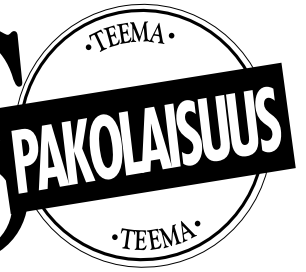


KANSAN TERVEYS



KANSANTERVEYSLAITOKSEN TIEDOTUSLEHTI • FOLKHÄLSOINSTITUTETS INFORMATIONSTIDNING

MARRASKUU 9/1999 NOVEMBERBER

KTL 9/1999

TEEMA: PAKOLAISSUUS

■ **Pääkirjoitus: Kosovon opetus ja kansallinen vastuamme**

Sivu 1

■ **Tapaus Kosovo pakolaisten terveydentilan seurannan pystyttäminen**

Sivu 2

■ **Terveydenhuoltoa kosovolaisittain**

Sivu 3

■ **Terveydenhuollon ohjeistukset turvapaikanhakijoiden osalta**

Sivu 3

■ **Pakolaiskeskuksen arkea**

Sivu 4

■ **Suomalaisten tupakointi**

Sivu 9

■ **AIDS-valistus pyrkii tavoittamaan erityisiä väestöryhmiä**

Sivu 10

■ **Meritähti-projekti auttaa seksityöntekijöitä**

Sivu 10

■ **Bibliografia sosiaaliryhmien välisten terveyserojen kaventamisesta**

Sivu 11

■ **Lääkärin kliininen päihdetutkimus uudistuu**

Sivu 12

TARTUNTATAUTITILANNE SUOMESSA SS. 5-8

• **Tartuntatautitilanne Suomessa**

• **Rotavirusrokote vedetty pois USA:n markkinoilta**

• **Salmonellaepidemia pastöroimattomasta maidosta**

KOSOVIDEN OPETUS JA KANSALLINEN VASTUUMME

Suomi on määrittänyt suhteensa maailman pakolaiskysymykseen allekirjoittamalla YK:n pakolaissopimuksen ja pääministeri Paavo Lipposen II hallituksen ohjelmassa korostetaan Suomen valmiuksia auttaa pakolaisia kriisitilanteissa. Sisällissodan repimässä Suomessa oli 1920-luvun alussa pitkälle yli 30 000 pakolaista määrän ollessa tänään noin 20 000. Suomi oli ennen toista maailmansotaa monessakin mielessä kansainvälisempi kuin tänään. Silloiset maahanmuuttajat rakensivat Suomen teollisuuden ja kaupan sekä infrastruktuurin. Suomalaisen taiteen ja kulttuurin rakennusaineet tulivat monesta suunnasta. Jos yhteiskuntaamme muovannutta mennyttä ja lähimenneisyyttä ei tunneta, sitä ei kyetä yhdistämään nykyisyyteen johtaneeseen kehitysketjuun ja ajaututaan eräänlaiseen historiattomuuden tilaan. Ulkosuomalaisten määrä ylittää tänään 1,2 miljoonan rajan ja täällä asuu 90 000 ulkomaan kansalaista, joista huomattava osa on etnisiä suomalaisia tai suomalaisen kanssa eläviä.

Pakolaisia ja heihin verrattavia suojelua tarvitsevia arvioidaan olevan maailmassa 12-13 miljoonaa. Turvapaikanhakijoita on miljoona, paluumuuttajia ja omassa maassaan siirtymään joutuneita 3-4 miljoonaa. Sisäisiä pakolaisia ja heihin verrattavia on yli 6 miljoonaa. Näihin lukuihin eivät sisälly ne miljoonat ja taas miljoonat, jotka joutuvat tänään elämään sosiaalisessa sorrossa ja tätä ylläpitävissä diktatuureissa.

Balkan tuli lähelle ja se osoitti suomalaisille, että olemme osa samaa yhteistä Eurooppaa. Suomalaisen valmiudet Kosovon pakolaisten auttamiseen oli mittavaa. Tämä herätti toiveita siitä, että vastuunkantaminen maailman pakolaiskysymyksessä ja ihmisoikeustyössä on saavuttanut huomattavan osan suomalaisista. Tuoreet väestön etnisiä aseenteita mittaavat tutkimukset osoittavat kuitenkin, että erilaisuuden kohtaaminen ja uuden yhteisyyden synnyttäminen on huomattavalle osalle suomalaisia ylivoimaiselta tuntuva matka. Tätä matkaa voidaan lyhentää valistuksen ja kasvatuksen avulla.

Suomi otti vastaan tänä vuonna noin tuhat evakuoitua Kosovon albaania. Tämä oli Euroopan unionin jäsenmaalta vähintään, mitä Suomi saattoi tehdä. Määrä kuului myös EU-maiden pienimpiin. Tätä ennen Suomeen Kosovosta oli tullut noin 2 000 turvapaikanhakijana ja perheenjäsenten kautta. Suomeen evakuoituista on tähän mennessä palannut organisoidusti 400 kosovolaisista. Suomalaiset humanitaarista työtä tekevät järjestöt ja kirkko osallistuvat jälleenrakennustyöhön, mikä vahvistaa vapaaehtoista paluumuuttoa. Suomen valtio tukee tätä työtä kehitysyhteistyövaroista.

Tapahtumasarja on osoittanut, kuinka riittämättömiä kansainvälisen yhteistyön keinot ovat olleet. Kaikki ponnistukset kohdistetaan nyt tuhotun korjaamiseen. Itä-Timor on toinen ajankohtainen näyttämä, jonka tulisi osoittaa, että ennalta ehkäiseviä riittävän vaikuttavia mekanismeja tulee luoda. Tsetsenia on tästä toinen järkyttävä ajankohtainen esimerkki.

Suomen otettua vastaan ensimmäiset chileläiset pakolaiset 1970-luvun alussa ja vietnamilaiset pakolaiset 1970-luvun lopussa, Suomi astui selkeästi myös vastuunkantajan rooliin. Entinen sodan jälkeisissä vaikeissa olosuhteissa syntynyt ja 1980-luvulle ylläpidetty doktriini siitä, että Suomi ei puutu minkään valtion sisäisiin asioihin, tuntuu tänään etäiseltä välivaiheelta. Jos ihmisoikeuksia kunnioitetaan, aina joudutaan ottamaan kantaa ihmisoikeusloukkauksiin ja sortoon, sillä ihmisoikeuksien loukkaaminen sekä sosiaalisten ja kulttuurioikeuksien polkeminen synnyttävät pakolaisuutta.

Laki maahanmuuttajien kotiuttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta tuli voimaan toukokuussa. Laki antaa raamit ja mahdollisuudet viranomaisten ja maahanmuuttajayhteisöjen väliselle yhteistyölle. Tämän yhteistyön avulla maahanmuuttajien osallisuus Suomen yhteiskunnassa on saavutettavissa aikaisempaa tehokkaammin ja ulkopuolisuus vähenee. Samalla uudistus opettaa yhä useammat suomalaiset ymmärtämään sen, että maailma tulee tänne ja että erilaisuuden kohtaaminen synnyttää yhteisyyttä ja vahvistaa valmiuksiamme kansainvälistymisessä ja selviytymisessä.

Risto Laakkonen
Risto Laakkonen

P

TAPAUK KOSOVO – PAKOLAISTEN TERVEYDENTILAN SEURANNAN PYSTYTTÄMINEN

Massamuutto ja -asumistilanteeseen liittyvät infektiot-ongelmat syntyvät äkillisen väenpaljouden seurannaisvaikutuksena: puuttuu suoja, puhdas vesi ja ruoka, saniteettiolot ovat puutteelliset, samoin terveydenhuolto. Olosuhteet ovat otolliset bakteerien, virusten ja alkueläinten leviämiselle, vaikka pakolaisen oma vastustuskyky olisikin kunnossa. Jos puute jatkuu pitkään, myös oma vastustuskyky murtuu.

Tapaus Kosovo 1999 toi pakolaisuuden lähelle meitä kaikkia. Terveydenhuollon palvelut Kosovossa olivat alkaneet rapautua jo ennen tätä kevättä. Vuodesta 1989 albaanit alkoivat boikotoida virallista terveydenhuoltoa ja pystyttivät omia terveysasemia. Vuonna 1996, aivan polion juurimisen julistuksen kynnyksellä, Kosovo-Albaniaa koetteli polioepidemia, joka halvaannutti 66 ihmistä. Vuonna 1998 etnisten puhdistusten myötä terveydenhuollon tilanne kääntyi jyrkkenevään alamäkeen. Silti tartuntatautilanne ei ollut hälyttävä: tuberkuloosin ilmaantuvuus oli eurooppalaisittain korkeahko, 60/100 000 asukasta, ja kliinistä tuhkarokkoa arvioitiin esiintyvän 247/100 000, ja bruselloosia ja leishmaniasia havaittiin satunnaisina tapauksina kuten meningiittiä, hepatiitteja ja yksittäisiä hantavirusinfektioitakin.

EI VAIN RUOKA JA VESI

Pakolaisongelman räjähtäessä käsiin avustajajärjestöjen ongelma ei ollut pelkästään taata jokapäiväisen elämän edellytykset vaan myös seurata väestön terveydentilaa mahdollisten epidemioiden varhaiseksi havaitsemiseksi ja estämiseksi. Yleinen hättilaohje kehottaa seuraamaan pakolaisten terveyttä erityisesti tuhkarokon, hengitystieinfektioiden, ripulin ja meningokokkitautien havaitsemiseksi, sillä massamuuttotilanteessa nämä taudit saattavat johtaa vaikeasti hallittaviin epidemioihin (Steering Committee of Humanitarian Response). Rokotusten osalta on ensiarvoisen tärkeää antaa suoja tuhkarokkoa vastaan ja samassa yhteydessä iänmukainen annos A-vitamiinia sekä poliorokote (suun kautta annettava, elävä heikennetty OPV).

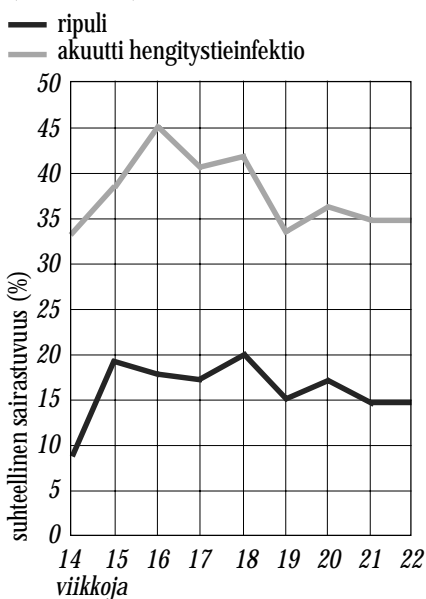
Massamuuttotilanteen seurantajärjestelmässä voi olla vaikeaa suhteuttaa havaittuja löydöksiä odotusarvoon, jos perusväestön määrä muuttuu tunneittain, kuten Kosovossa tapahtui. Ylittääkö havaittujen sairastapauksien määrä odotetun sairastumismäärän, milloin siirrytään tavanomaisesta tilanteesta epidemiatilanteeseen?

Seurantajakson aikana 16.4.–6.6.1999 kirjattiin yhteensä 189 706 sairaskäyntiä.

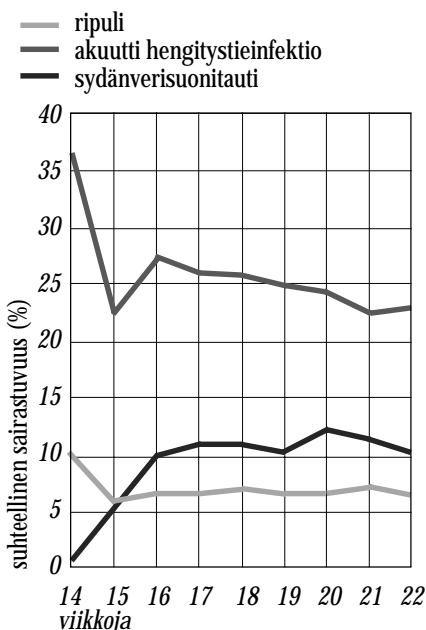
Sairaskäyntien oireenmukaiset löydökset

| eri ikäryhmissä | < 5 vuotiaat (%) | ≥ 5 vuotiaat (%) |
|-------------------------------|------------------|------------------|
| Hengitystieinfektio | 37 | 24 |
| Veretön ripuli | 17 | 6,7 |
| Sydän / verisuonitaudit | 0 | 10 |
| Kirput, täit | 3 | 3,7 |
| Vakavat mielenterveysongelmat | 0,3 | 2,8 |
| Traumat | 0,3 | 1,3 |

Pakolaisten suhteellinen sairastuvuus akuutteihin infektiioihin ja ripuliin Kosovossa, alle 5-vuotiaat lapset, 16.4.–6.6.1999 (viikot 14–22)



Pakolaisten suhteellinen sairastuvuus akuutteihin hengitystieinfektioihin, ripuliin ja sydänverisuonitauteihin Kosovossa, ≥ 5-vuotiaat, 16.4.–6.6.1999 (viikot 14–22)



Lisäksi tapausmääritelmät tai niiden noudattaminen ei usein ole yksiselitteistä ja havaittujen tapauksien ilmoittamatta jättäminen tuovat lisää epävarmuutta.

