

KTL 6/1999

TEEMA: IKÄÄNTYMINEN

■ **Suureneva harmaa haaste**
Sivu 1

■ **Eläkeikäisten terveyskäyttäytyminen Suomessa 1997**
Sivu 2

■ **Iäkkäiden toimintakyky on parantunut**
Sivu 3

■ **Vanhukset ja vanhusten hoitopalvelut – tasapaino vai kriisi?**
Sivu 4

■ **Resistentit bakteerit ikääntyvillä laitospotilailla**
Sivu 8

■ **Dementia kasvaa kansanterveysongelmaksi – olemeko valmiit?**
Sivu 9

■ **Selkälääkkausten vaikuttavuutta selvitetään suomalaistutkimuksin**
Sivu 10

■ **Ellen Siren – sata vuotta ja risat**
Sivu 12

■ **Suolaa voisi edelleen vähentää**
Sivu 10

TARTUNTATAUTITILANNE SUOMESSA SS. 5-8

• **Tartuntatautitilanne Suomessa**

• **Jäävuorisalaatista yerseniaa syksyllä 1998**

• **Tartuntataudit Suomessa vuonna 1998 -julkaisu ilmestyi toukokuussa**

SUURENEVA HARMAA HAASTE

Ikääntymisen ja sen myötä muuttuvan terveydentilan ja toimintakyvyn kaikki kohtaavat, mutta sen kokeminen ja vaikutus vaihtelee yksilöittäin. Vasta parin viimeisen vuosikymmenen aikana ikääntyminen on alkanut kehittyä arvostetuksi tutkimuskohteeksi. Hitaan heräämisen yksi tärkeimmistä syistä lienee vasta nyt tiedostettu vanhenevan väestön ikärakenne, jonka seuraukset näkyvät pahimmillaan vuosituhannen vaihtumisen jälkeen, kun sodanjälkeiset suuret ikäluokat saavuttavat eläkeikärajaa. Vuonna 1966 Suomen väestöstä 65 vuotta täyttäneitä oli kahdeksan prosenttia, nykyisin 15 prosenttia ja vuonna 2025 24 prosenttia. Tämä merkitsee vanhuuseläkettä saavien määrän nelinkertaistumista. Muutokset ovat vielä jyrkempiä, jos tarkastellaan iäkkäimpiä ikäryhmiä. Koska työikäisen ja hoitotyöhön kykenevän väestön osuus pienenee samanaikaisesti, ymmärrettävästi on noussut mielikuva tulevaisuudesta, jossa ikäihmisten mahdollisuudet saada riittävästi apua ja palveluita heikkenevät. Tilanteen kartoittamiseksi ja toimenpiteiden pohjaksi tarvitaan kipeästi ajantasaisia tietoja ikääntyvän väestönsosan terveydestä ja toimintakyvystä, niihin vaikuttavista tekijöistä ja tapahtuneista muutoksista.

Maassamme on tehty ansiokasta väestöpohjaista gerontologista ja geriatria tutkimusta useassa tutkimuskeskuksessa, mutta toistaiseksi tiedot ikääntyvän väestön terveyden ja toimintakyvyn ajallisista muutoksista ovat verrattain vähäiset. Ikääntyvän väestön elämäntapojen muuttumista on seurattu eläkeikäisten terveystapakyselyillä. Tulosten perusteella voidaan päätellä jo aiemmin keski-ikäisessä väestössä todettujen elämäntapojen kohenevan hitaasti myös iäkkäällä. Vuonna 1997 tehdyn viimeisimmän FINRISKI-tutkimuksen yhteydessä perinteisen keski-ikäisen väestöotoksen lisäksi tutkittiin ensimmäistä kertaa myös eläkeikäisiä ns. FINRISKI Senioritutkimuksessa. Tulosten perusteella varhaiseen eläkeikään entäneiden toimintakyky on kohentunut selvästi parissa vuosikymmenessä. Parhaillaan suunnitellaan laajaa koko maan aikuisväestöön kohdistuvaa Terveys 2000 -tutkimusta, jonka perusteella kuva muutoksista tarkentuu kaikissa ikääntyneiden ryhmissä.

