8926 tai 017-201 487
faksi (09) 4744 8924
liisa.suominen-taipale@ktl.fi*

*Miira Vehkalahti
Hammaslääketieteen laitos
Helsingin yliopisto*

*Anne Nordblad
Stakes*

*Kirjallisuutta:
Vehkalahti M, Paunio I, Nyyssönen V, Aromaa A,
toim. Suomalaisen aikuisen suunterveys
ja siihen vaikuttavat tekijät. Helsinki ja Turku,
Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:34, 1991.*

TARTUNTATAUTITILANNE SUOMESSA

RAPORTOIDUT MIKROBILÖYDÖKSET

Influenssa A -epidemia alkaa olla loppuillaan, tapauksia kertyi enemmän kuin vuosi sitten, mutta määrä ei yltänyt vuosien 1999 ja 2000 tasolle. Kupan tapausmäärät ovat laskussa, mutta klamydian edelleen kasvussa. Hepatiitti A -epidemia jatkuu. Puumalaviruslöydösten määrä on pysynyt epätavallisen korkeana talven ja kevään aikana.

HENGITYSTIEPATOGEENIT

Ilmoitettujen influenssa A -tapausten määrä on selvästi vähentynyt viime viikoina, mutta edelleen on ilmoitettu muutama tapaus. Tänä vuonna influenssa A -epidemia alkoi tavallista myöhemmin. Ilmoitettujen tapausten määrä saavutti huippunsa maaliskuussa, kun se edeltävänä vuosina on yleensä ollut tammi-helmikuussa. Tänä vuonna ilmoitettiin huhtikuullekin vielä runsaasti tapauksia, kun aikaisempina vuosina niitä on silloin ollut selvästi vähemmän. Kaikkiaan ilmoitettuja tapauksia on tänä vuonna ollut enemmän kuin viime vuonna, mutta vuosien 1999 ja 2000 tasolle määrä ei noussut.

SUOLISTO-PATOGEENIT

Helsingissä on maaliskuun huhtikuun aikana ollut kaksi *Salmonella* typhimuriumin aiheuttamaa ruokamyrkytysepidemiaa. Toinen liittyi ravintolaan ja toinen juhlatapahtumassa tarjottuun ateriaan. Tartunnalle altistuneita on yli 200 ja sairastuneita ainakin 40-50. Molemmissa epidemioissa esiintynyt sama faagityyppi viittaa siihen, että infektion lähde olisi sama. Helsingin kaupunki selvittelee tartunnan lähdetä.

SUKUPUOLITAUTI-PATOGEENIT

Vuonna 2001 kuppaa ilmoitettiin neljännes vähemmän kuin vuonna 2000, mutta se ei merkittävästi poikkea edeltävien viiden vuoden lukemista. Myös tippuria ilmoitettiin hieman edellistä vuotta vähemmän. Klamydiatapausten määrä sen sijaan jatkoi kasvuaan. Klamydian luvut ovat 50-80 -kertaiset verrattuna tippuriin tai kuppiaan.

Vuoden 2002 neljänä ensimmäisenä kuukautena ilmoitettiin neljännes vähemmän kuppaa kuin vuosi sitten vastaavana aikana. Tippuria ilmoitettiin lähes yhtä paljon kuin vastaavana aikana viime vuonna. Sen sijaan klamydiaa ilmoitettiin yli kymmenen prosenttia enemmän.

HEPATIITTI-PATOGEENIT

Hepatiitti A -epidemia jatkuu Helsingissä. Koko maassa on tänä vuonna ilmoitettu yli 100 tapausta, näistä yli 70 Helsingistä. Muutamilla pääkaupunkiseudun ulkopuolisilla tapauksilla on ilmennyt yhteys pääkaupunkiseudun huumeidenkäyttäjii. Helsingissä ja Vantaalla huumeidenkäyttäjien neuvontapisteissä on rokotettu noin 800 henkilöä hepatiitti A -rokotteella.

PUUMALAVIRUS

Puumalavirus-tapauksille tyypillistä on vuodenaikavaihtelu, joulukuun huippua seuraa tapausten reilu väheneminen talven ja kevään kuukausina. Tänä vuonna raportoitujen Puumalaviruslöydösten määrä on pysynyt epätavallisen korkeana talven ja kevään aikana. Raportoidut määrät ovat selvästi laskeneet joulutammikuun luke- mista, mutta ovat pysyneet helmi-huhtikuussa korkeampina kuin aikaisempina vuosina.

UUTISIA MAAILMALTA

Kreikassa esiintyi huhtikuussa enteroviruksen aiheuttamia sydänlihaks- ja sydänpussitulehduksia, jotka saivat runsaasti julkisuutta tiedotusvälineissä. Kolmen aikuisen kuolema johti seurannan tehostamiseen ja koulujen pääsiäisloman aikais- tamiseen kolmella päivällä. Tehostettu seuranta tuotti toukokuun 10. päivään mennessä 56 raportoitua tapausta, joissa oli virusinfektioon liittyvä sydänlihaks- ja/ tai sydänpussitulehdus. Uusia kuoleman- tapauksia ei ole tullut, kaikki sairastuneet ovat toipumassa. Enterovirusia esiintyy ajoittain, mutta nyt tehostetulla seurannalla saatuja määriä ei voi verrata normaalissa seurannassa saatuihin lukuihin. Matkail- joille enteroviruksen aiheuttama vaara on koko ajan ollut vähäinen.

Matkailijoilla on raportoitu vuodesta 1996 lähtien kuusi kuolemaan johtanutta keltakuumeetapausta. Viimeisin tapaus on yhdysvaltalainen mies, joka sairastui pal- lattuun kuuden päivän kalastusmatkalta Amazonasista Brasiliasta. Tämä oli kol- mas tapaus samalta alueelta Brasiliasta. Kaikki keltakuumeeseen kuolleet matkai- lijat ovat olleet rokottamattomia. Neljä oli saanut keltakuumeen Etelä-Amerikasta ja kaksi Länsi-Afrikasta.

Keltakuumeelle endeemisiä maita on Afrikassa 34 ja Etelä-Amerikassa 10. Aasiassa keltakuumetta ei esiinny. Kelta- kuume on hyttysen pistojen välityksellä tarttuva virustauti. Siihen on olemassa tehokas rokote, joka yhdellä annoksella antaa suojan ainakin kymmeneksi vuodeksi.

Alankomaissa on aloitettu lasten roko- tukset C-ryhmän meningokokkrokotteel- la. Tämä on seurausta C-ryhmän meningok- kokkien aiheuttamien invasiivisten menin- gokokitapausten lisääntymisestä Alanko- maissa. Vuonna 1999 C-ryhmän aiheut- tamia tapauksia oli 86 (15% meningokokki- tapauksista), vuonna 2001 niitä oli 275 (38% meningokokkitapauksista) ja vuo- den 2002 kolmen ensimmäisen kuukau- den aikana 108 tapausta (44% meningok- kokkitapauksista).

Alankomaissa lapset rokotetaan 14 kuukauden iässä, jolloin annetaan muita- kin rokotuksia. Tänä vuonna pyritään ro- kottamaan myös kaikki lapset 14 kuukau- den iästä 18 vuoden ikään. Tämä on Alan- komaiden historian suurin rokotuskam- panja, noin 3,4 miljoonaa lasta saa kutsun rokotuksiin vuoden 2002 aikana. □

*Jukka Knuutila, infektio lääkäri
KTL, Infektioepidemiologian osasto
(09) 4744 8557, jukka.knuutila@ktl.fi*