KANSAINVÄLINEN ISKURYHMÄ

Tässä tilanteessa kansainvälinen infektiotopidemiologinen iskuryhmä, johon kuului Euroopan kenttäepidemiologisen koulutusohjelman (EPIET) koulutettavia ja kouluttajia, pystytti Kosovoon huhtikuussa terveydenhuollon seurantajärjestelmän osana Organisation for Security and Cooperation in Europe (OSCE) toimintaa, joka ratkaisi nimittäjätiedon puutteen seuraamalla tautien ilmaantuvuustietojen sijasta suhteellista sairastuvuutta. Viitetasona käytettiin melko vakiona esiintyvää sydän- ja verisuonitautien määrää seurattavassa väestössä. Aktiivisesti seurattiin tartuntatauteja, mielenterveysongelmia ja traumoja. Lisäksi puuttuvat tiedot (ns. nolalöydösten varmistus) tarkistettiin tuhkarokon, polioon liittyvän AFP:n, veriripulin, vastasyntyneiden jäykkäkouristuksen ja aivokalvontulehdusten osalta.

Seurantajakson kolmannella viikolla, jolloin pakolaiset olivat olleet leireillä ja kotimajoituksessa jo toista kuukautta, tuhkarokkotartuntoja ilmaantui odotettua enemmän. Rokotuskampanja käynnistettiin nopeutetusti. Kampanjan jälkeen toteutetussa rokotuskattavuuskyselyssä tulokseksi saatiin 81 prosenttia kattavuus (95% luottamusväli 74–88%) albaanien keskuudessa ja 90 prosenttia kattavuus (95% luottamusväli 86–94%) kosovaarien keskuudessa.

Seurantajakson 18–21. viikolla havaittujen veriripuleiden määrä lisääntyi, ja ulosteviljelyistä kasvoi *Shigella flexneri* (8/18 näytteestä) ja *Shigella sonnei* bakteereja (1/13 näytteestä).

Suuremmilta epidemioilta vältyttiin tällä kertaa. Haluaisin uskoa, että seuraavaa kertaa ei tule, mutta realisti minussa sanoo, että jos ei Euroopassa niin ainakin Afrikassa ja Aasiassa, jolloin tapaus Kosovon opetukselle ovat taas kallisarvoisia. □

Hanna Nohynek, KTL

(09) 4744 8246, hanna.nohynek@ktl.fi
EPIET:n johtoryhmän puheenjohtaja

Kirjallisuutta:

Valenciano M, Pinto A, Coulombier D, Hashorva E, Murthi M. Surveillance of communicable diseases among the Kosovar refugees in Albania, April – June 1999. Eurosurveillance 1999;4:92-5. Vaccination campaign for Kosovar Albanian Refugee children – Former Yugoslav Republic of Macedonia, April-May, 1999. MMWR weekly 1999;36:799-803.

TERVEYDENHUOLTOA KOSOVOLAISITTAIN

Kosovon lyhyt sota oli vain näkyvin huippu entisen Jugoslavian etnisistä ongelmista. Poliittinen epätasapaino kehittyi jo kymmenen vuotta ennen aseellisen kriisin alkua. Sodan jälkeen valtasuhteet ovat muuttuneet ja Kosovo on aloittanut jälleenrakennuksen kansainvälisen yhteisön tuella.

Jugoslavian tasavallan albaanienemmistöisessä Kosovon maakunnassa albaanit ja serbit ovat hoidattaneet terveyttään toisistaan erillään jo vuodesta 1989. Ennen Kosovon sotaa albaaneja palveli julkisen terveydenhuollon ulkopuolella yksityinen terveydenhuoltoverkosto, joka toimi lähinnä humanitaarisen Äiti Teresa -järjestön avulla.

Belgradin tukemaa terveydenhoitoa sai aiemmin vain serbian kielellä. Virallisesta terveydenhuollosta huolehtivat pienet terveyskeskukset, "ambulanssit" ja terveyshallit, joita oli joka läänissä ja jotka olivat varustetasoltaan pieniä sairaaloita. Lisäksi potilaita hoidettiin erityisklinikoissa ja työterveyshuollossa. Vuodehoitoa tarvitsivat potilaat hoidettiin aluesairaaloissa ja vaikeimmin sairautta lähetettiin Belgradin yliopistolliseen sairaalaan. Järjestelmä oli erikoislääkäripainotteinen ja toiminnat olivat usein päällekkäisiä.

Sodan jälkeen Serbia ei enää määrää Kosovoa, vaan Yhdistyneiden kansakuntien UNMIK (United Nations Mission In Kosovo) toimii hallituksena. Maailman terveysjärjestöllä WHO:lla on terveysministeriön rooli. Suomalainen lääkäri Hannu Vuori johtaa UNMIK:n terveysosastoa ja on siten eräänlainen maakunnan terveysministeri.

Kansainvälinen yhteisö pyrkii luomaan tasa-arvoisen yhteiskunnan Kosovoon. Kuitenkin vain kirkasotsaisimmat optimistit uskovat harmoniseen yhteisöön siinä väkivallan, vihan ja koston ilmapiirissä, jonka sota aina jättää jälkeensä. Käytännössä aiemmat valtasuhteet ovat muuttuneet päinvastaisiksi. Albaanit ovat johdossa, serbit pelkäävät, eikä sekoittumista ole juuri tapahtunut edes terveydenhuollossa. Tähän tilanteeseen WHO aikoo rakentaa perusterveydenhuoltoon painottuvan, päällekkäisyyksiä karsivan systeemin.

WHO UUSII TERVEYDENHUOLLON

Haaste on kova. WHO:n virkamiehet saivat kuitenkin rakennettua noin kolmessa kuukaudessa terveydenhuollon mallin, jonka muokkaaminen vie yleensä vuosia. Suunnitelma ulottuu vain kuusi kuukautta tulevaisuuteen.

Sota heikensi entisestään Kosovon terveystilannetta, joka tällä hetkellä on kaukana Euroopan standardeista. Esimerkiksi vastasyntyneiden kuolleisuus on viisi prosenttia jopa Pristinän yliopistollisessa sairaalassa. Tuberkuloosia sairastaa arviolta 70 ihmistä sadasta tuhannesta. Krooniset

sairaudet karsivat iäkkäitä: vain 1,5 prosenttia kosovolaisista on yli 75-vuotiaita. Toisaalta 53 prosenttia kansasta ei ole vielä täyttänyt kahtakymmentä.

WHO:n päätavoitteina Kosovon terveydenhuollossa on vähentää lapsikuolleisuutta, kohentaa nuorten terveyttä, parantaa psykiatrista hoitoa, valvoa hoidon laatua ja kehittää työvoimaa. Alkuvaiheessa pyritään saamaan yksi lääkäri kahta tuhatta ja yksi sairaanhoitaja tuhatta asukasta kohti.

ULKOMAISTA RAHOITUSTA

Kosovon terveydenhuollon jälleenrakennus nojaa työvoimaa lukuun ottamatta vahvasti ulkomaiseen rahoitukseen. Noin kolmesataa humanitaarista järjestöä on jakanut Kosovon projekteihin, joita UNMIK ja terveyden osalta WHO koordinoivat ja ohjeistavat.

UNMIK jakaa terveydenhuollossa työskenteleville kannustusrahaa, joka on korkeimmillaan vain 300 Saksan markkaa. Käytännöllisesti katsoen työntekijät työskentelevät palkatta.

HENKILÖSTÖ ALBAANEJA

Terveydenhuoltohenkilöstö on tällä hetkellä lähes poikkeuksetta albaaneja. Järjestöt pyrkivät saamaan serbejä työhön albanien rinnalle, mutta sodan jälkeinen koston kierre pitää heidät tiiviisti omissa kylissään. Serbit hoidattavat terveyttään joko Serbiassa, jonne kansainvälinen armeija saattaa heitä viikottain tai järjestöjen ylläpitämällä klinikoilla.

Albaanit ovat viimeiset kymmenen vuotta harjoittaneet terveydenhuoltoa vain virallisen järjestelmän ulkopuolella. Heillä on kliinistä taitoa, mutta ei kokemusta julkisen terveydenhuollon pyörittämisestä. Sairaaloita johtavatkin alkuvaiheessa kansainvälisten järjestöjen työryhmät.

SUPISTUKSIA

Punaisena lankana sodanjälkeisessä maakunnassa on palvelujen järjestyminen eli supistaminen. Luksusta on turha odottaa. Usein toimintaa täytyy jatkaa totuttua paljon pienemmillä voimavaroilla. Näin varsinkin perusterveydenhuollossa, jossa pitäisi ratkaista jopa 90 prosenttia lääketieteellisistä ongelmista. CT-laitetta ja EEG:tä odottava terveyshallituksen lääkäri pettyy pahasti, kun hänelle tarjotaan vain korvalamppua, stetoskooppia ja verenpainemittaria työvälineiksi.

Aluesairaalat ovat erityisen paineisia, koska erikoislääkäreiden luokse on totuttu hakeutumaan pienissäkin vaivoissa. Sairaaloiden uudistaminen vaatii kuitenkin valtavasti varoja, eivätkä ne nykytilanteessa pysty aina hoitamaan edes kaikkia sairaala-hoitoa tarvitsevia.

Monista aiemmin Belgradin tarjoamista eduista on täytynyt luopua. Esimerkiksi eräiden harvinaisten tautien hoito ei enää onnistu Kosovossa. Siksi WHO:n ja paikallisten asiantuntijoiden muodostama työryhmä valitsee viikottain ulkomaiseen hoitoon pääsevät, mm. onkologiset lapsipotilaat.

LÄÄKKEITÄ WHO:N LISTAN MUKAAN

Lääkkeet pyritään tuomaan Kosovoon kontrolloidusti ja jakamaan perusterveydenhuoltoon ranskalaisen järjestön Pharmaciens sans Frontieres (Apteekkarit ilman rajoja) kautta. Lääkkeiden valinnassa noudatetaan WHO:n välttämättömien lääkkeiden listaa. Kontrollin ohi lipeää yksityisiä avustuksia. Ranskalaista ummetuslääkevalikoimaa ja italialaista ACE-estäjävuorua vuorokausia selvittäneenä esitän pyynnön kaikille ilmaisilääkkeidensä kanssa painiskeville lääkäreille: älkää lähettäkö niitä Kosovoon! Raha kelpaa, ajattemattomat lääkelahjoitukset eivät.

Sairaaloiden lääkevalikoima on laaja ja kallis, minkä vuoksi jokainen sairaala on joutunut hankkimaan erilliset lääkelahjoittajat. Saudiarabialainen lahjoitus voi olla perin erilainen kuin Euroopan Unionin rahoittama, vaikka suosittelua listaa olisi yritettykin seurata. Kestääkin vielä kauan, ennen kuin sairaalatason lääkehoito Kosovossa saadaan yhdenmukaiseksi.