Miten maamme terveys- ja sosiaalitoimi on varautunut harmaaseen haasteeseen? Kasvavan ongelman suuruus on ollut pitkään tiedossa, toimintastrategioita on kehitetty ja muutoksia palvelurakenteessa on toteutettu. Palveluiden tarjonnan johtavana periaatteena on taata toimintakykyään menettäneille ikääntyneille mahdollisuus elää kotonaan tai lähes kodinomaisissa palvelutaloyksiköissä mahdollisimman pitkään. Laitospaikkoja ei juurikaan olekaan jouduttu lisäämään, mutta erityyppistä avopalvelutarjontaa on tuntuvasti lisätty. Samaan aikaan laitoksiin joutuneet ikääntyneet ovat huomattavasti aiempaa huonokuntoisempia. Avopalveluiden maksimointi on saattanut johtaa siihen, että mahdollisimman intensiivinen kotipalvelu tulee jopa kalliimmaksi kuin laitoshoido. Viime vuosien talouskurimus on johtanut useissa kunnissa avopalvelujen kohentamisen pysähtymiseen tai jopa taantumiseen. Kertyneet kokemukset osoittavat, että ikääntyneiden hoidon ja avuntarpeen tyydyttäminen aiheuttaa vastaisuudessa vielä paljon pulmia käytännön tasolla. Palveluita suunniteltaessa on aina muistettava, että väärin kohdenneet säästöt ja riittämätön tulevaisuuden visiointi saattavat johtaa hallitsemattomaan menokehitykseen ja hoidon huononemiseen.

Ikääntyvän väestönsosan kasvua ei kuitenkaan pidä tarkastella ja kauhistella vain palvelu- ja hoivantarpeen lisääjänä. Väestörakenteen muutoksen positiivisia puolia tulee korostaa. Monet vireät eläkeikäiset ovat varsin aktiivisia yhteiskunnan jäseniä ja osallistuvat usein merkittäväällä panoksella omaishoitoon tai vapaaehtoistyöhön. Harmaantuva väestönsosa lisää enenevästi kansantaloudelle välttämätöntä kulutus-kysyntää. Ikääntyvän väestön henkinen ja taloudellinen tuki nuoremmille on jäänyt liian vähälle huomiolle. Elämä on arvokasta kaarensa kaikissa vaiheissa. Ikääntyvät ovat ansainneet yhteiskunnan tarjoaman tuen, mutta samalla ikääntyvien arvostusta ja positiivista arvoa yhteiskunnalle ei pidä unohtaa.

Antti Reunanen

Antti Reunanen, KTL

ELÄKEIKÄISTEN TERVEYS- KÄYTTÄYTYMINEN SUOMESSA 1997

Kansanterveyslaitos on tutkinut eläkeikäisten suomalaisten terveyskäyttäytymistä kaksivuotisivälein vuodesta 1985. Vuoteen 1993 saakka tutkittiin 65–79-vuotiaita, sen jälkeen yläikäraja nostettiin 84 vuoteen. Kun otostaminen on suoritettu sukupuolen ja viisivuotissikaryhmän mukaan osittettuna on varmistettu eri väestöryhmien tavoittaminen. Vuonna 1997 tehdyssä toistaiseksi viimeisessä kyselyssä oli lähtötöksen koko 2 400 henkilöä – heistä tavoitettiin 2 395. Seniorikansalaiset osoittautuivat innokkaiksi vastaajiksi; miesten vastausprosentti oli 80 ja naisten 78 prosenttia. Työikäisten suomalaisten tavoin eläkeikäisten vastausprosentti on kuitenkin ollut laskussa ja vanhin viisivuotissikaryhmä vastasi muita heikommin (80–84 -vuotiaat miehet 74 % ja naiset 70 %).

ELINOLOT

Mies- ja naisvastaajien elämänotot poikkesivat ratkaisevasti toisistaan: miehistä vain 18 mutta naisista 51 prosenttia asui yksin. Miehillä yksinasuminen yleistyi vasta 80 ikävuoeden jälkeen, naisilla tasaisesti läpi eläkeiän. Olenaisia osuusmuutoksia ei ole tapahtunut koko 1990-luvulla. Miesten valtarhythmällä oli tavallisimmin teollisuus- tai

rakennustyötausta, naisilla taas toimisto- ja palveluala dominoi. Noin neljännes miehistä ja naisista oli työskennellyt maataloudessa.