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

	Marraskuu November 2001 2000		Joulukuu December 2001 2000		Yhteensä ** Totalt 2001 2000		Tammikuu Januari 2002 2001		Helmikuu Februari 2002 2001		Maaliskuu Mars 2002 2001	
HENGITYSTIEPATOGEENIT / LUFTVÄGSPATOGENER												
Klamydia (<i>C. pneumoniae</i>)	38	33	29	12	243	291	19	36	10	12	12	40
Mykoplasma (<i>M. pneumoniae</i>)	126	107	63	110	1 011	740	95	142	81	95	65	81
Pertussis	39	63	28	60	315	839	22	52	16	40	22	26
Adenovirus	30	55	44	31	425	451	46	38	121	37	88	60
Influenssa A-virus	1	16	6	49	932	1 471	31	293	384	527	630	94
Influenssa B-virus	0	0	1	1	250	41	2	25	23	32	42	66
Parainfluenssavirus	7	24	15	29	413	263	22	36	29	37	32	61
RSV (respiratory syncytial virus)	158	14	669	18	1 892	1 889	872	67	511	74	178	134
SUOLISTOPATOGEENIT / TARPATOGENER												
Salmonella	187	258	115	211	2 731	2 624	188	261	121	203	151	233
Shigella	13	12	4	9	222	75	8	20	1	21	10	16
Yersinia	36	49	34	40	728	641	53	56	45	31	53	55
Kampylo	268	285	190	241	3 969	3 527	247	261	207	210	264	253
EHEC	1	0	1	0	18	17	0	0	0	1	0	2
Kalikkivirus	11	7	2	6	229	367	38	15	26	9	43	62
Rotavirus	9	17	59	39	1 395	1 437	130	69	192	103	246	260
Giardia	26	13	19	20	302	221	18	23	17	10	14	26
Ameba (<i>E.histolytica</i>)	5	11	2	6	44	97	5	4	1	2	6	2
HEPATIITIPATOGEENIT / HEPATITPATOGENER												
Hepatitis A-virus	4	5	5	5	50	51	15	4	15	6	22	0
Hepatitis B-virus	37	27	23	28	362	529	23	35	22	21	30	38
Hepatitis C-virus	127	144	79	112	1 456	1 699	117	148	118	124	110	147
SUKUPUOLITAUTIPATOGEENIT / KÖNSSJUKDOMSPATOGENER												
Klamydia (<i>C. trachomatis</i>)	1 141	1 085	769	874	12 142	11 731	1 299	1 185	1 100	902	977	913
HI-virus	10	9	7	12	127	145	13	16	11	15	10	8
Gonokokki	17	23	18	23	241	271	20	25	21	23	16	11
Syfilis (<i>T. pallidum</i>)	15	10	11	12	146	198	6	8	9	17	11	10
VERI- JA LIKVORIVILJELYLÖYDÖKSET / BLOD- OCH LIKVORODLINGSFYND												
Pneumokokki (<i>S. pneumoniae</i>)	58	52	66	63	658	601	60	55	59	69	55	65
A-streptokokki (<i>S. pyogenes</i>)	6	8	10	9	100	116	8	8	8	9	15	9
B-streptokokki (<i>S. agalactiae</i>)	10	15	12	10	180	157	10	13	16	11	12	18
Meningokokki	4	4	3	4	47	48	3	4	2	6	3	4
RESISTENTIT BAKTEERIT / RESISTENTA BAKTERIER												
Enterokokit (VRE)	1	0	1	0	15	38	0	0	0	1	0	1
MRSA	34	36	29	11	340	261	51	18	69	12	40	34
Pneumokokki (PenR)	6	2	7	8	67	64	5	5	3	13	8	4
MUITA MIKROBEJA / ÖVRIGA MIKROBER												
Borrelia*	85	114	53	55	691	895	69	55	44	35	50	38
Tularemia	1	13	1	7	29	926	0	2	0	0	1	0
Tuberkuloosi (<i>M. tuberculosis</i>)	30	38	28	26	409	450	29	32	33	27	16	44
Echovirus	0	0	1	1	5	11	0	1	0	0	0	0
Enterovirus	62	29	18	6	266	260	11	18	11	14	11	5
Parvovirus	4	18	9	8	215	224	13	49	14	33	11	28
Puumalavirus	247	61	361	65	1 057	774	295	43	179	10	173	8
Malaria	1	3	1	4	38	38	0	4	3	3	4	1

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

** Yhteensä = tapaukset vuoden alusta joulukuun loppuun

MPR-TAUDIT - JATKUVA UHKAKO?

MPR-taudit (tuhkarokko, sikotauti ja vihurirokko) on hävitetty Suomesta onnistuneen rokotusohjelman avulla. Matkailun välityksellä ulkomailta tuotuja harvoja tautitapauksia esiintyy kuitenkin vuosittain.

Hyvä tilanne tuudittaa herkästi väärään turvallisuuden tunteeseen. MPR-tauteja esiintyy runsaasti kehitysmaissa, mutta ajoittain epidemioita puhkeaa myös Euroopan maissa. Synnä Euroopan epidemioihin on se, ettei rokotusten kattavuus täytä 95 prosenttia. Lisäksi Suomessakin muutama prosentti kustakin ikäluokasta jää ilman suojaa ja voi johtaa vähitellen riittävän suuren joukon syntymiseen niin, että kotimainekin epidemia taas olisi mahdollinen.

Erityisesti tuhkarokko on oireiltaan ja taudinkuvaltaan varsin vakava tauti, johon liittyy paljon sairaalahoitoa vaativia oireita ja jopa kuolleisuutta. Vihurirokko on kavalaa aiheuttaessaan synnynnäisiä infektiota, jotka vaurioittavat sikiötä pysyvästi. Sikotauti puolestaan voi johtaa orkiittiin ja sitä tietä steriliteettiin.

LÄHIALUEILLA PALJON

Tämän vuoden alkupuolella Liettua on ollut tuhkarokkoepidemia, joka onneksi alkaa vähitellen laantua. Parin viime vuoden aikana Latviassa on ollut tuhansia sikotautitapauksia. Myös Venäjällä sikotautin esiintyvyys on jatkuvasti korkea.

Vihurirokkoa esiintyy runsaasti monissa Etelä- ja Itä-Euroopan maissa. Parasta aikaa on meneillään vihurirokkoepidemia Latviassa, tapauksia on tähän mennessä ollut lähes 700. Itänaapurissa Venäjällä vihurirokkoa esiintyy tällä hetkellä erittäin runsaasti.

Suomalaisetkin joutuvat jatkuvasti altistumaan näille erittäin tarttuville "lasten-taudeille". Sairastunut voi olla yhtä hyvin rokotussuojaa vailla oleva lapsi kuin aikuinen. Hankalaksi tilanteen tekee se, että erityisesti vihurirokko ja sikotauti voidaan sairastaa myös ilman oireita, jolloin epidemia saatetaan havaita vasta sekundaaritausten perusteella. Tänä vuonna Suomessa on todettu yksi sikotauti- ja yksi vihurirokkotapaus, joiden tartuntalähde ei ole pystytty jäljittämään.

Tärkein keino uhan torjumiseksi on onnistua pitämään rokotusmyöntövyys hyvänä ja rokotuskattavuus korkeana. Tämän vuoksi muun muassa seurataan vasta-aineiden esiintyvyyttä väestössä. Tutkimukset siitä, antaako lapsuudessa annettu rokotus todella elinikäisen suojan, ovat käynnissä.

Lisäksi mahdollisten tapausten toteamiseen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Jokainen MPR-tautiepäily on syytä varmistaa laboratoriossa. KTL:n Virusrokote-

laboratorio tutkii tällaiset näytteet maksutta. (Tiedustelut: KTL, Virusrokotelaboratorio, (09) 47448366)

*Irja Davidkin, erikoistutkija
KTL, Infektioepidemiologian osasto*

SYKSYN INFLUENSSA- ROKOTE: B-VIRUKSET KANTONA KASKESSA

Talvella 2001/02 maailmalla liikkui kahteen kehityshaaraan kuuluvia influenssa B-virusia. Vain toisen haaran edustaja voitiin ottaa syksyn 2002 influenssarokotteeseen. Syksyn 2002 influenssarokotuksilta voidaan silti odottaa hyvää suojatehoa. Suomessa influenssarokotetta tarjotaan nyt lääketieteellisiin riskiryhmiin kuuluvien lisäksi ensimmäistä kertaa kaikille 65 vuotta täyttäneille.

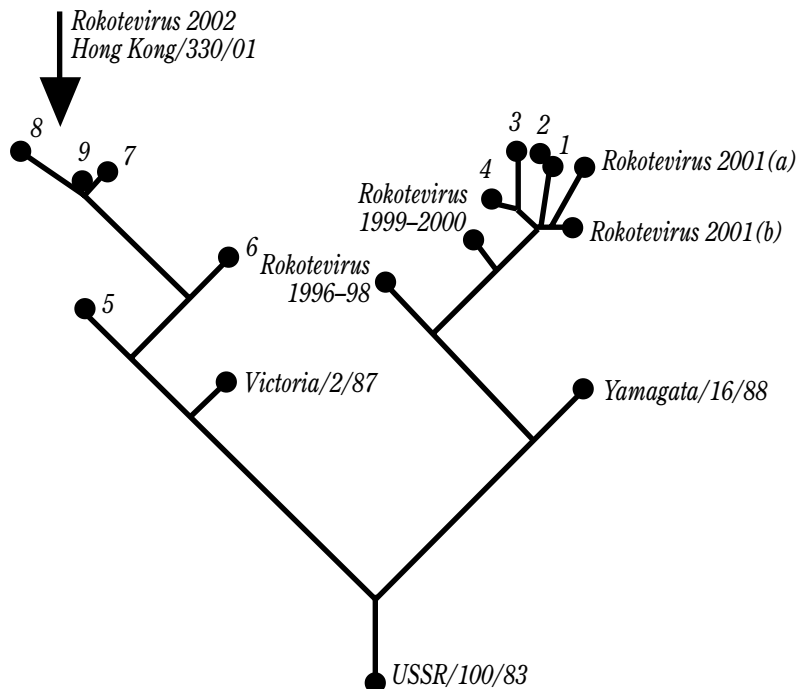
Influenssavirusten evoluutio on tunnetusti nopeaa. Erityisen kiivasta on antigeenirakenteiden muuntuminen sekä A-että B-virusten pintaproteiineissa. Influenssarokotteiden suojatehon ylläpitäminen

edellyttää rokotevirusten vaihtamista tämän antigeenievoluution tahdissa. Jo pitkään vähintään yhtä influenssarokotteiden kolmesta viruskomponentista (A-virusten alatyypit H3N2 ja H1N1 sekä B-virus) on jouduttu muuttamaan vuosittain.