Kosovon terveydenhuollon tulevaisuutta on vaikea ennustaa. Paljon riippuu siitä, miten vahvasti lääketiede politisoituu. Hippokrateen vala himmenee helposti nationalismin loimussa. Toisaalta Kosovo on pieni alue, jossa yhtenäisyyden saavuttaminen on mahdollisuuksien rajoissa. Ehkä keränkin historiassa ei tarvita kahta sukupolvea ennen kuin rinnakkaiselo entisen vihollisen kanssa käy mahdolliseksi. Oli rinnakkaiselo sitten naapurina asumista, samassa työpaikassa käymistä tai istumista saman lääkärin odotushuoneessa. □

*Terhi Heinämäki
Suomen Punainen Risti/ICRC
Kosovo*

TERVEYDENHUOLLON OHJEISTUKSET TURVAPAIKAN- HAKIJOIDEN OSALLE

Lääkintöhallituksen tartuntatautien asiantuntijaryhmä antoi vuonna 1990 suosituksen pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden terveystarkastusten järjestämiseksi tarttuvien tautien osalta. Käytännössä tämä suositus ei kuitenkaan toteutunut, ja seulontatestausten laajuus sekä terveydentilan arviointi ja hoitolinjat vaihtelivat vastaanottoyksiköissä ja terveyskeskuksissa. Tämän vuoksi KTL:n infektioepidemiologian osastolla laadittiin vuonna 1993 opasvihko "Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden infektio-ongelmien ehkäisy", joka sosiaali- ja terveysministeriön pakolaistoimiston kustantamana painettiin ja jaettiin. Oppaan tarkoitus oli helpottaa lääketieteellisesti ja taloudellisesti järkevien

käytäntöjen muodostumista. Oppaan ohjeet eivät ole sitovia.

Suomessa ei maahanmuuttajalle aseteta terveydellisiä ehtoja. Pakolaisille ja turvapaikanhakijoille tarjotaan terveystarkastus, jonka tulos ei kuitenkaan vaikuta maahanmuuttopäätöksen myöntämiseen. Terveystarkastusten katsotaan ensi sijassa palvelevan pakolaisen omaa etua; vaikeiden inhimillisten olosuhteiden vuoksi pakolaiset ovat usein välittömien terveyspalveluiden tarpeessa. Pienessä määrin esim. pakolaisleiriltä saapuvat pakolaiset voivat aiheuttaa tartunnanvaraakaan myös muulle väestölle. Lain mukaan pakolaiset ja turvapaikanhakijat ovat oikeutettuja ilmaiseen terveydenhuoltoon, mikäli he ovat välittömän sairaanhoidon tarpeessa.

VAPAAEHTOINEN TERVEYSTARKASTUS

Nyky muodossaan terveystarkastus sisältää terveydenhoitajan haastattelun, joka tehdään tarvittaessa tulkin avustuksella. Hakijalle kerrotaan terveystarkastuksen ja seulonatestien vapaaehtoisuudesta sekä kirjataan STM:n pakolaistoimiston laatimalle terveystarkastuskortille tärkeimpiä taustatietoja terveydentilasta. Kaavakkeelle merkitään tietoja somaattisista oireista, mutta myös mm. tieto kotimaahan jääneistä omaisista ja aikaisemmista rokotuksista. Selvästi sairaat, alle seitsemänvuotiaat lapset, vammaiset ja raskaana olevat ohjataan lääkärintarkastukseen yhden kuukauden kuluessa vastaanottopisteeseen tulosta. Haastattelun jälkeen kaikki tulijat ohjataan seulonatesteihin.

SEULONTATESTIT MYÖS VAPAAEHTOISIA

Vuonna 1990 annetussa suosituksessa ehdotetaan pakolaisilta tutkittavaksi keuhkojen röntgenkuva, hepatiitti B-viruksen pinta-antigeeni, kardioliipiini sekä HIV vasta-aineet. KTL:n oppaassa tarkennetaan, että keuhkojen röntgenkuva kannattaa ottaa vain yli seitsemänvuotiailta. Muut mahdolliset tutkimukset, esimerkiksi pieni verenkuva ja ulosteen parasitiitit anemiaa ja kroonisista terveysongelmista kärsiviltä lapsilta, otetaan terveydenhoitajan haastattelun ja lääkärintarkastuksen perusteella.

Keuhkojen röntgenkuvaus kehoitetaan järjestämään mahdollisimman pian pakolaisen saavuttua, jotta vähennettäisiin joukkomajoituksessa tapahtuvaa altistusvaaraa. Raskaana oleville oireettomille tulijoille kuvaus ehdotetaan tehtäväksi vasta viimeisen raskauskuukauden aikana. Alle seitsemänvuotiaille suositellaan Mantoux'n koetta, mikäli BCG-rokotusarpea ei ole näkyvissä. Ulosteen bakteereita ei juurikaan kannata hakea, etenkin jos turvapaikan hakija on jo viettänyt aikaa muissa maissa matkallaan Suomeen. Hepatiitti B -vasta-aineet helpottavat pakolaisen lähipiirin suojaustarpeen arvioinnissa.

ROKOTUKSET JA TERVEYSKASVATUS

Lain mukaan turvapaikan hakijat eivät ole oikeutettuja yleisen rokotusohjelman mukaisiin maksuttomiin rokotuksiin, sillä roko-

tukset eivät kuulu ensiapuluonteisiin palveluihin. Lasten kohdalla tästä tehdään kuitenkin poikkeus. Myös mm. HbsAg-positiivisten henkilöiden vakituiset seksikumppanit samoin kuin HbsAg-positiivisten äitien vastasyntyneet suojataan hepatiitti B -rokotuksin. Terveystarkastuksen yhteydessä suositetaan annettavaksi myös terveyskasvatusta mm HIV-tartunnasta, käsi- ja elintarvikkehygieniasta ja sukupuolitautien ehkäisystä. □

Tuija Leino, KTL
(09) 4744 8787, tuija.leino@klt.fi

STM/KTL OHJEISTUS 26.4.1999

Päähuomio tulee kiinnittää rokotusten asianmukaiseen toteuttamiseen, oireisten tutkimiseen, aktiivista keuhkotuberkuloosia sairastavien tunnistamiseen ja hoitoon saattamiseen sekä sairaalainfektioita aiheuttavien resistenttien bakteerien torjuntaan.

INFEKTIÖIDEN EHKÄISY JA HOITO

Evakuoidut

- <2-vuotiaat: PDT x 3
- 2-9-vuotiaat: DT x 3
- ≥10-vuotiaat: Td x 2
tai jos perussuoja kunnossa DT/Td x 1
- polio kaikille
- MenAC 2-25-vuotiaille
- MPR 1-15-vuotiaille

Hoidosta vastaavat

- Td/d x 1 (>10-vuotiaat)
- polio x 1 (>10-vuotiaat)
- HAV/HBV x 3

Tulirokko:

Antibioottilääkitys nopeasti, myös oireettomille samassa rakennuksessa oleville

Tippuri ja klamydia:

Antibioottilääkitys oireellisille ja oireettomille tartunnan saaneille

Salmonelloosi ja shigelloosi:

Antibioottilääkitys oireellisille ja oireettomille tartunnankantajille

HAV: IgG herkästi epidemian ehkäisemiseksi evakuoiduille



PAKOLAISKESKUKSEN ARKEA

Maahanmuuttajat ovat terveydenhuollossa yhä kasvava asiakaskunta. Turvapaikanhakijoiden vastaanotto järjestetään vastaanottokeskuksissa, jotka voivat olla valtiorakennuksia, kunnan tai järjestöjen ylläpitämiä.

Turvapaikanhakijoiden terveyspalvelut rajoittuvat ensiavun luonteiseen terveyden- ja sairaudenhoitoon. Vastaanottokeskuksissa toimii yleensä terveydenhoitaja, joka tekee asukkaalle alkuhaastattelun mahdollisimman pian maahanmuuttoaikana. Siinä kartoitetaan asiakkaan terveydentilaa, aiempien sairauksien tai esimerkiksi kidutuskokemusten osalta sekä nykyinen terveydentila. Asiakkaan suostumuksella otetaan thorax-, kardioliipiini-, HbaAg- ja HIV-tutkimukset. Samalla annetaan tietoa turvapaikanhakijan oikeuksista terveyspalvelujen osalta sekä tarvittavat jatko-ohjeet ja terveysneuvontaa.

EPÄREALISTISIA ODOTUKSIA

Ensiapuluonteisen hoidon käsite on hyvin vaikeasti tulkittavissa. Asiakkaan käsitys voi poiketa huomattavasti annettavien palveluiden sisällöstä ja hänen odotuksensa hoidosta ovat usein hyvin epärealistisia.

Matkan varrella välittäjät saattavat "kaupata" kohdemaata kattamattomilla terveyspalvelujen lupauksilla. Suomalaisen perusterveydenhuoltojärjestelmän kuvaaminen on tärkeää. Siitä huolimatta asiakkaat valittavat usein, miksei mennä suoraan sairaalaan tai erikoislääkärille.

Terveydenhuollon osalta joudutaan käyttämään runsaasti aikaa rajaamiskeskusteluihin ja palaamaan samaan aiheeseen useita kertoja. Asiakas saattaa vaatia vanhan vamman korjaamista heti maahan tultuaan tai puuttuvien hampaiden tilalle uusia ja täydellistä hammashoitoa. Asiakkaalla saattaa olla jo kunnassa asuvia sukulaisia, jotka kuuluvat normaaliin terveyspalveluiden piiriin. Silloin turvapaikanhakijaa on vaikea saada ymmärtämään, miksei hän saa samoja palveluja. Joskus on vaikea tavoittaa asiakkaita edes tuloaastateluun ja tarkastuksiin, koska heillä on kiire kyläilemään sukulaisien ja tuttavien luokse.

TULKKI ON TÄRKEÄ

Arkipäivän työssä ei saa olettaa. Kulttuuritaustasta ja koulutuksesta riippuen suomalaisen itsestäänselvytykset saattavat olla asiakkaalle täysin uusia asioita. Asiakas saattaa olla luku- ja kirjoitustaidoton tai hyvin korkeasti koulutettu. Asiakkaalta on varmistettava usein, onko hän varmasti ymmärtänyt esimerkiksi lääkityksen annoksen ja tarkoituksen, muussa terveydenhuollon yksikössä annettavan jatkohoitosuunnitelman jne. Tulkin apu on oleellista.

jatkuu sivulla 9

TARTUNTATAUTITILANNE SUOMESSA

RAPORTOIDUT MIKROBILÖYDÖKSET

Tartuntatautirintamalla marraskuussa alkavat vaivata syystalven vaivat; räkää vuotavat nenät, kuumeiset nuhat ja pahimmillaan keuhkokuume ovat ne taudit, joita tällä hetkellä kuulemma sairastetaan. Mitä kertoo valtakunnallinen tartuntatautirekisteri?

Suolistoinfektioit ja niiden aiheuttamat epidemiat ovat selvästi rauhoittuneet. Syyskuun alkupuolella loppunutta Turkin Alanyan matkailuun liittyntä pikkulavantautiepidemiaa selvitetään edelleen. Kaikkiaan tapauksia löytyi 309 kahdeksassa maassa, Suomessa 30. Tapaus-verrokkitutkimukseen osallistuivat Suomen lisäksi Tanska, Ruotsi, Norja sekä Englanti ja Wales. Tietoja sairastuneista keräsivät myös Saksa, Irlanti ja Sveitsi, mutta niitä ei sisällytetty itse tapaus-verrokkitutkimukseen. Tutkimustulokset ovat alustavia ja niiden perusteella sairastumisella ei ollut yhteyttä paikallisiin vesivarastoihin tai pulloitetuihin vesiin. Monimuuttuja-analyysin alustavien tulosten perusteella kadulla ruokaa myyvillä kojuilla ja joukolla erilaisia ruoka-aineita näytti olevan yhteyttä sairastumisiin. Tarkempi analyysi on edelleen kesken.

PIRKANMAALLA SUURI EPIDEMIA

Elokuun lopussa epäilyilmoituksen perusteella saatiin tieto pirkanmaalaisesta koulusta, jossa 460:sta oppilaasta noin 150 oli sairastunut vatsatautiin. Oireina oli vatsakivun lisäksi oksentelua ja ripulia, jotka kestivät noin vuorokauden. Sairastuneista, vedestä ja elintarvikkeista otettiin näytteitä mikrobiologian selvittämiseksi. Seuraavana päivänä saatiin tieto 170 sekundaarita-pauksesta sadassa perheessä.