TERVEYDENTILA JA ELÄMÄNTYYTYVÄISYYS

Moni raportoiti sairauden läsnäolosta: noin 72 prosenttia miehistä ja 77 prosenttia naisista merkitsi esitetystä 12 sairauden listasta ainakin yhden edeltävänä vuotena podetun. Tapaturma oli koetellut miehistä yhdeksää ja naisista 14 prosenttia. Myös lääkkeiden käyttö oli tavallista. Tutkimusta edeltävän viikon aikana jotakin lääkettä oli käyttänyt miehistä 81 ja naisista 88 prosenttia. Sairauksien yleisestä esiintymisestä huolimatta keskimäärin 37 prosenttia eläkeikäisistä miehistä ja 36 prosenttia naisista kuvaili terveytensä vähintään melko hyväksi. Seniorikansalaisten koettu terveys riippui nuorempien tavoin iästä, koulutustasosta ja siviilisäädystä.

Oli erittäin harvinaista, että eläkeikäinen kertoi olevansa tyytymätön tai erittäin tyytymätön elämäänsä. Tällaisia vastaajia oli vuonna 1997 miehistä vain 3,4 ja naisista 2,8 prosenttia. Avioliittoisuus liittyi hieman useammin tyytyväisyyteen ja harvemmin tyytymättömyyteen kuin naimattomuus. Hyvin koulutettujen tyytyväisyys oli vähänkoulutettuja parempi.

TUPAKOINTI

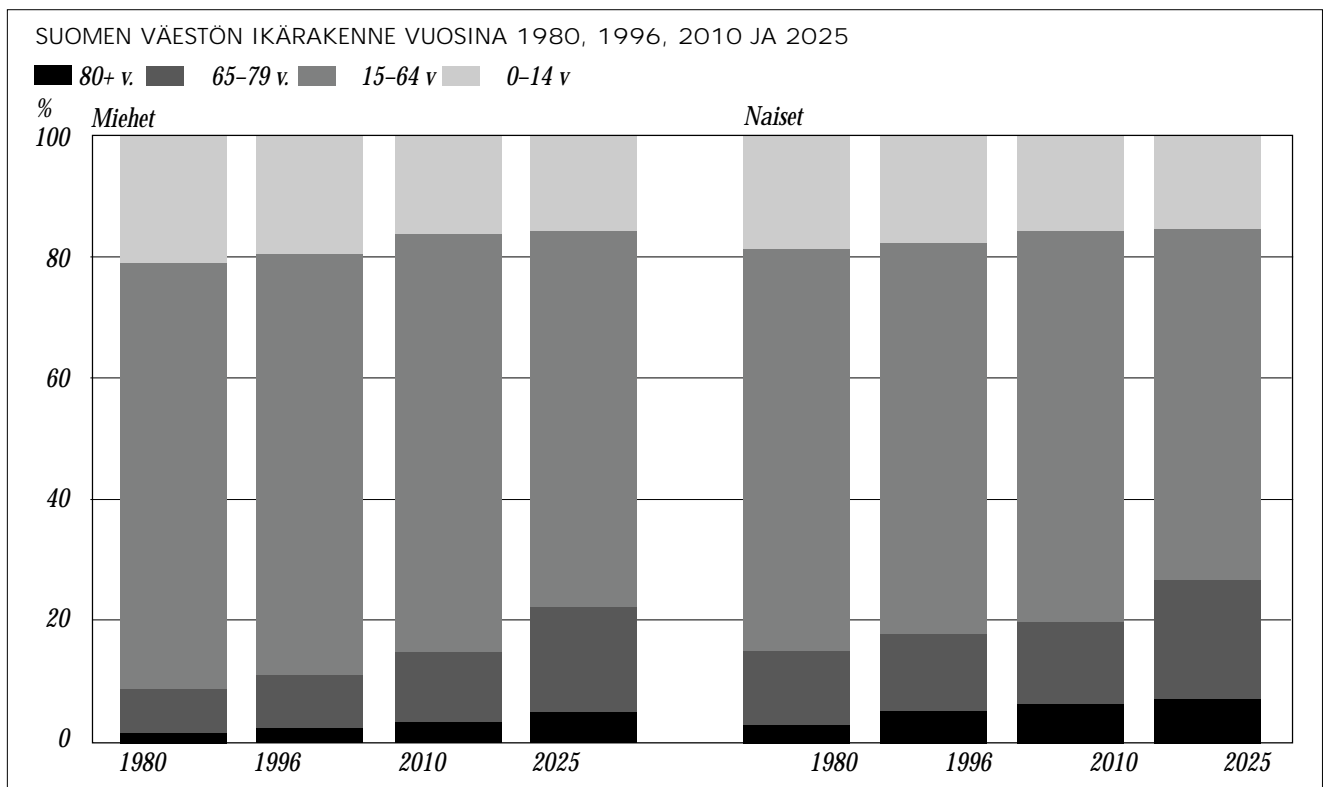
Eläkeläismiesten tupakointi, jonka taso korreloi selkeän negatiivisesti ikäryhmään niin miehillä kuin naisillakin, laski kaikissa ikäryhmissä 1990-luvulla. Vuonna 1997 miehet saavuttivat tähänastisen eläkeläistutkimushistorian matalimman säännöllisen tupakointitason. Nuorimpien nais-