Päätökset uusien rokotevirusten käyttöönotosta pohjautuvat Maailman terveysjärjestön koordinoiman laboratorioverkoston työhön, jossa seurataan epidemioita aiheuttavien influenssavirusten antigeenisia ja geeniaineesta koskevia muutoksia. Verkostoon kuuluu noin 110 laboratoriota, joista Suomea edustaa Kansanterveyslaitoksen influenssalaboratorio.

VALINNASSA ONGELMIA

Jokaisen kolmen rokoteviruksen valintaan liittyy omia ongelmia. A/H3N2-virusten kohdalla valintapäätöstä on paljolti helpottanut se, että uusien muotojen ilmaantuessa vanhat muodot ovat yleensä nopeasti kadonneet. Viime vuosien molekyyli-epidemiologiset tutkimukset ovat myös helpottaneet ennusteen tekoa siitä, millaiset rakenteen muutokset voivat lisätä H3N2-virusten epideemistä puhtia. A/H1N1-virusten kohdalla rokoteviruksen valinta on ollut muutamana viime vuonna helppoa siksi, että antigeeni-



Kuvio esittää influenssa B-virusten evoluutiota vuodesta 1983

(kantavirus Neuvostoliitossa eristetty USSR/100/83) nykyisiin.

Janojen pituus on suhteessa mutaatioiden kertymisiin virusten hemagglutiniinia kontrolloivassa geenissä. Sukupuussa näkyy B-virusten haarautuminen kahteen kehityslinjaan, Victoria- ja Yamagata-tyyppisiin viruksiin noin vuonna 1985.

Syksyn 2001 rokotevirukset (Sichuan/379/99 ja Johannesburg/5/99, kuviossa a ja b) vastasivat hyvin talvella 2001/02 Suomessa esiintyneitä B-virusia (kuviossa numerot 1 ja 2), samoin kahden edellisen talven B-virusiamme (numerot 3 ja 4), jotka kaikki kuuluivat Yamagata-haaraan.

Kuvio osoittaa syksyn 2002 rokoteviruksen kuulumisen Victoria-haaraan, jonka uusimpia edustajia sukupuussa on kolme Aasiassa vuosina 1997-99 eristettyä virusta (numerot 7-9), aasialainen virus vuodelta 1994 (numero 6) ja suomalainen virus vuodelta 1990 (numero 5).

muutokset ovat olleet pieniä ja vanhukset ovat olleet vain vähäisessä määrin alttiita sairastumaan. Viime talven tapahtumat tekivät influenssa B -viruksen valinnan syksyn 2002 rokotteeseen erityisen vaikeaksi.

Vuoden 1985 paikkeilla influenssa B -virukset jakautuivat kahteen kehityshaaraan. Uudet B/Yamagata/16/88-tyyppiset virukset syrjäyttivät vanhemmat B/Victoria/2/87-tyyppiset virukset. Influenssarokotteissa Yamagata-virus vaihdettiin Victoria-tyyppisen viruksen tilalle 1989. Koko 1990-luvun Yamagata-virukset säilyivät valtaviruksina. Vain niissä tapahtuneet pienehköt antigeenimuutokset vaativat aika ajoin rokoteviruksen vaihtamista. Victoria-haaran virukset eivät kuitenkaan täysin kadonneet. Niitä esiintyi edelleen Aasiassa, ja muuntumista tapahtui myös tässä kehityshaarassa. Viime talvena Victoria-haaran virukset levisivät myös Eurooppaan ja Pohjois-Amerikkaan. Valtaviruksia olivat kuitenkin yhä Yamagata-haaran virukset, jotka vastasivat antigeenisesti hyvin syksyn 2001 rokotteen B/Sichuan/379/99-tyyppisiä viruksia. Kansanterveyslaitoksessa on tähän mennessä analysoitu 22:sta potilaasta talvella 2002 eristetyt influenssa B -virukset. Kaikki olivat Sichuan-tyyppisiä viruksia.

VICTORIA ARVOITUS

On vaikea ennustaa millainen on paluun tehneeseen Victoria-haaraan kuuluvien influenssa B -virusten kyky aiheuttaa epidemia ensi talvena. Lähinnä viruksen odottaisi leviävän 1990-luvulla syntyneiden lasten keskuudessa ja tekevän tästä sillanpääasemasta pistohyökkäyksiä vanhemman väestön immuunisuojaantuminta osaa kohtaan. Syksyn influenssarokotteessa Victoria-haaran virusten paluuseen on varauduttu vaihtamalla Sichuan-tyyppisen rokoteviruksen tilalle Victoria-virusten uusinta kärkeä edustava B/Hong Kong/330/01-tyyppinen virus. Valinnan huono puoli on se, että jos talven 2002 Sichuan-tyyppiset virukset palaavat, rokote ei anna parasta mahdollista suojaa niitä vastaan. Niille henkilöille, jotka ovat saaneet vuosittain influenssarokotuksen tai jotka ovat sairastaneet viime vuosina B-viruksen aiheuttaman influenssan, on kuitenkin pääsääntöisesti kehittynyt Sichuan-tyyppisiä viruksia vastaan immunitettiä, jota ensi syksynkin rokote voi tehostaa. On syytä korostaa, että B-viruksiin liittyvä ongelma ei vähennä ensi syksyn influenssarokotteen kykyä suojata influenssa A-virusten aiheuttamalta influenssalta. Useimpina talvina influenssa A -virukset ovat olleet B-viruksia suurempi uhka terveydelle.

Periaatteessa olisi ollut mahdollista ottaa syksyn 2002 influenssarokotteen rokoteviruksiksi sekä Victoria- että Yamagata-haaran B-virus. Käytännössä tästä vaihtoehdosta oli luovuttava, sillä muutos

KAIKILLE 65 VUOTTA TÄYTTÄNEILLE ILMAINEN INFLUENSSAROKOTUS ENSI SYKSYNÄ

Kaikki 65 vuotta täyttäneet suomalaiset saavat influenssarokotuksen ilmaiseksi ensi syksystä lähtien. Vastaava järjestely on voimassa jo monessa EU-maassa, Kanadassa ja Yhdysvalloissa. Influenssarokotukset on haluttu laajentaa kaikkii yli 65-vuotiaisiin, koska iäkkäille influenssa on vakava sairaus. Laajennetuilla influenssarokotuksilla voidaan estää terveiden ikääntyvien vakavia sairastumisia, sairaalahoitoja ja mahdollisia laitostumisia.

Kroonisia sairauksia potevalla henkilöllä on suurin riski sairastua vakavaan influenssaan, joka voi johtaa sairaalahoitoon tai jopa ennenaikaiseen kuolemaan. Tällaisia sairauksia ovat mm. krooninen sydän- tai verisuonitauti, keuhko-, aineenvaihdunta- ja munuaissairaus. Henkilöt, joilla on alentunut vastustuskyky joko sairauden tai hoidon seurauksena, voivat myös sairastua vakavaan influenssaan. Arvion mukaan riskiryhmiin kuuluu puoli miljoonaa suomalaista, joista puolet on 65 vuotta täyttäneitä.

ROKOTTAMINEN VÄHENTÄÄ KUOLLEISUUTTA

Kansainväliset tutkimukset osoittavat, että yli 65-vuotiaiden rokottaminen vähentää influenssan aiheuttamia

sairaalahoitoja 40-70 prosenttia ja kuolleisuutta 50-70 prosenttia. Rokotettujen influenssaan sairastuneiden oireet ovat yleensä lievemmat kuin rokottamattomien. Influenssarokotus suojaa vain influenssalta – nuhakuumeilta tai flunssilta se ei säästä.

Kansanterveyslaitos suosittaa maksuttoman influenssarokotteen antamista ja totutuille riskiryhmille sekä vuonna 1937 tai sitä ennen syntyneille. Rokotettavia on ensi syksynä yli kaksi kertaa enemmän kuin aiemmin. Kansanterveyslaitos toimittaa rokotteita terveyskeskuksille riittävästi. Influenssarokotukset tulisi antaa loka-marraskuussa. Terveyskeskukset tiedottavat alueensa rokotteiden järjestämisestä.

Influenssa A- ja B-virukset aiheuttavat vuosittain epidemioita joulukuun ja huhtikuun välisenä aikana. Epidemian aikana 2-15 prosenttia väestöstä voi sairastua influenssaan. Epidemian laajuuteen vaikuttaa merkittävästi se, kuinka samantyyppiset virukset ovat kiertäneet väestössä aiemmin ja kehittäneet ihmisille vastustuskykyä. Suuresti muuntunut virus voi aiheuttaa laajan epidemian. Influenssavirusten jatkuvan muuntumisen vuoksi rokote tarvitaan vuosittain.