Paikallisin voimin toteutetussa kyselytutkimuksessa sairastuneita todettiin yhteensä 404 henkilöä ja oireiden alun mediaani edellisten päivien kouluruokailuista oli 14–38 tuntia. Ruoka-aineita koskeneen tilastollisen analyysin perusteella ei voitu tehdä yksiselitteisiä päätelmiä epidemian syystä. Seitsemällä sairastuneella todettiin ulosteessa kalikivirusta, osa positiivisista oli koulun keittiöhenkilökuntaan kuuluvia. Yhtenä mahdollisuutena taudin leviämiseen pidetään useamman ruokalajin kontaminoitumista keittiössä tai virusinfektion leviämistä henkilöstä toiseen.

ATYYPPISET KEUHKOKUUMEET LISÄÄNTYNEET

Chlamydia pneumoniae ja *Mycoplasma pneumoniae* -ilmoitusten määrät ovat edelleen noususuuntaiset. *Chlamydia pneumoniae* -ilmoitusten määrä nousi elokuun kolmestatoista syyskuun 26:een, sairastuneista 15 on naisia. Sairastuneiden keski-ikä on 36 vuotta. Eniten ilmoituksia on tullut Pohjois-Karjalan ja Vaasan sairaanhoitopiireistä. Joissakin sairaaloissa klamydiainfektioit ovat näkyneet osastoilla monimuotoisina taudinkuvina – pitkittyneenä kuumeena ja koholla olevana laskona ilman hengitystieoireita tai hankalina niveleireina sairastetun klamydiakuuhkokuumeen jälkeen. *Mycoplasma pneumoniae* -ilmoituksia tehtiin elokuussa 16 ja lukumäärä nousi syyskuussa viidellä (21). Sairastuneista suurin osa on koululaisia. Ilmoituksia on tullut ta-saisesti ympäri Suomen.

LEGIONELLAA ILMASTOINNISTA

Syyskuussa 54-vuotias perusterve mies lomaili vaimonsa kanssa Etelä-Ranskassa, jossa ilma oli ollut paahtavan kuumaa. Kolme päivää kotimaahan paluun jälkeen miehelle oli noussut korkea kuume, minkä vuoksi hän hakeutui sairaalahoitoon. Sairaalassa todettiin keuhkokuume, jonka aiheuttama hapetushäiriö paheni niin, että potilas joutui tehohoitoon lähes kolmeksi viikoksi. Tilanne kuitenkin korjaantui ja potilas kotiutui lokakuun alkupuolella. Sairaalassa otettu virtsan legionella-antigeenin osoitus oli positiivinen. Lisätietoja kyseltäessä oli käynyt ilmi, että potilas ei siedä kuumaa ja matkan aikana hän oli viilentänyt itseään istuskelemalla hotellihuoneessa täydellä teholla pyörivän koneellisen ilmastoinnin edessä päivän kuumimman ajan.

VAIKEITA A-STREPTOKOKKEJA

Vaikeiden streptokokki A -infektioiden lukumäärät eivät ole poikenneet viime vuoden vastaavista. Tämän kesän aikana tapauksia oli heinäkuussa 15, elokuussa 12 ja syyskuussa yhdeksän. Kuitenkin aika ajoin useampi vaikea A-streptokokki-infektio osuu samaan sairaalaan aiheuttaen paikalliselle infektiolääkärille monenlaista päänvaivaa.

Syyskuun puolivälissä perusterve nuori nainen hakeutui hoitoon pohjoissuomalaiseen sairaalaan. Hän oli sairastunut kuumeiseen nielutulehdukseen muutamaa päivää aikaisemmin. Sairaalaan tullessaan potilas oli jo sokkinen ja hän kehitti myöhemmin vaikean DIC:n taudinkuvan varvas- ja sorminekrooseineen. Ripeän tehohoidon avulla potilas toipui. Kolme viikkoa myöhemmin nuori, viimeisillään raskaana ollut nuori nainen tuli ensiapuun vaikean septisen sokin taudinkuvalla, eikä vastetta aloitettuun tehohoitoon ollut. Hän menehtyi muutamassa tunnissa. Molemmilta potilailta eristettiin veriviljelystä *Streptococcus pyogenes*, serotyyppi T1 (M1). Potilailta ei selvitusten perusteella ollut yhteistä nimittäjää.

Infektioepidemiologian osastolta oltiin yhteydessä Pohjois-Ruotsiin kysellen, oliko siellä havaittu muutosta vaikeiden A-streptokokin aiheuttamien tautien esiintymisessä. Tällaisia huomioita ei oltu tehty. KTL:n grampositiivisia bakteereita tyyppitävän laboratorion mukaan TIM1- kantojen osuus ei ole merkittävästi muuttunut tämän vuoden aikana.

MYYRÄKUUMETTA EDELLEEN

Myyräkuumetta esiintyy edelleen runsaanlaisesti, syyskuussa valtakunnalliseen tartuntatautirekisteriin tehtiin 225 ilmoitusta. Lukumäärällisesti eniten ilmoituksia tehtiin Pirkanmaan, Etelä-Savon ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiireistä. Sairastuneista 67 prosenttia on miehiä, iältään 40–54-vuotiaita.

Enterovirusten aiheuttamien infektioiden määrät nousevat koko ajan: elokuussa 8 ja syyskuussa 26 tapauksia, joista puolet on alle neljävuotiaita lapsia. Taudinkuvina edelleen kuumeisia hengitystieinfektioita ja enterorokkoa.

Pogostan taudin diagnooseja on syyskuussa tehty kaksi kertaa enemmän kuin elokuussa eli 15. Sairastuneet näyttävät sijoittuvan Vaasa-Joensuu-linjalle (Vaasan, Keski-Suomen, Savon ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirit). □

Maarit Kokki, KTL
(09) 4744 8690, maarit.kokki@ktl.fi

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

| | Toukokuu Maj 1999 1998 | | Kesäkuu Juni 1999 1998 | | Heinäkuu Juli 1999 1998 | | Elokuu August 1999 1998 | | Syyskuu September 1999 1998 | | Yhteensä ** Totalt 1999 1998 | |
|--|------------------------------|-----|------------------------------|-----|-------------------------------|-----|-------------------------------|-------|-----------------------------------|-------|------------------------------------|-------|
| HENGITYSTIEPATOGEENIT / LUFTVÄGSPATOGENER | | | | | | | | | | | | |
| Klamydia (<i>C. pneumoniae</i>) | 12 | 14 | 7 | 16 | 6 | 8 | 13 | 14 | 26 | 13 | 108 | 149 |
| Mykoplasma (<i>M. pneumoniae</i>) | 17 | 17 | 10 | 5 | 7 | 6 | 16 | 11 | 21 | 19 | 127 | 141 |
| Pertussis | 66 | 38 | 34 | 36 | 66 | 39 | 101 | 124 | 100 | 93 | 619 | 489 |
| Adenovirus | 21 | 30 | 34 | 15 | 28 | 16 | 27 | 19 | 32 | 27 | 313 | 328 |
| Influenssa A -virus | 3 | 5 | 0 | 0 | 2 | 2 | 4 | 2 | 0 | 0 | 1 095 | 905 |
| Influenssa B -virus | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 135 | 10 |
| Parainfluenssavirus | 9 | 15 | 11 | 9 | 5 | 8 | 4 | 12 | 7 | 13 | 94 | 110 |
| RSV (respiratory syncytial virus) | 199 | 10 | 82 | 6 | 22 | 4 | 9 | 1 | 4 | 5 | 1 017 | 564 |
| SUOLISTOPATOGEENIT / TARPATOGENER | | | | | | | | | | | | |
| Salmonella | 213 | 124 | 158 | 215 | 302 | 265 | 395 | 370 | 241 | 373 | 1 942 | 2 070 |
| Shigella | 7 | 2 | 8 | 4 | 8 | 6 | 11 | 13 | 6 | 12 | 53 | 62 |
| Yersinia | 71 | 53 | 60 | 76 | 54 | 59 | 48 | 75 | 38 | 86 | 489 | 508 |
| Kampylo | 175 | 196 | 274 | 238 | 751 | 479 | 420 | 455 | 224 | 264 | 2 525 | 2 089 |
| EHEC | 2 | 2 | 4 | 5 | 4 | 4 | 1 | 5 | 0 | 1 | 25 | 39 |
| Kalivirus | 18 | 38 | 4 | 2 | 7 | 9 | 5 | 2 | 6 | 1 | 148 | 103 |
| Rotavirus | 202 | 194 | 95 | 91 | 20 | 42 | 13 | 15 | 15 | 7 | 946 | 1 290 |
| Giardia | 34 | 21 | 21 | 47 | 28 | 29 | 20 | 32 | 31 | 33 | 232 | 233 |
| Ameba (<i>E.histolytica</i>) | 10 | 7 | 13 | 12 | 10 | 18 | 11 | 13 | 5 | 9 | 83 | 86 |
| HEPATIITIPATOGEENIT / HEPATITPATOGENER | | | | | | | | | | | | |
| Hepatitis A -virus | 3 | 5 | 0 | 7 | 1 | 8 | 5 | 15 | 7 | 16 | 29 | 73 |
| Hepatitis B -virus | 70 | 24 | 18 | 37 | 31 | 53 | 57 | 28 | 50 | 36 | 399 | 360 |
| Hepatitis C -virus | 142 | 143 | 144 | 98 | 128 | 140 | 137 | 121 | 127 | 150 | 1 191 | 1 289 |
| SUKUPUOLITAUTIPATOGEENIT / KÖNSSJUKDOMSPATOGENER | | | | | | | | | | | | |
| Klamydia (<i>C. trachomatis</i>) | 861 | 765 | 707 | 807 | 839 | 911 | 1 045 | 1 010 | 1 065 | 1 012 | 7 852 | 7 849 |
| HI-virus | 12 | 4 | 10 | 5 | 10 | 10 | 12 | 8 | 17 | 8 | 96 | 57 |
| Gonokokki | 21 | 15 | 19 | 18 | 19 | 19 | 16 | 18 | 31 | 13 | 167 | 178 |
| Syfilis (<i>T. pallidum</i>) | 7 | 18 | 7 | 15 | 6 | 10 | 7 | 14 | 7 | 18 | 79 | 133 |
| VERI- JA LIKVORIVILJELYLÖYDÖKSET / BLOD- OCH LIKVORODLINGSFYND | | | | | | | | | | | | |
| Pneumokokki (<i>S. pneumoniae</i>) | 83 | 46 | 52 | 48 | 26 | 45 | 23 | 29 | 38 | 51 | 433 | 423 |
| A-streptokokki (<i>S. pyogenes</i>) | 9 | 8 | 8 | 11 | 15 | 6 | 12 | 10 | 9 | 7 | 95 | 77 |
| B-streptokokki (<i>S. agalactiae</i>) | 16 | 18 | 14 | 8 | 14 | 12 | 14 | 8 | 14 | 17 | 104 | 108 |
| Meningokokki | 7 | 4 | 8 | 1 | 1 | 4 | 5 | 1 | 2 | 5 | 46 | 38 |
| RESISTENTIT BAKTEERIT / RESISTENTA BAKTERIER | | | | | | | | | | | | |
| Enterokokit (VRE) | 4 | 1 | 3 | 4 | 2 | 3 | 0 | 18 | 0 | 5 | 23 | 39 |
| MRSA | 16 | 9 | 18 | 19 | 15 | 17 | 17 | 14 | 15 | 18 | 157 | 137 |
| Pneumokokki (PenR) | 4 | 5 | 2 | 5 | 3 | 5 | 3 | 1 | 5 | 3 | 51 | 45 |
| MUITA MIKROBEJA / ÖVRIGA MIKROBER | | | | | | | | | | | | |
| Borrelia* | 22 | 13 | 17 | 21 | 30 | 49 | 37 | 61 | 30 | 88 | 223 | 302 |
| Tularemia | 1 | 0 | 1 | 0 | 11 | 2 | 28 | 28 | 24 | 52 | 67 | 84 |
| Tuberkuloosi (<i>M. tuberculosis</i>) | 46 | 41 | 38 | 50 | 40 | 46 | 27 | 40 | 22 | 34 | 308 | 376 |
| Echovirus | 3 | 0 | 1 | 0 | 2 | 2 | 2 | 1 | 4 | 0 | 16 | 4 |
| Enterovirus | 3 | 0 | 6 | 0 | 6 | 1 | 8 | 6 | 26 | 4 | 57 | 20 |
| Parvovirus | 24 | 14 | 22 | 9 | 9 | 4 | 5 | 4 | 9 | 3 | 156 | 48 |
| Puumalavirus | 85 | 23 | 107 | 36 | 114 | 60 | 189 | 94 | 225 | 106 | 1 342 | 499 |
| Malaria | 1 | 1 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 4 | 4 | 3 | 20 | 25 |

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

** Yhteensä = tapaukset vuoden alusta syyskuun loppuun

ROTAVIRUSROKOTE VEDETTY POIS USA:N MARKKINOILTA

Oraalinen rhesusrotavirukseen pohjautuva rotavirusrokote (RotaShield®, Wyeth Lederle Vaccines) rekisteröitiin USA:ssa 31.8.1998. Rokote on geneeriseltä nimeltään rhesus-human reassortant rotavirus tetravalent (RRV-TV) vaccine. Se sisältää rhesusrotavirusta sellaisenaan (serotyyppi 3) sekä muunneltuja rhesusrotaviruksia, joiden pinnalla on ihmisen rotaviruksen (VP7) antigeeni serotyyppiä 1, 2 tai 4. Ominaisuuksiltaan nämäkin muistuttavat rhesusrotavirusta.