eläkeläisten nouseva tupakointitrendi taitui myös tultaessa vuoteen 1997. Tupakointi oli yleisintä naimattomilla/eronneilla (yksinään elävillä) miehillä ja naisilla. Tupakoinnin esiintyminen eläkeiässä ei korreloinut ollenkaan koulutustastaan. Hieman suurempi osa tupakoivista miehistä (38 %) kuin naisista (33 %) oli oman ilmoituksensa mukaan saanut vuonna 1997 tupakoinnin lopettamiskehityksen joltakin terveydenhuoltohenkilökuntaan kuuluvalta.

RUOKATOTTUMUKSET

Eläkeikäisistä miehistä 14 prosenttia ja vastaavanikäisistä naisista 19 prosenttia kertoi käyttävänsä lääkärin määräämää erikoisruokavaliota. Erikoisruokavaliota noudatti matalan koulutustason vastaajista useampi kuin hyvin koulutetuista. Lääkärin määräämä erikoisruokavaliota oli yleistä yksin asuvilla naisilla. Terveellisinä pidetyt ruokatottumukset ovat levinneet eläkeläisväestön keskuuteen hitaammin kuin työikäisiin. Liike terveysuositusten mukaiseen suuntaan on kuitenkin käynnissä. Se on edennyt pisimmälle nuorilla eläkeikäisillä, naimissa olijoilla ja hyvin koulutetuilla.

Noin 67 prosenttia eläkeikäisistä miehistä ja naisista kertoi käyttävänsä kevytlevitettä/pehmeää margariinia tai jättävänsä rasvan pois leivän päältä. Kahdeksan prosenttia sanoi käyttävänsä kasvistanolimargariinia. Edullisia muutoksia on tapahtunut myös ruoanvalmistuksen rasvavalmi-noissa ja maidon käytössä. Tuoreiden vihannesten tai juuresten päivittäiskäyttö oli lisääntynyt maltillista tahtia niin miehillä (vuonna 1997 22 %) kuin naisillakin (24 %). Marjojen ja hedelmien päivittäiskäyttö oli sen sijaan pysynyt ennallaan: vuonna 1997 miehillä 20 ja naisilla 26 prosenttia.



ALKOHOLINKÄYTTÖ

Eläkeläismiehistä 74, naisista 44 prosenttia kertoi nauttineensa ainakin vähän alkoholia edeltävän vuoden aikana. Eläkeikäisten alkoholinkäyttö yleistyi selvästi vuonna 1995. Vuonna 1997 viikko-/päivittäiskäytöstä raportoi 27/5 prosenttia miehistä, mutta vain 10/1 prosenttia naisista. Vähintään kahdeksan ravintola-annosta alkoholia viikoittain nauttivia miehiä oli 6–21 prosenttia ikäryhmästä riippuen ja vähintään viisi annosta juovia naisia 2–16 prosenttia ikäryhmästä riippuen.