*Satu Rapola, erikoistutkija
KTL, Rokoteosasto*

olisi edellyttänyt laajempia teho- ja haittomuustestejä, kuin mihin aika riitti.

*Reijo Pyhälä, laboratorionjohtaja
KTL, Mikrobiologian osasto
(09) 47448312, reijo.pyhala@ktl.fi*

*Niina Ikonen, tutkija
KTL, Mikrobiologian osasto
Thedi Ziegler, erikoistutkija
KTL, Mikrobiologian osasto*

ROKOTTEIDEN HAITTAVAIKUTUKSET VUONNA 2001

Nykyisessä muodossaan rokotteiden haittavaikutusten seurantajärjestelmä on toiminut vuodesta 1997. Tuolloin lomakkeen täyttäjän kannalta näkyvimpiä merkkeinä muutoksesta olivat ilmoituslomakkeen värin muuttuminen punaisesta vihreäksi ja lomakkeen uusi otsikko, Ilmoitus

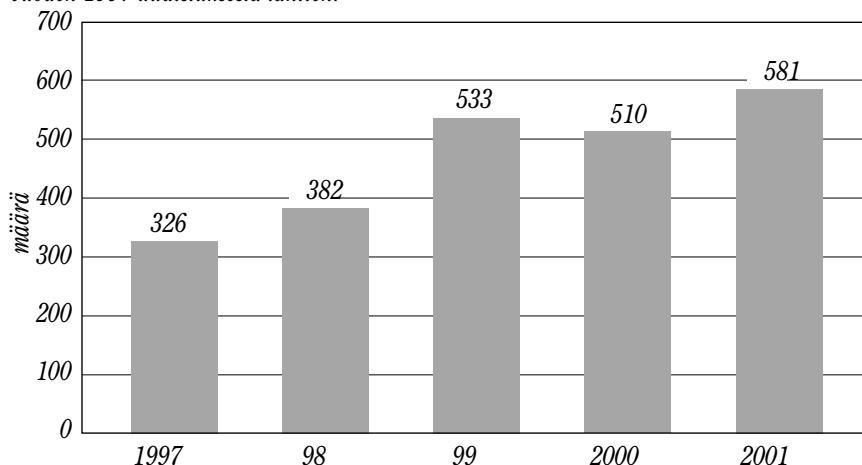
rokotuksen haittavaikutuksesta. Sana vakavasta jätettiin otsikosta pois. Muutos tehtiin, koska vakavan haittavaikutuksen määritelmä tarkentui ja tavanomaisia haittavaikutuksia ei haluttu automaattisesti luokitella vakaviksi. Ilmoitusten määrän kasvu on ollut tasaista ja se on näkynyt juuri tavanomaisten rokote-reaktioiden raportoinnin lisääntymisenä. Vakavien haittavaikutusten raportoinnissa ei ole viimeisten vuosien aikana juurikaan tapahtunut muutoksia.

Kun vuonna 1996 ilmoitusten kokonaismäärä oli reilut 300, niin vuonna 2001 kirjattiin tietokantaan 581 ilmoitusta rokotteiden haittavaikutuksista. Selkeimmin haittailmoitusten lisääntyneen määrän painottumisen tavanomaisiin reaktioihin huomaa, kun tilannetta vertaa vakavien haittavaikutusten määrään samana ajanjaksona. Merkittäviä muutoksia vakavien haittavaikutusten määrässä ei ole todettavissa. Vakiintuneeseen tapaan kaikkiin

Haittavaikutukset rokotteittain. Rokotteittain laskettu haittavaikutusten määrä on suurempi kuin haittavaikutusilmoitusten määrä, koska rokotuskerralla annetaan joskus useita rokotteita ja haittavaikutus liitetään silloin kaikkiin annettuihin rokotteisiin.

Rokotteet	Haittavaikutukset	Vakavia
BCG	17	1
Difteria-tetanus (DT)	4	1
Hepatiitti A	12	1
Hepatiitti B	19	2
Hepatiitti A + B	14	1
Hib	102	7
Influenssa	25	2
Japanin enkefaliitti	4	0
Keltakuume	1	1
Kolera	0	0
Lavantauti	3	1
Meningokokki AC	1	0
Meningokokki ACW	1	1
MPR	78	6
PDT	242	10
DTPa	2	0
Pneumokokki, polysakkaridi	3	0
Puutiaisaivokuume	0	0
Tetanus	3	0
Tetanus-difteria (Td)	116	3
Vesikauhu	4	1
Vesirokko	0	0
Muut		
Gammaglobuliini	2	0

KTL:n vastaanottamien haittavaikutusilmoitusten määrän kasvu vuoden 1997 uudistuksesta lähtien.



ilmoituksiin laadittiin kirjallinen palaute, joka sisälsi kirjallisuustietoja, rokoteturvallisuuslääkärin arvon tapauksesta sekä mahdollisesti suosituksen jatkorokotuksista.

Haittavaikutusilmoituksen ja sen liitteiksi mahdollisesti tulevien lisätietojen lähettämiseen tarvitaan aina rokotetun tai hänen huoltajansa henkilökohtainen suostumus.

KÄRKI ENNALLAAN VUONNA 2001

Rokotteista Kolmoisrokote (PDT) yhdistettiin haittavaikutukseen 242 kertaa.

Paikallisreaktiot ja kuume olivat tavallisimmat ilmoitetut reaktiot. Tetanus-difteria-rokote (Td) yhdistettiin haittavaikutukseen 116 tapauksessa. Paikallisreaktiot olivat yleisin syy ilmoitukseen myös Td:n kohdalla. Tuhkarokko-sikotauti-vihuri-rokko -rokote (MPR) raportoitiin 78 kertaa haittavaikutusten yhteydessä. Hyvin vähän rokotusreaktioita aiheuttavan *Haemophilus influenzae* tyyppi b -rokotteen (Hib) esiintyminen 102 kertaa ilmoituksissa selittyy rokotusaikataululla. Hib annetaan yhdessä PDT:n, polion tai MPR:n

kanssa. Haittavaikutusilmoituksia, jossa Hib on ainoana rokotteena oli vain kolme kappaletta.

Rokoteturvallisuuslääkärin arvio ilmoitetusta haittavaikutuksesta, sen syy-yhteydestä rokotukseen ja haittatapahtuman vakavuusasteesta perustuu haittavaikutusilmoituksesta saatuihin tietoihin. Usein lähettäjä on liittännyt mukaan kopion sairauksertomuksesta tai sairaalan epikriisistä. Ongelmallisissa tapauksissa rokoteturvallisuuslääkäri konsultoi eri alojen asiantuntijoita. Syy-yhteyden vahvuus vaihtelee normaalisti varman ja epätodennäköisen välillä.

VAKAVAT HAITTAVAIKUTUKSET

Ilmoituksia, joissa haittavaikutus luokiteltiin vakavaksi tai odottamattomaksi vakavaksi, oli yhteensä 29. Määrä on 4,9 prosenttia kaikista vuoden 2001 ilmoituksista. Näissä ilmoituksissa mainitaan yhteensä 15 rokotevalmistetta eri yhdistelminä. PDT ja polio molemmat esiintyivät 10 kertaa. MPR on mainittu kuudessa ilmoituksessa. Tähän ryhmään luetaan mukaan myös kaikki sairaalaseurantaan päätyneet tapaukset, haittavaikutuksen luonteesta riippumatta.

Yleisimmät vakavat haittavaikutukset olivat anafylaksiat ja allergiset reaktiot, joita ilmoitettiin yhteensä yhdeksän. Kouristuksia, jotka yhtä lukuunottamatta liittyivät kuumeeseen, raportoitiin kuusi. Lisäksi raportoitiin yksi kouristuksella alkanut infantiilispasmitapaus. PDT-rokotukseen liittyen raportoitiin neljä Hypotonis-hyporensiivista episodista. Tyypillisessä HHE-reaktiossa on todettavissa lihasveltous, heikentynyt reagointi ja kalpeus tai jopa lievä syanoosi. Tavallisimmin reaktio menee ohi muutamassa minuutissa, mutta täydellinen toipuminen voi kestää paljon pidempään. Lapset toipuvat reaktiosta täysin.

Vuoden 2001 aikana todettiin kaksi Guillain-Barré -oireyhtymätapausta, molemmassa oireet kehittyivät influenssa-rokotuksen jälkeen, syy-seuraussuhde arvioitiin mahdolliseksi. Vakavien odottamattomien haittavaikutusten ryhmään kirjattiin yksi kuolemantapaus, jossa rokotuksella oli ajallinen yhteys tapahtumaan. Suoritetut oikeuslääkeopilliset tutkimukset eivät kuitenkaan osoittaneet syy-yhteyttä rokotuksen ja kuoleman välillä.

KTL lähettää kaikista vakavista haittavaikutuksista tapahtumatiedot Lääkelaitokseen.