RRV-TV -rokotetta tutkittiin ennen rekisteröintiä mm. Pirkanmaalla, ja se todettiin tehokkaaksi (90 % suoja vaikeita rotavirusripuleita vastaan) mutta reaktogeeniseksi (30 % lapsista sai kuumereaktion 1. rokotuksen jälkeen). Tutkimuksessa todettiin myös kaksi suolentuppeumatapausta: yksi rokoteriivissä (N = 1191) 6 vrk 3. rokotuksen jälkeen ja yksi lumerokoteriivissä (N = 1207) 44 vrk 2. rokotuksen jälkeen. Tutkimusraportissa suositeltiin suolentuppeuman esiintymisen seurantaan rokotteen rekisteröimisen jälkeen.

USA:ssa RotaShield®-rokotetta suositeltiin annettavaksi kaikille terveille lapsille 2, 4 ja 6 kk iässä (Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) sekä American Academy of Pediatrics (AAP)). Rekisteröinnin jälkeen heinäkuuhun 1999 mennessä oli toimitettu 1,5 miljoonaa rokoteannosta. Rokotusten antaminen keskeytettiin 16.7.1999 kun CDC:lle oli kertynyt 15 ilmoitusta epäilyistä suolentuppeumatapauksista rotavirusrokotuksen jälkeen. Tuolloin AAP peruutti suosituksensa.

Aktiivinen suolentuppeumatapausten etsintä löysi lisää epäiltyjä tapauksia. Lisäksi CDC teki Case-Series ja Case-Control -tutkimukset rotavirusrokotuksen ja suolentuppeuman välisestä yhteydestä. Tulokset esiteltiin ACIP:n kokouksessa 22.10.1999. Ainakin 102 RotaShield®-rokotteen jälkeistä suolentuppeumatapausta oli löytynyt ja tähän liittyen kolmen lapsen epäiltiin kuolleen. Riski oli suurin 3–7 vrk 1. rokotuksen jälkeen ja rokotuksen jälkeinen riskiaika jatkui vielä 14 vrk asti. Riski oli pienempi 2. rokotuksen jälkeen ja 3. rokotuksen jälkeen ei todettu lisääntynyttä riskiä. ACIP-kokouksen johtopäätös oli, että tutkimustulokset viittaavat selvään syy-yhteyteen RRV-TV rotavirusrokotteen ja suolentuppeuman välillä. Rokotteen valmistaja oli ottanut RotaShield®-rokotteen pois markkinoilta jo viikkoa aikaisemmin.

Tällä hetkellä ei tiedetä, liittyykö muihin vielä rekisteröimättömiin oraalisiin rotavirusrokotteisiin lisääntynyt suolentup-

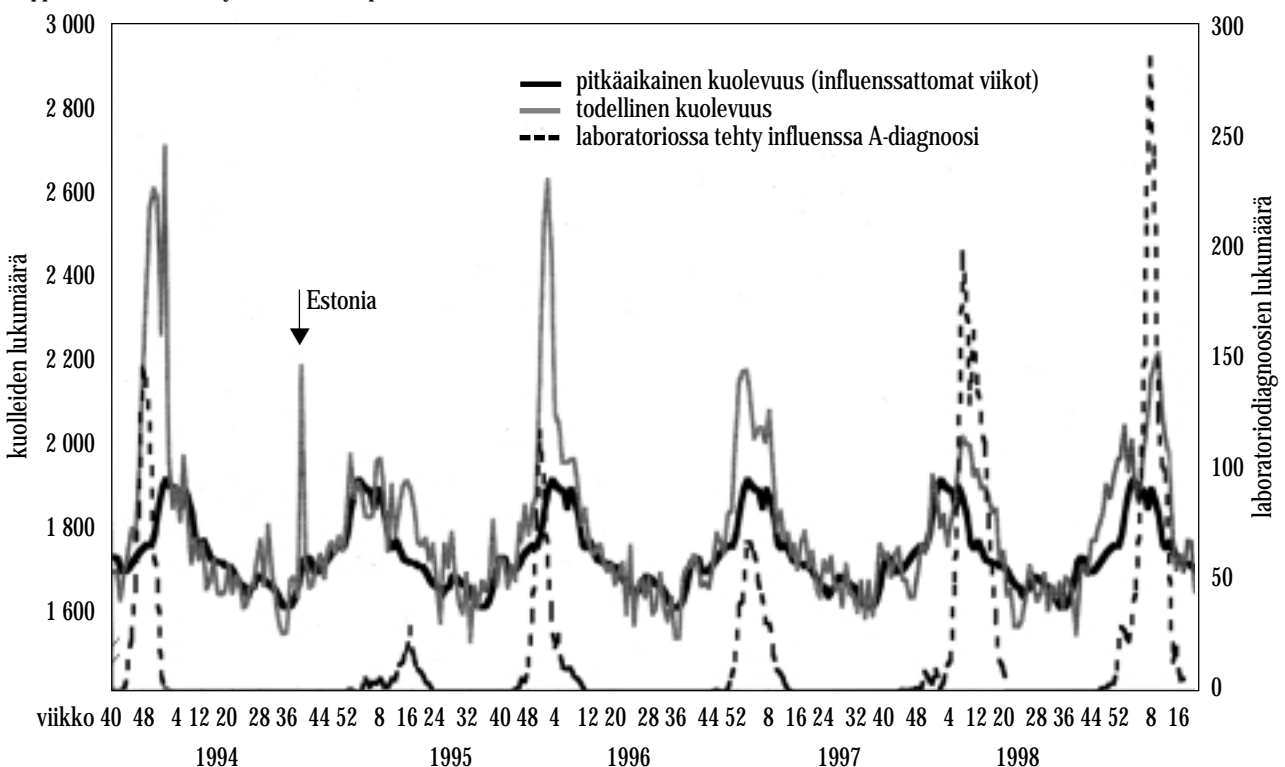
peumariski. Tutkimukset jatkuvat mm. Suomessa vasikanrotaviruspohjaisilla rokotteilla, jotka ovat biologisesti siinä suhteessa erilaisia, että ne lisääntyvät paljon huonommin ihmisessä kuin rhesusrotavirus eivätkä aiheuta kuumereaktioita.

RotaShield®-rokotteen poisvetäminen on joka tapauksessa takaisku sekä rotavirusrokotukselle että ylipäänsä oraalisille rokotteille. Suolentuppeuman mahdollisuuteen tullaan epäilemättä kiinnittämään lisääntynyttä huomiota kaikkien suun kautta annettavien rokotteiden kohdalla. Tapaus antanee myös pontta suolentuppeuman aiheuttajien selvittämiseen tulevaisuudessa. Suolentuppeuma on yleisin akuutin vatsan syy alle kaksivuotiailla lapsilla, ja sitä esiintyy Suomessa 20–30 tapausta vuosittain. Virusinfektioista erityisesti adenoviruksia ja muita "lymfotrooppisia" viruksia on epäilty osasylliseksi. Ihmisen rotaviruksen ei ole voitu osoittaa aiheuttavan suolentuppeumaa. Näin voikin olla, sillä rhesusrotavirus käyttäytyy ihmisessä selvästi eri tavoin aiheuttamalla vain kuumetta, mutta ei ripulia. □

Timo Vesikari, TAYS
(03) 215 6111

KUUKAUDEN KUVA

Influenssa A on merkittävä kuolleisuuden aiheuttaja myös "tavallisina" talvina: Ruotsin viranomaisten keräämiä lukuja vuosittaisesta keskimääräisestä ja todellisesta kuolevuudesta sekä suhde laboratorioissa tehtyihin influenssa A -diagnooseihin. Loppuvuonna 1994 näkyvä kuolleisuuspiikki on Estonia-onnettomuuden aiheuttama.



Lähde: Smittskydd, 1999;10:110-111

SALMONELLAEPIDEMIA PASTÖROIMATTOMASTA MAIDOSTA

Elokuussa Varsinais-Suomessa todettiin kaksi Salmonella Typhimurium faagityyppi FT1:n aiheuttamaa vatsatauti-epidemiaa, jotka kunnallisten viranomaisten ripeän toiminnan ansiosta saatiin nopeasti liitettyä yhdeltä maatilalta hankittuun pastöroimattomaan maitoon, ns. tinkimaitoon.

Sukujuhliin liittyvän suurehkon rypään selvittämiseksi suoritettiin kyselytutkimus, jonka perusteella epidemian syyksi varmistui tinkimaidosta valmistettu maitojuusto. Sama faagityyppi eristettiin sekä potilasnäytteistä että maatilalla lehmistä ja maitonäytteestä. *Salmonella Typhimurium* on yleisin kotimaisia salmonellatartuntoja aiheuttava salmonellaserotyyppi; suurimman osan tartunnoista aiheuttaa sen faagityyppi FT1. Tartunta saadaan yleensä saastuneen elintarvikkeen välityksellä joko ihmisen tai eläimen ulostekontaminaation seurauksena.

Varsinais-Suomessa järjestettiin 14.8.1999 sukujuhlat, jonka osallistujista moni sairastui vatsatautiin. Samoihin aikoihin läheisessä kaupungissa saman kerrostalon asukkaista, pääosin yli 60-vuotiaista, kotijuustoa syöneistä 20 sairastui vatsatautiin. Alustavien ulosteväljelytulosten mukaan molemmissa epidemioissa aiheuttajana oli *Salmonella*, ryhmä B. Sekä sukujuhlien pitokokki että kerrostalon asukkailla juustoa valmistanut yksityishenkilö olivat käyttäneet maatilalla tinkimaitoa kotijuustojen raaka-aineena. Maatilalla isäntä oli sairastunut 9.8. alkaen ohimenevän vatsataudin ja isännän äidillä, joka ei asu tilalla, mutta käyttää tilan tinkimaitoa, oli ollut 7.8. alkaen salmonelloosi. (kuva 1)

EPIDEMIAN SELVITYSTOIMET

Tilan salmonellatilannetta ryhdyttiin selvittämään, koska epäily kohdistui tinkimaidosta valmistettuun juustoon. Eläimet olivat oireettomia, eikä tilalla aiemmin oltu todettu salmonellaa. Lypsykarjasta, kanalasta, tilatankin maidosta, vastaanottaneen meijerin maitotuotteista, rehuista ja tilan talousvedestä otettiin näytteitä salmonellatutkimuksia varten. Sekä ihmisistä että tilanäytteistä eristetyt salmonellakannat seroja faagityypitettiin. Sukujuhliin osallistuneille lähetettiin kyselylomake, jossa sairastumistietojen lisäksi kysyttiin, mitä ruokailuilla olleista elintarvikkeista tai juomista he olivat syöneet tai juoneet.

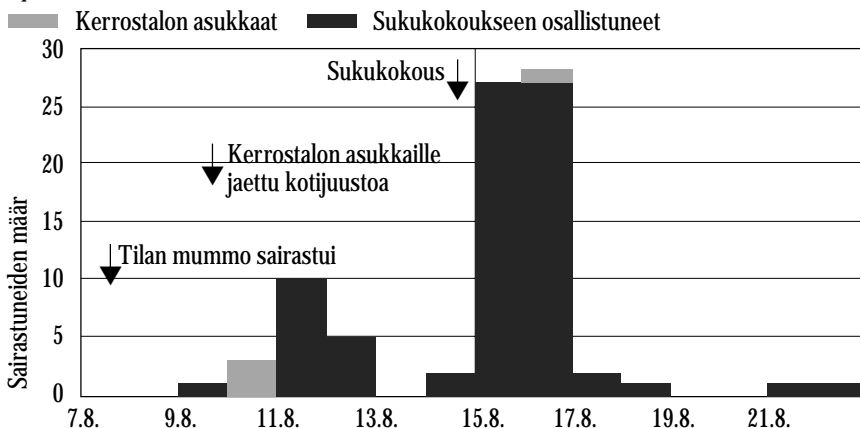
Kyselytutkimus vahvisti tinkimaidosta valmistetun maitojuuston epidemian lähteen. Sukujuhliin osallistui 154 henkilöä. Kyselytutkimuksen palautti 121 henkilöä (82 %). Tapaukseksi määritettiin henkilö, joka oli osallistunut 14.8. sukujuhliin ja jolla oli ripulia tilaisuuden jälkeen. Tapausmääritelmän täytti 61 henkilöä (53 %). Kolme ruo-

Taulukko 1

| Ruoka | Syönyt | | | Ei syönyt | | | Riski-suhde | 95%:n luottamusväli | p-arvo |
|-----------------|--------|----------|---------------|-----------|----------|---------------|-------------|---------------------|--------|
| | Sairas | Yhteensä | Tapauskertymä | Sairas | Yhteensä | Tapauskertymä | | | |
| Maitojuusto | 61 | 80 | 76 % | 0 | 34 | 0 % | em.* | | <0.001 |
| Piimäjuusto | 54 | 76 | 71 % | 7 | 39 | 18 % | 4.0 | 2.0-7.9 | <0.001 |
| Italiansalaatti | 44 | 72 | 61 % | 16 | 42 | 38 % | 1.6 | 1.0-2.5 | 0.03 |

*Ei määritettävissä laskennallisesti, koska niistä, jotka eivät syöneet maitojuustoa, yksikään ei sairastunut.

Kuva 1
Epidemioiden aikataulu



ka-ainetta oli yhteydessä sairastumiseen (maitojuusto, piimäjuusto ja italiansalaatti). Muita ruoka-aineita ja juomia oli 27. Näille analyyseissä ei todettu merkittäviä yhteyttä sairastumiseen. (taulukko 1)

Koska sekä maito- että piimäjuusto olivat yhteydessä sairastumiseen, suoritettiin osittu analyysi näiden kahden tekijän osalta. Todettiin, että yksikään ainoastaan piimäjuustoa syöneistä potilaista (6 kpl) ei sairastunut. Sen sijaan 70 prosenttia (7/10) pelkästään maitojuustoa syöneistä sairastui. Vastaavalla tavalla suoritettiin vielä osittu analyysi maitojuuston ja italiansalaatin osalta. Todettiin, että yksikään ainoastaan italiansalaattia syöneistä potilaista (12 kpl) ei sairastunut, mutta 80 prosenttia (16/20) pelkästään maitojuustoa syöneistä sairastui. Maitojuusto oli siis kyselytutkimuksen perusteella tartunnan lähde.

MIKROBIOLOGISET LÖYDÖKSET

Noin 120:llä epidemiaan kuuluneella henkilöllä todettiin *S. Typhimurium* FT1-tartunta. Tilan 15 lypsylehmästä (yhteensä 20), neljästä maitoruokinnalla olevasta vasikasta ja tilatankin maitonäytteestä löytyi sama salmonellakanta, samoin rehuista otetuista näytteistä. Rehut olivat todennäköisesti saastuneet tilalla. Lypsykarjaan kuulumattomien, erikseen laidunnettujen lehmien ulostenäytteissä tai kanalanäytteissä ei ollut salmonellaa.

EPIDEMIAN KONTROLLITOIMET

Maatilalle annettiin rajoittavat määräykset, jotka perustuvat MMM:n päätökseen (23/EEO/95) "salmonelloosin vastustaminen naudoissa ja sioissa" sekä ohjeeseen "Salmonellan ehkäisy ja saneeraus nautakarjassa". Ohjeiden mukaan tilalta saa luovuttaa maitoa vain pastöroitavaksi ja vastaanottavalle meijerille on asiasta tiedotet-

tava. Nautoja ei saa luovuttaa teurastettavaksi kuin poikkeustapauksissa. Lannan ja kuivikkeiden käytöstä, navettatilojen puhdistuksesta ja desinfektioista annetaan tarkat ohjeet ja ainoastaan välttämätön liikenne navetassa sallitaan. Rajoittavat määräykset ovat voimassa kunnes karja todetaan puhtaaksi. Pitokokki pidätettiin toistaiseksi.

LOPUKSI

Nämä epidemiat korostavat maidon pastöroinnin ja alkutuotannon valvonnan tärkeyttä. Erityisen riskialtista on tinkimaidon käyttö maitojuuston kaltaisten elintarvikkeiden raaka-aineena, koska valmistusprosessista johtuen salmonellan lisääntymisolosuhteet ovat lähes optimaaliset (kuumennus alle 40 °C). Yksittäisen pitokokin ja tilan välistä kaupankäyntiä on vaikea valvoa. Maitohygieniapäätöksen (19/EEO/94) mukaan tilalta saa luovuttaa ja myydä pastöroimatonta maitoa, ns. tinkimaitoa, suoraan kuluttajalle ja sen käyttö on sallittua vain yksityistalouksissa. Jos pastöroimatonta maitoa tai siitä valmistettua maitotuotetta, kuten juustoa, myydään tilan ulkopuolelle, tila tulee hyväksyä ja rekisteröidä maitoalan laitokseksi, jolla on säännöllinen oma- ja viranomaisvalvonta. Salmonellatilalta pastöroimatonta maitoa ei saa luovuttaa. Myös yleisöä tulisi muistuttaa tinkimaidon käyttöön liittyvistä riskeistä. □

Kirsi Skogberg, KTL

(09) 4744 8557, kirsi.skogberg@ktl.fi

Paula Hyvönen, EELA

(017) 163 129, paula.hyvonen@uku.fi

Anja Siitonen, KTL

(09) 4744 8245, anja.siitonen@ktl.fi

Pekka Nuorti, KTL

(09) 4744 8691, pekka.nuorti@ktl.fi

Akuuteissa tilanteissa tulkin saaminen palkan päälle voi tuottaa vaikeuksia, puhelin-tulkauksen järjestäminen on helpompaa. Kuitenkin joidenkin sairaaloiden työntekijöiden asenteet ovat usein esteenä puhelin-tulkaukselle.

Yhteistyö eri palveluja antavien yksiköiden kanssa on erittäin tärkeää ja terveydenhoitajan työ helpottuisi huomattavasti, jos terveyskeskus- ja sairaalakäynniltä tulisi epikriisi, josta selviäisi tehdyt tutkimukset ja jatkohoito-ohjeet. Silloin vältyttäisiin myös turhilta päällekkäisiltä tutkimuksilta.

MIELENTERVEYS TUUKOILLA

Somaattisten sairauksien lisäksi turvapaikkaprosessin aikana joudutaan käyttämään runsaasti aikaa ehkäisevään ja hoitavaan mielenterveystyöhön. Asiakkaat ovat usein kotimaan tilanteesta johtuen vaikeassa elämäntilanteessa; muu perhe voi olla vielä kotimaassa. Taustalla voi olla kidutuskokemuksia, jotka vaativat pitkäaikaisista hoitoa. Pitkät turvapaikkapäätösten odotusajat ja mielekkään tekemisen puute saattavat lisätä mielenterveysongelmia.

KOSOVO PAKOLAIS

Turvapaikanhakijoiden lisäksi vastaanottokeskukseen on evakuoitu Kosovon albaaneja huhtikuun lopussa. Myös heidän terveydenhuoltansa on järjestetty perusterveydenhuoltotasoisesti pakolaikeskuksessa, mutta tarvittaessa asiakkaat on lähetetty erikoissairaanhoidon.

Tulotilanteessa oli olennaista fyysinen väsymys, mutta toisaalta helpottunut olo. Aluksi pyrittiin kartoittamaan kiireellistä hoitoa tarvitsevat ja säännöllistä lääkitystä käyttävät asiakkaat. Pakolaiset olivat saattaneet olla ilman lääkkeitä jo pitemmänkin aikaa.

KTL:n ohjeistuksen mukaisesti aloitettiin mittava rokotuskampanja. Aikaisempia rokotustietoja ei ollut monellakaan käytävissä, joillakin oli leireillä annettuja dokumentteja.

Vastaanottokeskuksen henkilökunta on kokenut tärkeäksi asiakkaiden henkisen tukemisen. Kosovolaisilla on huoli perheistään ja sukulaisistaan ja heidän kohtaloistaan. Alkuvaiheessa järjestettiin "kriisiryhmiä", joissa ihmiset pääsivät purkamaan tilannettaan ja samalla kartoitettiin jatkohoidon tarvetta.

Terveydenhoitajan työ vastaanottokeskuksessa on erittäin haasteellista. Asiakkaat tulevat vieraasta kulttuurista ja juuri oikean yksilöllisen intervention löytäminen yhdessä asiakkaan kanssa on tärkeää, jotta asiakas voi sitoutua "elämänhallintansa" suunnitelmaan. Työ vaatii joustavuutta ja sopeutumista alati muuttuviin tilanteisiin. Työn positiivisia puolia on nähdä asiakkaan löytävän selviytymisstrategiansa, vaikka välillä on saattanut olla todella vaikeaa. □

Marja Viuhkonen,
Joutsenon vastaanottokeskus (05) 658 3300,
marja.viuhkonen@pt5.tempo.mol.fi

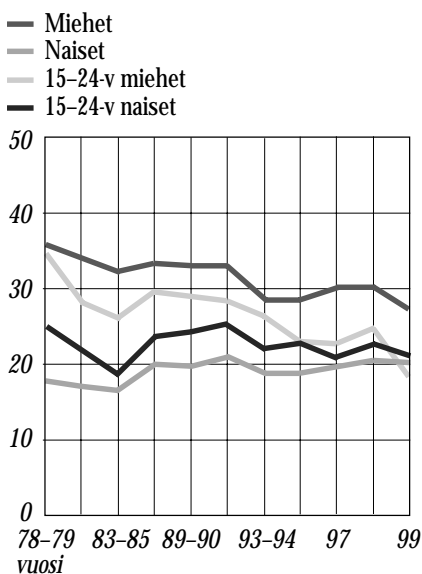
SUOMALAISTEN TUPAKOINTI 1999

Vuonna 1978 KTL:n aloittaman, koko maan kattavan elintapojen seurannan tämän vuoden tupakointia koskevat ennakkotiedot ovat valmistuneet. Aiempien vuosien tapaan tehtiin loppukeväästä postikysely otokselle, joka edusti 15-64-vuotiasta väestöä. Tulokset perustuvat 3 371 henkilön vastauksiin (vastausprosentti 68%).

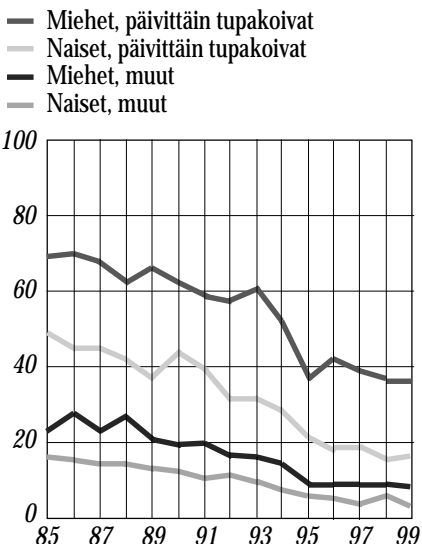
MIESTEN PÄIVITTÄISTUPAKOINTI VÄHENTYNYT

Miehistä tupakoi päivittäin 27 prosenttia (1998 30 %) ja naisista 20 prosenttia (1998 20 %). Päivittäisten tupakointikertojen määrä on viime vuosina vähentynyt.