ROKOTUKSET JA TURVALLISUUS

Suomessa annetaan vuositason yli miljoona rokotusta. Vakavien haittavaikutusten osuus on vähäinen verrattuna rokotuksista saatavaan hyötyyn. Lisäksi kun vakavistakin haittatapahtumista suurin osa oli ripeän ja hyvän hoidon ansiosta hallittavissa, rokottaminen on Suomessa turvallista. KTL tutkii parhaillaan keinoja,

Rokotteiden vakavat haittavaikutukset vuonna 2001.

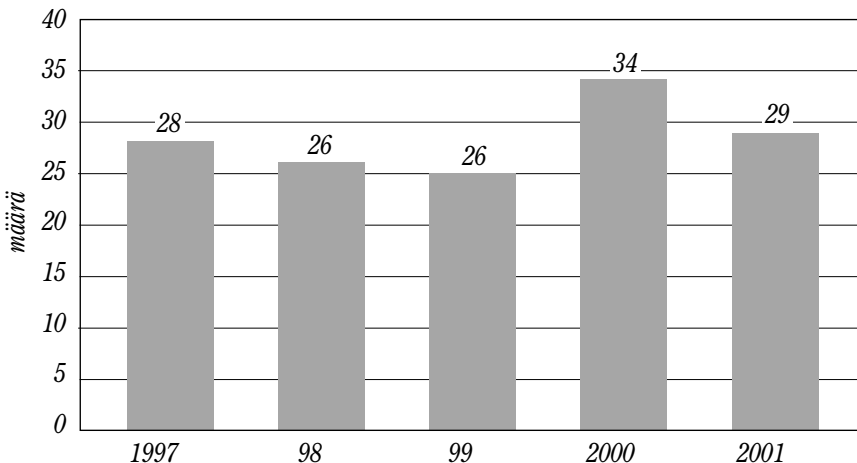
Lyhenteet: GBS = Guillain-Barrénin syndrooma, HHE = Hypotonishyposponsiivinen episodi.

Luokittelun peruste: S = sairaalahoitoon johtanut reaktio, H = hengenvaarallinen reaktio

Rokote	Vakava haittavaikutus	Luokittelun peruste	Arvio syy-seuraus suhteesta
BCG	abskessi	S	varma
DT	anafylaksia	H	todennäköinen
Hepatiitti A	anafylaksia	H	mahdollinen
Hepatiitti B	allerginen reaktio	S	mahdollinen
Hepatiitti B	allerginen reaktio	H	varma
Influenssa	GBS	H	mahdollinen
Influenssa	GBS	H	mahdollinen
MPR	kuumekouristus	S	mahdollinen
MPR + Hib	anafylaksia	H	todennäköinen
MPR + Hib	kuume	S	mahdollinen
MPR + Hib	kuume	S	mahdollinen
MPR + Hib	kuumekouristus	S	mahdollinen
MPR + Polio	kuumekouristus	S	todennäköinen
PDT	kouristus	S	todennäköinen
PDT	kuumekouristus	S	mahdollinen
PDT	HHE	S	todennäköinen
PDT	paikallisreaktio	S	todennäköinen
PDT	HHE	S	todennäköinen
PDT + Hib	HHE	S	todennäköinen
PDT + Hib	anafylaksia	H	todennäköinen
PDT + Polio	kuumekouristus	S	todennäköinen
PDT + Polio	HHE	S	todennäköinen
PDT + Polio	kuume + paik. reaktio	S	varma
Polio	anafylaksia	H	todennäköinen
Polio	anafylaksia	H	todennäköinen
Polio + Td	anafylaksia	H	todennäköinen
Polio + Td	kuolema	H	epätodennäköinen
Polio + Hib	infantiilispasmi	S	epätodennäköinen
Hepatiitti A/B + Keltakuume + Lavantautirokote + Meningococcus ACW + Polio + Rabies + Td	seerumitauti	S	epätodennäköinen

Vakavien haittavaikutusten määrä ei ole kasvanut suhteessa haittavaikutusilmoitusten kokonaismäärään. Tavanomaiset haittavaikutukset raportoidaan tarkemmin.

Vakavien haittavaikutusten ilmaantuvuus on pysynyt muuttumattomana.



joilla nykyistä haittavaikutusten seuranta-järjestelmää pystyttäisiin parantamaan entisestään. Kyseeseen tulisivat lähinnä haittavaikutusten aktiiviseen seurantaan perustuvat menetelmät. Ensimmäisiä tuloksia tällaisten järjestelmien mahdollisuuksista Suomessa saataneen lähimmän kahden vuoden kuluessa.

Ville Postila, Rokoteturvallisuuslääkäri
KTL, Rokoteosasto, kliininen yksikkö

Hillevi Tikkanen, Terveystoimittaja
KTL, Rokoteosasto, kliininen yksikkö

KANSALLINEN ROKOTUSASIAN- TUNTIJARYHMÄ ALOITTA TYÖNSÄ

Kansanterveyslaitos on 14.3.2002 asettanut kansallisen rokotusasian-tuntijaryhmän, jonka tehtävänä on seurata alan kansainvälistä kehitystä, valmistella sosiaali- ja terveysministeriölle tehtäviä esityksiä yleisen rokotusohjelman kehittämiseksi ja valmistella muiden rokotteiden käyttöä koskevia kansallisia suosituksia.

Ensimmäisen kansallisen rokotus-asiatuntijaryhmän toimikausi on 14.3.2002–31.12.2004. Siihen on kutsuttu puheenjohtajaksi lastentautiopin professori Jussi Mertsola Turun yliopiston lastenkliniikasta ja jäseniksi ylilääkäri Maarit Kokki sosiaali- ja terveysministeriöstä, lastentautien erikoislääkäri Merja Helminen Tampereen yliopistollisesta sairaalasta, professori Heikki Peltola Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä, apulaisylilääkäri Helena Levänen Mikkelin terveyskeskuksesta, kehittämisspäälikkö Eija Kempainen Suomen terveydenhoitajaliitosta sekä tutkimusprofessori Tapani Hovi, erikoistutkija Terhi Kilpi, laboratorionjohtaja Tapani Kuronen, ja erikoistutkija Satu Rapola (ryhmän sihteeri) KTL:sta.

Kansallinen rokotusasiatuntijaryhmä kokoontui ensimmäisen kerran toukokuussa 2002 ja päätti työskentelytavoistaan ja aikatauluistaan.

Kansallisen asiantuntijaryhmän rinnalla Kansanterveyslaitoksessa toimii edelleen rokotussuositusryhmä, joka avustaa kansallista ryhmää sen työssä, käsittelee rokotteiden haittavaikutuksista tehdyt ilmoitukset ja tarvittaessa ryhtyy asian vaatimiin toimiin, sekä seuraa yleisen rokotusohjelman toteutumista ja edistää korkean rokotuskattavuuden saavuttamista.

TUKI- JA LIIKUNTAELINTEN SAIRAUDET VÄHENTYNEET - KIVUT LISÄÄNTYNEET

Suomalaisten tuki- ja liikuntaelimestön terveys on kohentunut viimeisten 20 vuoden kuluessa, kun tarkastelun kohteena on neljä keskeistä sairautta: pitkäaikainen selkäoireyhtymä, pitkäaikainen niskaoireyhtymä, lonkkanivelrikko ja polvinivelrikko. Näiden sairauksien yleisyyden muutoksista ei ole aikaisempaa tietoa Suomesta eikä muualtakkaan. Sen sijaan työikäiset kokivat kipuja selässään, niskassaan ja kantavissa nivelissään yhtä paljon kuin 20 vuotta sitten. Eläkeikäisessä väestössä nämä vaivat ovat jopa yleistyneet.

Terveys 2000 -tutkimuksen perustuloksina tarkastellaan neljän yleisimmän liikuntaelinsairauden, selkäoireyhtymän, niskaoireyhtymän sekä lonkka- ja polvinivelrikon esiintyvyyttä. Koulutettu lääkäri diagnosoi sairaudet samoin kriteerein kuin aikanaan Mini-Suomi-tutkimuksessa 1978-80, joten näiden kahden tutkimuksen tulokset ovat vertailukelpoisia. Lisäksi selvitettiin selän, niska-hartiaseudun, lonkan ja polven kipuoireiden yleisyyttä. Oireita koskevat kysymykset oli niinkään muotoiltu samoin kuin Mini-Suomi-tutkimuksessa.