Päivittäin tupakoivien osuus (%) 1978-99



Altistuminen tupakansavulle päivittäin työpaikalla vähintään tunnin ajan 1985-99



Lähde: Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen (AVTK), kevät 1999

Lähes kaikki (96 %) päivittäin tupakoivat polttavat edelleen savukkeita: 79 prosenttia käyttää tehdasvalmisteisia, 15 prosenttia itsekäärityjä ja 7 prosenttia molempia savuketyyppejä. Nuorilla itsekäärityjen savukkeiden osuus on lisääntynyt viime vuosina.

NUORTEN TUPAKOINTI- TOTTUMUKSET UUDESSA VAIHEESSA

Noin 18 prosenttia 15-24-vuotiaista miehistä ja 21 prosenttia vastaavanikäisistä naisista polttaa päivittäin. Ensimmäistä kertaa nuorten naisten päivittäistupakoinnin taso on ylittänyt nuorten miesten lukeman. Nuorten miesten päivittäistupakointi on vähentynyt, mutta 15 prosenttia nuorista miehistä ilmoitti satunnaistupakointia, kun vastaava luku viime vuonna oli 11 prosenttia.

LOPETTAMISEEN KAIVATAAN TUKEA

Päivittäin tupakoivista 51 prosenttia ilmaisi haluavansa lopettaa, mutta vain 31 prosenttia arveli onnistuvansa. Päivittäin tupakoivista noin 79 prosenttia oli huolissaan terveyshaitoista ja 35 prosenttia ilmoitti yrittäneensä lopettaa tupakoinnin kuluneen vuoden aikana. Lopettamishalutiset tupakoijat kaipaivat kuitenkin tukea onnistuakseen.

YHÄ USEAMMALLA TYÖPAIKALLA EI TUPAKOIDA OLLEKKAAN

Kodin ulkopuolella työskentelevistä vastaajista 35 prosenttia ilmoitti, ettei kukaan tupakoi heidän työpaikallaan, vuosi sitten vastaava luku oli 29 prosenttia. Noin 7 prosenttia kertoi tupakoinnin olevan sallittua muuallakin sisätiloissa kuin vain tupakkahuoneessa tai yksittäisissä työhuoneissa. Viimevuotiseen tapaan kodin ulkopuolella työskentelevistä suomalaisista 92 prosenttia oli tyytyväisiä työpaikkansa tupakointijärjestelyyn.

TYÖPAIKOILLA TUPAKANSAVULLE ALTISTUMINEN VÄHENTYNYT EDELLEEN

Muista kuin päivittäin tupakoivista kuusi prosenttia ilmoitti altistuvansa tupakansavulle vähintään tunnin päivittäin työpaikalla. Vastaava osuus vuonna 1998 oli yhdeksän prosenttia.

Tulokset tukevat tähänastisia havainnotoja, joiden mukaan miesten tupakointi on vähentynyt 1980-luvun puolivälistä ja naisten tupakointi on pysynyt samalla tasolla. Sama pätee myös nuorimmassa ryhmässä. Yleisesti ottaen kehitys on ollut Suomessa myönteistä ja tupakoinnin yleisyys on Euroopan vähäisimpiä. □

Satu Helakorpi, KTL
(09) 4744 8616, satu.helakorpi@ktl.fi
Antti Uutela,
Pekka Puska

AIDS-VALISTUS PYRKII TAVOITAMAAN ERITYISIÄ VÄESTÖRYHMIÄ

AIDS & Mobility on EU:n rahoittama verkostoprojekti, jonka toimintaa koordinoi Hollannin terveyden edistämiseen keskittynyt laitos NIGZ (Het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie). Projekti palvelee AIDS-ohjelmia suunnittelevia ja toteuttavia organisaatioita ja projekteja. Nämä ohjelmat on kohdistettu erityisesti ryhmille, joita suurelle yleisölle tarkoitetut ohjelmat eivät kieli-, kulttuuri- tai muista syistä kunnolla tavoita. Tällaisia voivat olla esimerkiksi maahanmuuttajat, turvapaikan hakijat jne.

AIDS & Mobility -hankkeen tavoitteisiin kuuluu kiinnittää yleistä huomiota näiden ryhmien erityistarpeisiin. Se myös kannustaa yhteistyötä ja tietojen vaihtoa kansalaisjärjestöjen ja viranomais tahojen välillä.

AIDS & Mobility -projektin päätehtäviin kuuluu verkoston luominen EU-jäsenmaiden kansallisille koordinaatioelimille. Nämä siten toteuttavat projektin tavoitteita omassa maassaan.

Suomen kansallinen koordinaatioelin järjesti kesäkuussa Tampereella kansainvälisen symposiumin, jossa paitsi tarkasteltiin tilanteen vakavuutta Suomen kannalta myös räjankäyntiä muihin samantapaisiin hankkeisiin kuten prostituution kanssa työskentelevään TAMPEP-hankeeseen sekä Umbrella-hankeeseen.

Kokouksen käytännön tuloksista ehkä merkittävin oli uuden yhteenliittymän, Migrants Organisation for Social and National Focal Point eli MAP:n toiminnan käynnistyminen. Se pyrkii saamaan maahanmuuttajien äänen kuuluviin näissä asioissa ja pyrkii osaltaan vaikuttamaan AIDSin ehkäisyä koskevien hankkeiden suunnitteluun. □

*Georg Bröring, NIGZ,
European Project AIDS & Mobility*

MERITÄHTI-PROJEKTI AUTTAA SEKSITYÖNTEKIJÖITÄ

Entisen Neuvostoliiton alueelta maahamme tulevat seksityöntekijät ovat saaneet julkisuudessa runsaasti huomiota. Tutkittua tietoa heistä on kuitenkin vähän. Suomessa on ollut kolmen vuoden ajan käynnissä projekti, jolla pyritään saamaan kontakti seksityöntekijöihin ja parantamaan heidän edellytyksiään ehkäistä sukupuolitautilien leviämistä.

Monessa maassa seksityöntekijöiden asema on hyvin huono, he joutuvat työskentelemään seksiorjina täysin sutenöörinsä ehdoilla. Suomessa tilanne ei luultavasti ole yhtä paha, mutta on hyvin kyseenalaista onko heillä esimerkiksi tietoa ja käytännön edellytyksiä suojautua sukupuolitaudeilta ja ehkäistä tautien leviämistä.

OSA EU:N LAAJUISTA VERKOSTOA

Meritähti*Meretähti*Seastar -projektin toiminta käynnistyi Suomessa syksyllä 1996 osana EU:n rahoittamaa "Umbrella"-verkostoa, joka kehittää keinoja liikkuvan prostituution aiheuttamien ongelmien kohtaamiseen EU:n raja-alueilla. Suomessa Meritähti projektista vastaa Helsingin Diakonissalaitos. Samantapainen toiminta on käynnissä myös Tallinnassa.

Meritähti projekti tarjoaa terveyspalveluja ja -neuvontaa sekä psykososiaalista tukea Helsingissä työskenteleville ulkomaalaisille, lähinnä entisen Neuvostoliiton alueelta ja Baltian maista tuleville seksityöntekijöille. Lisäksi projekti pyrkii edistämään seksityöntekijöiden ja heidän asiakaidensa terveyttä, ehkäisemään sukupuoliteitse tarttuvien tautien leviämistä sekä tukemaan seksityöntekijöitä seksityöhön, ulkomaalaisuuteen ja elämänhallintaan liittyvissä kysymyksissä. Työn peruslähtökohdaksi on asiakkaan itsensä määrittelemä tuki. Käytännössä toimintaa toteutetaan etsivän sosiaalityön menetelmin ja työmenetelmänä on kenttätyö ensisijaisesti seksibaareissa. Anonyymit ja maksuttomat lääkärin, terveydenhoitajan ja sosiaalityöntekijän palvelut ovat saatavilla projektin toimipisteissä. Terveystieteiden palveluiden yhteydessä järjestetään maksuttomia sukupuolitautilien testejä ja B-hepatiittirokotuksia.

KÄYTÄNNÖN TYÖ

Meritähden perustehtävä, etsivä kenttätyö, muodostuu Meritähden toiminnasta tiedottamisesta, terveyden edistämiseen ja psykososiaaliseen tukeen tähtäävästä toiminnasta. Kentällä tapahtuva terveyden edistäminen tarkoittaa turvallisemmasta seksistä puhumista, ilmaisten kondomien ja liukasteiden jakamista ja niiden käytön opettamista sekä keskustelua muista terveyteen liittyvistä asioista. Myös kirjallista turvaseksimateriaalia jaetaan venäjän, viroin ja suomen kielillä. Psykososiaalinen tuki tarkoittaa neuvoja ja keskustelua esimerkiksi seksityöhön tai ulkomaalaisuuteen liittyvissä pulmissa ja vaikeuksissa.

Kenttätyötä toteutetaan lähinnä helsinkiläisissä seksibaareissa. Katuprostituutioon liittyvää kenttätyötä tekee lähinnä Pro-tukipiste. Projektin työntekijät käyvät seksibaareissa kaksi kertaa viikossa, kerran päivällä aina samassa paikassa samaan aikaan, ja toisen kerran illalla. Myös katualueella käydään aika ajoin. Lisäksi etsivää työtä tehdään jonkin verran Helsingin muissa baareissa ja yökerhoissa sekä satunnaisesti muualla (kuten homobaareissa, kasinossa, rautatieasemalla). Yhdellä kenttäkäynnillä tavoitetaan 30–100 seksityöntekijää, päivästä, kellonajasta ja paikoista riippuen.

Vuonna 1997 kenttäkäynneiltä kirjattiin 638 kontaktia, vuonna 1998 niitä oli 1 399 ja vuonna 1999 toukokuun loppuun mennessä niitä oli 1 121. Keskustelunaiheita kentällä ovat olleet Meritähden toiminta (39 %), turvaseksi (18 %), seksityöntekijöiden asiakkaat (9 %), ravintola (7 %), poliisi ja lait (7 %), fyysinen terveys (6 %), henkinen terveys (3 %), väkivalta (2 %) sekä talous, päihteet, asuminen, ihmisuhteet, viisumi (kukin 1 %). Suurin osa baareissa työskentelevistä seksityöntekijöistä puhuu äidinkielenään venäjää. Suomalaisia seksityöntekijöitä, muutamaa stripparia lukuun ottamatta, ei ole tavattu baareissa. Muualta kuin Baltiasta ja entisen Neuvostoliiton alueelta tulevien naisten määrä on ollut hyvin vähäinen. Keskustelukieliä on ollut venäjä (91 %), viro (5 %), suomi (2 %) ja englanti (1 %).

TERVEYSPALVELUT TÄRKEITÄ

Monimuotoiset terveyspalvelut ovat keskeinen osa Meritähti-projektin perustehtävää. Terveyspalvelut toteutuvat kaikessa asiakastyössä, tapahtuipa se seksibaareissa, kadulla, puhelimesta, projektin toimistossa tai lääkärin vastaanotolla.

Varsinaiset terveyspalvelut koostuvat lääkärin ja terveydenhoitajan vastaanotoista, kirjallisen materiaalin jakamisesta sekä terveyteen liittyvistä keskusteluista. Useilla ulkomaalaisilla prostituoiduilla on puutteelliset tiedot seksiteitse tarttuvista sairauksista ja niiltä suojautumisesta. Keuhkokuumeella 1999 Meritähdessä aloitettiin kokeilu, jossa naisilla on mahdollisuus saada odottaessa B-hepatiitti-, kuppa- ja HIV-tartuntaansa koskevia tietoja. Näitä pikatestejä tekevät sekä lääkäri että terveydenhoitaja.

Kaiken kaikkiaan lääkärillä on projektin toiminnan aikana käynyt 216 naista (vuonna 1997 heitä kävi 58, vuonna 1998 kävijöitä oli 87 ja vuonna 1999 toukokuun loppuun mennessä lääkärillä on käynyt 71 naista). Yhä useampi hakeutuu lääkäriin muutakin kuin testejä varten.

VAKAVIA TAUTEJA VÄHÄN

Tautiluvut suhteutettuna otettuihin näytteisiin ovat samaa luokkaa kuin Helsingin kaupungin sukupuolilopiklinikan tautiluvut. Kahdella on todettu B-hepatiitti, kuudella klamydia, yhdellä tippuri, neljällä visvasyyllä, neljällä herpes sekä neljällä raskaus. Kellään ei todettu HIV-tartuntaa.