SELKÄOIREYHTYMÄ JA SELKÄKIPU

Pitkäaikaisen selkäoireyhtymän esiintyvyys oli 10 prosenttia miehillä ja 11 prosenttia naisilla. Mini-Suomi-tutkimuksessa selkäoireyhtymä oli todettu 18 prosentilla miehistä ja 16 prosentilla naisista. Molemmilla sukupuolilla selkäoireyhtymä oli siis harvinaistunut 20 vuoden kuluessa. Ikäryhmittäin tarkasteltuna oireyhtymän yleisyys oli miehillä pienentynyt kaikissa alle 75-vuotiaiden ryhmissä. Naisilla vähenemistä oli tapahtunut kaikissa ikäryhmissä, mutta se oli ollut voimakkainta alle 65-vuotiailla. Ikäryhmien väliset sairastavuuserot olivat supistuneet. Vastaavaa vähenemistä ei kuitenkaan havaittu selkäkipujen yleisyydessä. Viimeisen kuukauden aikana koettu selkäkipu oli jopa yleistynyt, erityisesti ikääntyneillä.

NISKAOIREYHTYMÄ JA NISKA- HARTIAKIVUT

Pitkäaikaisen niskaoireyhtymän esiintyvyys oli viisi prosenttia miehillä ja seitsemän prosenttia naisilla. Mini-Suomi-tutkimuksessa niskaoireyhtymä oli todettu

Polvinivelrikon diagnoosi perustui huolelliseen kliiniseen tutkimukseen. Vielä 20 vuotta sitten tämä sairaus oli suomalaisilla naisilla kolme kertaa niin yleinen kuin miehillä. Nyt naisten polvinivelrikon yleisyys on pienentynyt puoleen ja sukupuolten välinen sairastavuusero lähes hävinnyt.



miehistä 10 prosentilla ja naisista 14 prosentilla. Niskaoireyhtymä oli vähentynyt puolella 20 vuoden kuluessa. Väheneminen on ollut voimakkainta alle 65-vuotiailla. Vastaavaa vähenemistä ei kuitenkaan ollut niskan eikä hartioiden kivuissa. Viimeisen kuukauden aikana koetut kipuoireet olivat jopa yleistyneet, erityisesti ikääntyneillä naisilla.

LONKKA- NIVELRIKKO

Lonkkanivelrikko todettiin miehistä viidellä prosentilla ja naisista neljällä prosentilla. Vastaavat luvut Mini-Suomi-tutkimuksessa olivat olleet viisi ja kuusi prosenttia, eli esiintyvyys ei ole juurikaan muuttunut 20 vuodessa. Alle 75-vuotiailla miehillä lonkkanivelrikon yleisyys on pysynyt lähes ennallaan, mutta sitä vanhemmissa ikäryhmissä se on 20 vuodessa kasvanut. Eläkeikäisillä naisilla lonkkanivelrikon esiintyvyys on pysynyt ennallaan tai lisääntynyt, mutta sitä nuoremmilla vähentynyt. Lonkan vaivoja ja niiden aiheuttamia kävelyvaikeuksia oli viimeisen kuukauden kokenut joka kymmenes haasteltu; selviä muutoksia Mini-Suomi-tutkimukseen verrattuna ei havaittu.

POLVI- NIVELRIKKO

Polvinivelrikko diagnosoitiin viidellä prosentilla miehistä ja seitsemällä prosentilla naisista, kun vastaavat luvut Mini-Suomi-tutkimuksessa olivat olleet kuusi ja viisitoista prosenttia. Naisilla polvinivelrikon yleisyys oli siis pienentynyt puoleen 20 vuodessa. Muutos oli alle 75-vuotiaiden keskuudessa. Miehillä selvin ikäryhmittäinen muutos oli polvinivelrikon yleistymisen 85 vuotta täyttäneillä. Polven kipuoireita oli viimeisen kuukauden kokenut 14 prosenttia miehistä ja 24 prosenttia

naisista sekä niiden aiheuttamia kävelyvaikeuksia 11 prosenttia miehistä ja 16 prosenttia naisista. Selvä muutos Mini-Suomi-tutkimuksesta oli polvivaivojen yleistymisen iäkkäillä miehillä.

TERVEYDENHUOLLON TAAKKA EI EHKÄ KEVENE

Kaikissa oireyhtymissä havaittiin sukupolvivaikutus: vanhimmissa ikäryhmissä terveydentila ei ollut parantunut kuten nuoremmassa. Eläkeikäisillä kipuoireet ovat tätä nykyä jopa yleisempiä kuin 20 vuotta sitten. Tarkasteltujen oireyhtymien ja sairauksien keskeisten vaaratekijöiden kuten fyysisen kuormituksen, tapaturmien ja monien elintapatekijöiden kehitys väestössä on ollut pääasiassa suotuisaa, mutta vanhimmissa ikäryhmissä aiempien elämänvaiheiden vaikutus on vielä nähtävissä. Miesten lihavuus on yleistynyt suuresti, mikä voi selittää polven nivelrikon hitaampaa harvinaistumista ja polvivaivojen yleistymistä iäkkäillä miehillä. Ennen lopullisia päätelmiä joudutaan kuitenkin analysoimaan yksityiskohtaisemmin oireita, sairastavuutta, tuki- ja liikuntaelinten toimintakykyä kuvaavia osoittimia, niitä koskevien tietojen toistettavuutta erilaisissa laadunvalvonta-asetelmissä, niiden välisiä yhteyksiä ja väestöryhmittäisiä eroja. Vasta tämän jälkeen voidaan arvioida, missä määrin isojen ikäluokkien odotettua pienempi sairastavuus voi kompensoida sitä lisätaakkaa, millä väestön ikäarakenteen muutos kuormittaa terveydenhuoltoa ja sosiaalivakuutusta. □

Markku Heliövaara, KTL
(09) 4744 8773, markku.heliovaara@ktl.fi
Hilkka Riihimäki, Työterveyslaitos
(09) 4747 2396, hilkka.riihimaki@ttl.fi

USEIMMAT ELINTAVAT MUUTTUNEET TERVEELLISEMMIKSI

Pitkän aikavälin muutokset suomalaisten terveystietoisuudessa ovat pääosin myönteisiä. Tupakointi on vähentynyt ja entistä harvempi altistuu tupakansavulle. Myönteistä kehitystä on myös ruokatottumuksissa ja vapaa-ajan liikunnan harrastamisessa. Sen sijaan alkoholin kulutus on kasvanut ja ylipainoisten osuus lisääntynyt.

Miesten päivittäistupakointi väheni merkittävästi tutkimuksen aikana (1978–2001). Naisilla taas tupakointi yleistyi vuosina 1978–89, mutta ei enää 1990-luvulta vuoteen 2001 tultaessa.

Ruokatottumukset muuttuivat ravintosuosituksen mukaiseen suuntaan. Vihannesten päivittäinen syöminen ja rasvatonta maitoa juovien osuudet lisääntyivät. Leipärasvana käytettiin yleisimmin kevytlevitetä tai margariinia. Alkoholin käyttö lisääntyi ja raittiiden osuus väheni. Alkoholin juomista oluen, viinin ja siiderin kulutus kasvoi.

Vapaa-ajan liikunnan harrastaminen lisääntyi. Miesten työmatkaliikunta taas väheni vuosina 1979–89, mutta lisääntyi 1990-luvun alkupuolella. Naisilla työmatkaliikunta väheni 1979–2001, mutta oli kuitenkin yleisempää kuin miesten työmatkaliikunta. Ylipainoisten miesten ja naisten osuus on kasvanut viimeisten kymmenen vuoden aikana.

ELINTAVAT EDELLEEN YHTEYDESSÄ KOULUTUSTASOON

Koulutusryhmien väliset tupakointierot ovat kasvaneet. Alimmassa koulutusryhmässä oli enemmän päivittäin tupakoi-
via kuin ylimmässä. Vaikka naiset keskimäärin polttavat vähemmän kuin miehet, alimman koulutusryhmän naisista tupakoi useampi kuin ylimmän koulutusryhmän miehistä.

Terveellisissä ruokatottumuksissa koulutusryhmien väliset erot ovat pienentyneet. Kuitenkin terveelliset ruokatottumukset eivät olleet kahdessa alimmassa koulutusryhmässä yhtä yleisiä kuin ylimmässä koulutusryhmässä. Alemmissa koulutusryhmissä ylipainoisuus oli yleisempää kuin ylimmässä koulutusryhmässä. Runsaahkosta alkoholikäytöstä raportoitiin useammin ylemmissä koulutusryhmissä.

TUPAKOINTI VUONNA 2001

Vuonna 2001 miehistä 29 prosenttia (vuonna 2000 27 %) tupakoi päivittäin ja naisista 20 prosenttia (vuonna 2000 samoin). Noin kuusi prosenttia tupakoi

satunnaisesti. 15–24-vuotiaiden tilanne on ongelmallinen. Miehistä poltti päivittäin 31 prosenttia, satunnaisesti yhdeksän prosenttia ja naisista vastaavasti 23 prosenttia ja 13 prosenttia. Työssäkäyvien suomalaisten altistuminen tupakansavulle on pysynyt jatkuvasti samalla merkittävästi alemmalla tasolla vuoden 1995 tupakkalain jälkeen: tupakoimattomista kuusi prosenttia on vähintään tunnin työpaikallaan tupakansavussa.

RUOKATOTTUMUSTEN MYÖNTEINEN KEHITYS JATKUI VUONNA 2001

Rasvaisen maidon, rasvaisten juustojen ja voin käyttö ovat jatkuvasti vähentyneet. Kasviöljyn käyttö ruoan valmistuksessa on yleistynyt. Alkoholin kulutus on pysynyt 1990-luvulla saavutetulla korkealla tasolla. Vapaa-ajan liikunta on yleistä, 60 prosenttia miehistä ja 64 prosenttia naisista ilmoitti harrastavansa vapaa-ajan liikuntaa vähintään kahdesti viikossa. Miesten työmatkaliikunta väheni vuodesta 2000.

Suomalaisen aikuisväestön terveystietoisuus (AVTK) -tutkimuksessa on seurattu väestön elintapoja vuodesta 1978. Joka kevät toteutettuun postikyselyyn on vastannut yhteensä 92 846 suomalaista (vastausaktiivisuus 75 %). Hyvän vastausprosentin ansiosta tulokset kuvaavat luotettavasti elintapojen pitkän aikavälin muutoksia sekä niihin liittyviä tekijöitä. Vuoden 2001 tulokset perustuvat 3 469 15–64-vuotiaan henkilön vastauksiin (vastausaktiivisuus 70 %). □

*Satu Helakorpi, tutkija
KTL, Epidemiologian ja terveyden edistämisen osasto*

*Terveyden edistämisen tutkimusyksikkö
satu.helakorpi@ktl.fi*

Kirjallisuutta:

Helakorpi S., Patja K., Prättälä R., Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveystietoisuus ja terveys, kevät 2001. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2001.

FINELIRYHMÄ - ELINTARVIKKEIDEN KOOSTUMUS-TIETOPANKKI KTL:SSA

Elintarvikkeiden koostumustiedot ovat välttämätön perustoiminto Kansanterveyslaitoksen tutkimustoiminnassa ja ruokavalioaineistojen laskennassa. Kansallista elintarvikkeiden koostumustietopankkia, Fineli®-tietokantaa, on ylläpidetty Kansanterveyslaitoksessa viisitoista vuotta.

Tietokannan perustiedot on saatu alunperin Helsingin yliopiston ravitsemustieteen laitokselta. Suurin osa koostumustietojen analyseistä on tehty Helsingin yliopiston elintarvikkemian osastossa tai

muissa kotimaisissa tutkimuslaitoksissa (mm. MTT). Fineli-tietopankin elintarvike- ja koostumustietoja on käytetty muun muassa Syövänehkäisy tutkimuksen, Finravinto 1997 -tutkimuksen ja Terveys 2000 -tutkimuksen ruokavalioaineistojen analysoinnissa. Ravitsemusterapeuteja, ruokapalvelun henkilöstöä ja muita asiantuntijoita varten markkinoilla on useita laskentaohjelmia.

JATKUVAA PÄIVITYSTÄ

Koostumustietoja päivitetään jatkuvasti ja julkaisuja varten laaditaan uusi versio vähintään vuosittain. Euroopan ensimmäinen elintarvikkeiden koostumustaulukko internetissä ilmestyi Suomessa, kun KTL avasi Fineli-sivun vuonna 1999 (www.ktl.fi/fineli). Fineli-tietokannan internet-sivulla on tietoa 1 500 elintarvikkeen koostumuksesta ja sivuille on poimittu 32 ravintotekijää. Päivittäin sivulle tehdään keskimäärin 150 hakua. Finelin www-sivut ovat julkaisemisestaan lähtien olleet suosituin www-sivujen palvelu KTL:ssä.

Finelin internet-sivulta voi hakea yksittäisen elintarvikkeen koostumustietoja: valitse 'Haku', kirjoita elintarvikkeen nimi, esimerkiksi kiivi ja valitse tarjotuista vaihtoehdoista. Finelin sivuilta voi myös tulostaa jonkun elintarvikeryhmän, esimerkiksi hedelmät, kootun ravintoarvotaulukon. Valitse 'Ravintoarvot ryhmittäin', sitten elintarvikeryhmä ja edelleen tarkasteltavat ravintotekijät. Valintavaihtoehtoja ovat peruskoostumus, vitamiinit, kivennäisaineet ja rasvahapot. Sivulla on myös kerrottu perustietoja ravintoaineista. Finelin sivuilta pääsee myös muiden maiden (Saksa, Tanska, USA) internetissä julkaistuihin koostumustaulukoihin, katso www.ktl.fi/fineli kohta 'Ohjeita'.

ELINTARVIKE-TAULUKKO

Toinen julkaisumuoto Kansanterveyslaitoksen Fineli-tietopankin koostumustiedoille saatiin viime syksynä. Yhteistyössä Kustannusosakeyhtiö Otavan kanssa julkaistiin Elintarviketaulukko. Kirjassa on ravintokoostumus 500 elintarvikkeelle. Elintarvikkeissa on sekä kaupasta ostettavia peruselintarvikkeita että esimerkkejä erilaisista ruokalajeista. Peruselintarvikkeiden koostumustiedot ovat yleensä kemiallisten analyysien mukaisia arvoja. Sen sijaan kaikki ruokalajien ravintoarvot ovat valmistusreseptin mukaan laskettuja. Kirjan taulukoissa on koostumustiedot 19 ravintoaineelle, alkoholille ja kahdeksalle rasvahapolle.

Kirjaa saa kirjakaupoista ja sitä voi tilata myös osoitteesta: www.otava.fi/oppimateriaalit (ISBN 951-1-17281-6, hinta 9 €).

Otavan ja Kansanterveyslaitoksen Elintarviketaulukossa on lisäksi laskettu valmiiksi eräiden ravintotekijöiden arvoja annosta kohden. Ravintoarvoja käytetään

tyypillisesti kahdella tavalla: vertaillaan yhden elintarvikeryhmän sisällä koostumusta tai summataan yhden aterian tai päivän aikana nautittujen ruokien ravintoainepitoisuudet, esimerkiksi lounaan anoksiini sisältynyt C-vitamiinimäärä. Kirjassa on myös malli ruokapäiväkirjan pitämiseksi ja sen ravintokoostumuksen laskemiseksi.

VÄHÄN TUOTEMERKEISTÄ

Kansalliset elintarvikkeiden koostumustietokannat tarjoavat tuotetyyppien koostumusarvoja ja tuotemerkkikohtaisia ravintoarvoja niissä on rajallisesti. Taulukoissa on esimerkiksi keskimääräisten elintarvikkeiden ravintoarvot, mutta ei erityisten tuotemerkkien ravintoarvoja. Kansallisten koostumustaulukoiden tavoitteena on kattaa mahdollisimman laajasti ravintotekijöitä, jopa yli 200 yksittäistä ravintotekijää. Elintarvikekaupan alalla saatetaan tulevaisuudessa luoda tuotemerkkikohtainen tietopankki nettikaupan tarpeita vastaamaan. Tuoteselosteet sisältävät kuitenkin rajallisen määrän ravintotekijöitä. Elintarvikekaupassa käsitellään hyvin laajaa elintarvikevalikoimaa, joten tällainen tietopankki toimisi myös kansallisen elintarviketietokannan hyvänä vertailuaineistona.

Elintarvikkeiden koostumustietoja on kerätty lähes sadan vuoden ajan. Ensimmäinen elintarvikkeiden koostumustaulukko julkaistiin Englannissa vuonna 1940. Sen tarkoituksena oli tarjota sairauksien hoidossa helpottavaa ja välttämätöntä tietoa ruokien ravintoainepitoisuuksista. Terveystietokannalla tutut diabeetikoiden hiilihydraattiansiokset laskettiin näiden taulukoiden perusteella.

Englantilainen koostumustaulukko (Food Composition Table, McCance & Widdowson) on ollut mallina kaikille muille maille. Suomen ensimmäinen elintarvikkeiden koostumustaulukko ilmestyi jo vuonna 1952 (Turpeinen, Roine: Ruoka-ainetaulukko, Otava 1952). Yhteensä Euroopassa on nykyisin yli 20 koostumustaulukkoa. Nykyisessä EU:ssa tarvitaan elintarvikkeiden ravintoarvoista yhteinen perusrekisteri ja tätä on suunniteltu jo monessa yhteistyöprojektissa (www.cost.ch). Tehtävä on kuitenkin toteutettavissa ilmeisen hitaasti, koska yhteisön maiden ruokakulttuureissa on eroja ja kukin maa on jo viidenkymmenen vuoden ajan vastannut omasta koostumustaulukostaan. □

*Marja-Leena Ovaskainen, erikoistutkija
KTL, Epidemiologian ja terveyden
edistämisen osasto
marja-leena.ovaskainen@ktl.fi*

VALOA MIELELLE - LÄÄKETIETEELLISESTI

Silmälle näkymättömien ultravioletti-säteiden lisäksi näkyvää valoa voidaan käyttää menestyksellisesti hoitokeinona. Silmien kautta vaikuttavia, näkyvään valoon perustuvia valohoitoja ovat muun muassa kirkasvalohoito ja sarastusvalohoito.