PROJEKTIN TOIMINTAYMPÄRISTÖ MUUTTUU

Täsmällisiä tietoja prostituutiosta Helsingissä tai tutkittua tietoa prostituutiosta, etenkin liikkuvasta prostituutiosta, Suomessa ei ole eikä sitä tilanteiden jatkuvasti muuttuessa ole helppoa saada. Median luomasta stereotyyppisestä kuvasta huolimatta prostituutio on ilmiönä suurelta osin tuntematon, erityisesti liikkuvan prostituution erityispiirteet muuttuvat monesta syystä alati ja hakevat uusia muotoja.

Suomen ja Viron välille solmittiin viisumivapaus 1.5.1997, joka kuitenkin koskee ainoastaan Viron ja Suomen kansalaisia, ei esimerkiksi Virossa asuvia Venäjän kansalaisia. Käytännössä virolaistenkin Suomeen matkustamista koskevat aikarajat ovat samat kuin viisumin kanssa saapuvien venäläisten, erona on se, että virolaisten ei tarvitse ainoa viisumia, vaan ajat näkyvät passin leimoista. Viisumivapauden myötä ulkomaalaisten seksityöntekijöiden määrä Suomessa lisääntyi. Nyt tilanne on taas murrosvaiheessa: toukokuun alussa Suomessa astui voimaan ulkomaalaislain (37 § 1 momentin 4 kohta) muutos, jonka mukaan henkilön maasta käännytysperusteeksi riittää perusteltu epäily seksuaalipalvelujen myymisestä tai tulojen hankkimisesta epärehellisin keinoin. Laki koskee ainoastaan EU:n ulkopuolelta tulevia henkilöitä. Kesän 1999 aikana maasta käännytystä on tehty jonkin verran ja tämä on aiheuttanut levottomuutta seksityöntekijöissä. Lain pitkäaikaisvaikutusta on vielä ennenaikaista arvioida. □

Eeva-Kaisa Toivonen
(09) 8642 5570, meritaht@kolumbus.fi

BIBLIOGRAFIA SOSIAALIRYHMIEN VÄLISTEN TERVEYSEROJEN KAVENTAMISESTA

Stakes, Helsingin yliopiston kansanterveystieteen ja sosiologian laitos sekä Kansanterveyslaitos aloittivat vuonna 1998 tutkimus- ja kehittämisprojektin, jossa arvioidaan sosiaaliryhmien terveyserojen kaventamiseen tähtäviä toimintoja Suomessa. Yhtenä projektin tehtävänä oli tuottaa bibliografia terveyden ja terveydenhuollon sosioekonomisia eroja ja niiden kaventamiskeinoja käsittelevistä suomalaisista tutkimuksista. Bibliografia ilmestyi marraskuussa 1999 Stakesin Aiheita-sarjassa nimellä "Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja erojen supistaminen - bibliografia suomalaisista tutkimuksista".

Hankkeessa laaditun bibliografian tavoitteena oli kartoittaa sosiaaliryhmien välisten terveyserojen supistamisen kannalta keskeistä suomalaista tutkimusta. Väestöryhmien väliset terveyserot eivät ole Suomessa kaventuneet vaan osin jopa kasvaneet. Siksi konkreettiset sekä rakenteelliset että yksilölliset, terveyttä lisäävät toimet ovat tarpeen. Bibliografia on tärkeä lähtökohta, kun terveyseroihin liittyviä tutkimuksia ja interventioita suunnitellaan.

Bibliografiaan on pyritty kokoamaan suomalaiset ja Suomea koskevat aihepiirin julkaisut 1970-luvulta vuoteen 1999.

Korjaus Kansanterveys-lehden 8/99 artikkeliin Suomen MRSA- ja VRE-tilanne vielä hyvä.

Artikkeliin olennaisesti liittyvät taulukot olivat pudonneet pois ja pylväskuviot olivat saaneet taulukoiden kuvatekstit. Toimitus pahoittelee tapahtunutta.

Taulukko 1.

MRSA:n osuus *S. aureus*-veriviljelylöydöksissä Suomessa 1995-98.

| Vuosi | <i>S. aureus</i> -löydökset | MRSA-löydökset | MRSA:n osuus (%) |
|-----------|-----------------------------|----------------|------------------|
| 1995 | 627 | 2 | 0,3 |
| 1996 | 667 | 0 | 0 |
| 1997 | 746 | 4 | 0,5 |
| 1998 | 717 | 5 | 0,7 |
| 1995-1998 | 2 757 | 11 | 0,4 |

Lähde: Valtakunnallinen tartuntatautirekisteri 1995-98

Taulukko 2.

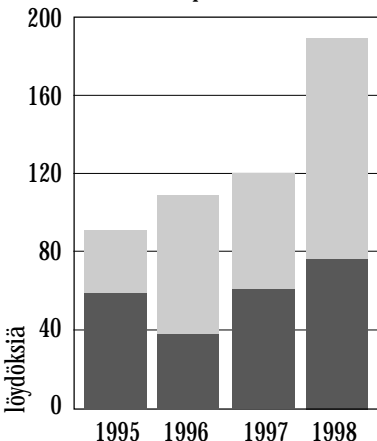
VRE:n osuus enterokokkiveriviljelylöydöksissä Suomessa 1995-98.

| Vuosi | Enterokokkilöydökset | VRE-löydökset | VRE:n osuus (%) |
|-----------|----------------------|---------------|-----------------|
| 1995 | 247 | 2 | 0,8 |
| 1996 | 269 | 2 | 0,7 |
| 1997 | 273 | 0 | 0 |
| 1998 | 294 | 0 | 0 |
| 1995-1998 | 1 083 | 4 | 0,4 |

Lähde: Valtakunnallinen tartuntatautirekisteri 1995-98

MRSA-löydökset 1995-98

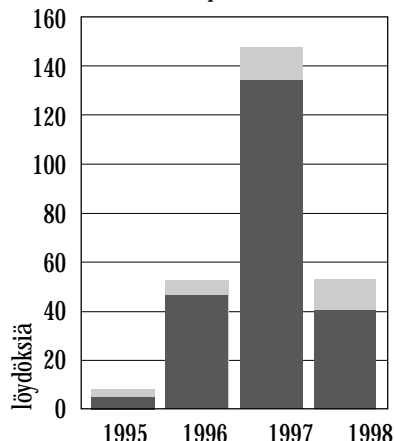
■ muu Suomi
■ Helsinki, Espoo, Vantaa



Lähde: Tartuntataudit Suomessa vuonna 1998

VRE-löydökset 1995-98

■ muu Suomi
■ Helsinki, Espoo, Vantaa



Kaikkiaan bibliografiassa on 351 julkaisua, joista yli 200 saatiin kirjallisuushakujen avulla. Loput julkaisut löytyivät tutkimusryhmän jäsenten sekä 15 muun suomalaisen alan asiantuntijan avulla.

Kaikki bibliografiaan otetut julkaisut eivät ole yksittäisiä tutkimuksia, vaan mukana on myös esimerkiksi katsauksia, terveydenhuollon erityispalvelujärjestelmien kuvauksia ja interventioiden suunnitelmia. Mukaan ei otettu julkaisuja, joissa pelkästään kuvattiin sosiaaliryhmien välisiä terveyseroja, koska niiden ei katsottu olevan bibliografian tavoitteiden kannalta keskeisiä. Bibliografian julkaisuista suurin osa on joko terveydentilan sosioekonomisia eroja selittäviä tai sosiaaliseen asemaan liittyviä terveyden määrittäjiä kuvailevia tutkimuksia. Terveyden edistämishankkeita, joissa tarkastellaan hankkeen vaikutuksia so-

sioekonomisten ryhmien välisiin terveyseroihin, löytyi vain muutama.

Bibliografiasta on valmisteilla myös verkkojulkaisu, joka on saatavilla osoitteessa <http://www.stakes.fi/tietovarannot/>.

Lisätietoja bibliografiasta:

Erja Forssas, Stakes, terveydenhuollon tutkimusyksikkö, PL 220, 00531 Helsinki, puhelin (09) 3967 2277, faksi (09) 3967 2485, sähköposti: erja.forssas@stakes.fi

Bibliografijulkaisua on mahdollista tilata Stakesin julkaisut-yksiköstä: Stakes, Julkaisu, PL 220, 00531 Helsinki, puhelin (09) 3967 2190, faksi (09) 3967 2450 tai www.lomakkeella osoitteessa: <http://www.stakes.fi/tietovarannot/>.

LÄÄKÄRIN KLIININEN PÄIHDETUTKIMUS UUDISTUU

SE TULEE TEHDÄ AINA HUUMAANTUNEENA AJOA
EPÄILTÄESSÄ

Lääkärin kliininen päihdetutkimus uudistuu. Sosiaali- ja terveysministeriö lähettää uudet kliinisen päihdetutkimuksen lomakkeet kaikille lääkäreille ja Kansanterveyslaitos uusi näytteenottoakkausten sisältämät lomakkeet. Siihen asti käytetään vanhoja lomakkeita.

Muutettu kliininen päihdetutkimus mittaa entistä tarkemmin huumaaineiden vaikutuksia. Testeihin on lisätty mm. tajuntaa (turtunut, nu-kahteleva, lähes tajuton), mielialaa (euforinen, ärtynyt, ahdistunut, ailahteleva, masentunut, tylsistynyt) ja muita oireita (hikoilu, kouristelu, vilun tunne, suun kuivuminen, nenä vuotaa, vapina) kuvaavia kohtia, sekä silmätutkimuksia (silmien sidekalvo, pupillien koko, pupillien reaktio valolle), injektiojälkien huomioimista jne.

Uudessa, 1.10.1999 voimaan tul- leessa laissa huumaantuneena ajami- nen on sisällytetty rattijuopumus- säännöksiin ja samalla porrastettu kahteen törkeysluokkaan. Uuden lain voimaan tultua kliinisen päihde- tutkimuksen merkitys korostuu. Lää- kärin kliininen päihdetutkimus tule- kin aina suorittaa huumaantuneena ajamista epäiltäessä.

Kun rattijuopumuksen katsotaan johtuvan pelkästään alkoholista, klii- nistä päihdetutkimusta ei tarvitse

tehdä, koska alkoholille on selkeät promillerajat. Huumeille ja lääkeaineil- le näitä pitoisuusrajoja ei ole.

Muiden huumeiden tai muiden huumeiden ja alkoholin kyseessä ol- lessa kuljettaja tuomitaan rattijuopu- muksesta, jos hänen kykynsä tehtä- vän vaatimiin suorituksiin on huonon- tunut. Vastaavasti törkeästä rattijuopu- muksesta tuomitaan, jos hänen kykyn- sä tehtävän vaatimiin suorituksiin on tuntuvasti huonontunut.

Uudet lomakkeet auttavat ratkai- sevasti tuomioistuinta päätettäessä, onko kyseessä 'rattijuopumus' tai 'tör- keä rattijuopumus'. □

*Pirjo Lillsunde, KTL,
(09) 4744 8342, pirjo.lillsunde@ktl.fi*

*Kimmo Kuoppasalmi, KTL,
(09) 4744 8701,
kimmo.kuoppasalmi@ktl.fi*

*Terhi Hermanson,
Sosiaali- ja terveysministeriö
Antti Penttilä, Oikeuslääketieteen laitos*

Lisää aiheesta:
Kansanterveys-lehti 1999;8:12

Kansanterveys-lehden avustajajoukkoon kuulunut **LKT Matti Jahkola** kuoli 16. lokakuuta 1999 sairastettuaan pitkään. Muistamme hänet avuliaana tietolähteenä omalla alueellaan bakteeritautien epidemiologina ja Venäjän ja Baltian maiden tartuntatautien asiantuntijana sekä laaja-alaisena neuvonantajana mitä erilaisimpia tartuntatauteihin liittyviä asioita selvitettäessä.

Toimitus

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

Jouni Tuomisto
PL 95, 70701 Kuopio
Puhelin (017) 201 305
Faksi (017) 201 265
jouni.tuomisto@ktl.fi

*Lehden aineistoa lainattaessa
on lähde aina mainittava.*

TARTUNTATAUTIREKISTERI

Puhelin (09) 4744 8484 Eija Kela
Faksi (09) 4744 8468, ejja.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 11.99