Valohoidosta puhutaan yhä usein vähättelevään sävyyn, mutta valohoito on todellinen lääketieteellinen hoito. Siitä on eri muotoja, ja sitä käytetään eri sairauksien hoitoon, kuten vastasyntyneiden keltatautiin, erilaisiin ihosairauksiin ja mielen terveyden häiriöihin. Esimerkiksi talvisin toistuvan masennustilan eli kaamosmasennuksen parhaat hoitotulokset on saatu nimenomaan kirkasvalolla.

Kirkasvalohoidolla voidaan myös ehkäistä kaamosmasennusta, jos hoito aloitetaan syksyllä ennen oireiden ilmaantumista. Kirkasvalohoidon voi aurinkoisina talvipäivinä korvata kävelylenkillä ulkona; auringonpaiste on nimittäin valovoimaltaan tehokkainta valohoitoa. Esteeksi saattaa kuitenkin tulla kiireinen aikataulu tai huono sää.

VALO- BIOLOGIA

Tutkimus on vähitellen valottanut niitä rakenteita ja hermoratoja, joiden kautta ihminen saa tiedon valoisan ja pimeän vaihtelusta. Tärkein näistä, eräänlainen pääväylä on silmien verkkokalvolta käpylisäkkeeseen kulkeva hermorata. Silmälle näkyvän valon vaikutustapojen tutkiminen on osoittanut valon vähentävän käpylisäkkeen melatoniinin tuotantoa ja edistävän serotoniinin saantia kemialliseen viestinsiirtoon hermosolujen välillä.

Uuden aallon valotutkimuksessa on myös kiinnitetty huomiota tapaan, jolla kirkas valo säätelee kehon sisäistä kelloa, ja sen myötä on syntynyt joukko tieteellisesti kiinnostavia oletuksia valon yleisestä merkityksestä elimistölle.



KIRKKAUS

Kirkasvalohoidossa vietetään rajattu aika voimakkaassa, näkyvässä keinovaalossa joko hoituhuoneessa tai hoitolaitteen ääressä. Vaikka hoidon teho perustuukin silmälle näkyvän valon vaikutuksiin, kirkasvalohoito ei edellytä näköaistimusta eli valon näkemistä hoidon aikana. Valon

vaikutukset välittyvät silmän verkkokalvolta näköhermoista erillistä hermorataa pitkin suoraan kehon sisäiseen keskuskeloon. Jotta valo vaikuttaisi mahdollisimman tehokkaasti sisäisen kellon muodostaviin hermosoluihin, silmät tulee pitää auki eikä niitä hoidon aikana peitetä. Valon on tultava kasvoille ja päästävä verkkokalvolle asti.

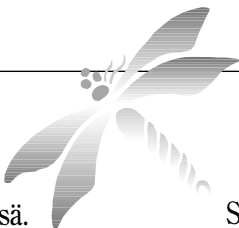
SARASTUS

Toinen valohoidon muoto on sarastusvalohoito. Se tarkoittaa päivän sarastusta jäljittelevän valon käyttöä hoitokeinona. Sarastusvalohoito annetaan nukkuvalla henkilölle siten, että vuoteen päätyyn tai vierelle sijoitettu hoitolaite alkaa vähitellen, puolesta kahteen tunnin kuluessa ennen heräämisaikaa kirkastua ohjelmoidun aikataulun mukaan. Unen kevennyttyä aamuyöllä luomien läpi ja niiden raoista silmiin välittyvä valo herättää henkilön pehmeästi, useimmiten jo ennen laitteesta kuuluvaa herättämisen äänimerkkiä. Valosarastukseen voidaan liittää myös hiljalleen voimistuvia luonnon ääniä, esimerkiksi lintujen laulua kevätpurolla. Sarastusvalohoidon vaikutuksista on kuitenkin vielä melko vähän tieteellisiä tutkimuksia, ja siitä saatuja tuloksia voidaan pitää siksi vain alustavina, joskin lupaavina. Sarastusvalohoidon käyttöaiheet ovat samat kuin kirkasvalohoidossa, mutta sen arvellaan vaikuttavan kehossa eri tavalla kuin kirkasvalohoito. □

*Timo Partonen, erikoistutkija
KTL, Mielen terveyden ja alkoholi-
tutkimuksen osasto*



Kesää odotellessa



Suomi elää neljän vuodenajan rytmissä. Uupunut kansa odottaa kesää ja kesälomaa. Raatamisen jälkeen on oikeus lepoon. Kesä onkin palautumisen ja kasvun aikaa. Sitten on taas kuljettava läpi pimeään syksy- ja talviputken kohti kevään valoa ja uutta näkyä kesästä. Parhaimmillaan mielessämme ehkä välkky se lapsuuden kesä, joka ei enää koskaan palaa.

Loma latautuu helposti toiveita täyteen. Muuttolinnot lentävät kesäksi Suomeen, koska täällä voi saada vähässä ajassa paljon aikaiseksi. Me suomalaiset lähemme kesälomille usein ylisuurin odotuksin. Kaikki, mikä on jäänyt tekemättä ja kokematta, odottaa Suomen kesässä. Myönteisillä odotuksilla on suuri merkitys ihmisten jaksamiselle. Niin kauan kuin on toivoa, on myös elämää. Jopa työelämää.

Jokaisella meistä on oma luontainen elämänrytmimme ja myös tietty opittu tapa hallita elämäämme. Jotkut painavat kaiken aikaa täysillä itseään kuuntelematta, riskejä ottaen ja elämää ahnehtien. Vain uupumus pakottaa keräämään voimia. Toisille on ominaista suurempi ennakointi, suunnittelu, jopa varovaisuus ja itsensä säästäminen aina neuroottiseen huolestumiseen asti.

Tapamme toimia työelämässä siirtyy usein automaattisesti myös kesän ja lomakauden suunnitteluun, jopa niiden viettoon. Rytmien vaihto ei todellakaan ole helppoa. Mitä lyhyempi loma, sen vähemmällä sopeutumisella pääsemme. Kunnan loma saattaisi jopa pysäyttää meidät.

Olisiko Sinulla rohkeutta pysähtyä miettimään, mitä oikeastaan odostat ja tarvitset Suomen kesältä?

Sitä samaako? Kesä tarjoaa muutoksen mahdollisuuden. Päivä pitenee ja valoisuus aktivoi. Mikä parasta, kesä saattaa antaa tilaa omille toiveillemme ja tarpeillemme. Voisitko luopua tavanomaisesta suunnittelusta, aikatauluista, tehokkuusajattelusta ja asettua vuoropuheluun kesän kanssa? Voisit nukkua oman rytmisi mukaan, kuunnella omia tarpeitasi, elää rohkeammin, olla läheistesi käytettävissä, antaa tilaa muillekin ja antaa asioiden tulla vastaan ilman jatkuvaa hallinnan ja hyväksikäytön pyrkimystä. Voisitko luottaa siihen, että kesä kyllä täyttää toiveesi, kunhan Sinä et täytä kesää omilla toiveillasi? Ota siis kerrankin ”iisisti”, rentoudu, tee mitä vaan! Ole kahdestaan itsesi kanssa! Tutustu itseesi! Muutoin ennen pitkää vieraannut itsestäsi!

Hyvää kesää kaikille *Eino Leimon säkein (Kesäkesä 1916)*

”Istun itsekseni: hetket siirtyy, elon muistot silmän eteen piirtyy, muistan, mullakin on kesäkesä, vaan on poissa linnunlaulut, pesä, oisi aika tehdä luomistyötä, vaan mä valkeaa vain siedän yötä, mitään mieli en, en mitään halaa, tahdo en ma enää polttaa, palaa, hiljaa iloita vain itsekseni, olla syrjäinen kuin sydämeini.”

*Jouko Lönnqvist, tutkimusprofessori
KTL, Mielen terveyden ja alkoholitutkimuksen osasto*



KANSANTERVEYS- LAITOS



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

Vs.toimitussihteeri Marja Hyryläinen
Mannerheimintie 166, 00300 Helsinki
Puhelin (09) 4744 8743
Faksi (09) 4744 8746
marja.hyrylainen@ktl.fi

TARTUNTATAUTI- REKISTERI

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

EPIDEMIA- KONSULTAATIOT

Puhelin (09) 4744 8557

*Osoitteenmuutokset ja tilaukset
toimitussihteerille.*

*Lehden aineistoa lainattaessa
on lähde aina mainittava.*

ROKOTUSNEUVONTA

Matkailijoiden rokotukset
ma, ke ja pe klo 10-12,
puhelin (09) 4744 8485
Muu rokotusneuvonta (rokotus-
aikataulut, neuvolarokotukset,
haittavaikutukset): arkisin klo 9-12
puhelin (09) 4744 8243

YMPÄRISTÖONGELMA- NEUVONTA

Puhelin (017) 201 325

ISSN 1236 - 973X
Painopaikka: Askonpaino 5.2002