VAPAA-AJAN
LIIKUNTA

Noin kaksi kolmannesta eläkeläisistä kertoi kävelevänsä vähintään neljä kertaa viikossa ainakin puoli tuntia ulkona (miehet 68 %, naiset 64 %). Miesten kävelyharastus ei ollut ikäryhmäriippuvainen, naiset sen sijaan vähensivät kävelyä yli 75 vuoden iässä. Yksin elävät miehet ja josain määrin myös naiset kävelivät muita useammin. Miehillä ei esiintynyt merkittäviä koulutusryhmäeroja, naisista pitempään koulutetut liikkuvat vähän koulutettuja useammin.

LOPUKSI

Suomi ja sen kansalaiset muuttavat, eläkeläiset siinä mukana. On helppo ennustaa, että suurten ikäluokkien saavuttaessa eläkeiän ikäluokkien elämäntyyliot ovat edelleen supistuneet. Menneen ajan traditiot säätelevät kuitenkin eläkeläisiä edelleenkin: heidän ruokavalionsa on nuorempia vanhoillisempaa, niin myös naisten alkoholinkäyttö ja tupakointi. Miestenkin tupakointi on harvinaista seniori-iässä: tähän ovat vaikuttaneet yhtä hyvin mustassa kaavussa tupakoijia niittävä julma viikatemies kuin lopettamaan neuvovat valkokaikitkin. On ilahduttavaa todeta, että valkokaikit ovat olleet voittoisa. Miten tiuhaan viikate heiluu vastaisuudessa, riippuu paljon tekemämme kansanterveysyön – laajassa merkityksessä ymmärretyin terveyden edistämisen, onnistumisesta. □

Antti Uutela, KTL
(09) 4744 8619, antti.uutela@ktl.fi

Satu Helakorpi, KTL,
satu.helakorpi@ktl.fi

Pekka Puska, KTL,
pekka.puska@ktl.fi

Lisätietoja

Uutela, Helakorpi, Puska:
Eläkeikäisten terveyskäyttäytyminen,
kevät 1997.
Kansanterveyslaitoksen julkaisuja,
Sarja B/1999

IÄKKÄIDEN
TOIMINTAKYKY
ON PARANTUNUT

Eläkeikäisen väestön kuolleisuus on nopeasti pienentynyt viime vuosikymmeninä Suomessa, kuten useissa muissakin maissa. Tämän perusteella on oletettu myös terveyden ja toimintakyvyn kohentuneen. Vertailukelpoisia tietoja iäkkään suomalaisväestön toimintakyvystä eri ajankohdilta on niukalti ja ne ovat ristiriitaisia. Mm. Yhdysvalloista ja Britanniasta on julkaistu tuloksia, jotka viittaavat iäkkään väestön toimintakyvyn kohentumiseen. Mistään maasta ei kuitenkaan näytä olevan kiistattomia tietoja siitä, onko kuolleisuuden pieneminen merkinnyt lähinnä toiminnanrajoitteisten elinvuosien lisääntymistä vai onko elinajan piteneminen tuonut lisää nimenomaan toimintakykyisiä elinvuosia.

FINRISKI-97
-SENIORITUTKIMUKSEN
JA MINI-SUOMI-TUTKIMUKSEN
VERTAILU

KTL:n FINRISKI-97 -hanketta varten poimittiin edustava 1 500 henkilön otos 65–74-vuotiaita pohjoiskarjalaisia ja pääkaupunkiseudulla asuvia. Kyselyjen, haastattelun, kliinisen tutkimuksen ja erilaisten mittausten avulla koottiin monipuoliset tiedot tutkittavien terveydestä, keskeisistä sairauksista sekä toimintakyvystä ja niihin vaikuttavista tekijöistä. Täydentävien kotikäyntien ansiosta osallistumisaktiivisuus kohosi 86 prosenttiin.

FINRISKI-97 -hankkeessa koottuja tietoja 65–74 -vuotiaiden toimintakyvystä on verrattu Mini-Suomi -tutkimuksessa vuosina 1978–80 samankaltaisilla menetelmillä kerättyihin tietoihin. Mini-Suomi-tutkimuksen otokseen sisältyi 1 250 65–74-vuotiaista, joista 86 prosenttia osallistui terveystar-kastukseen.

Mini-Suomi-tutkimuksessa iäkkään väestön toimintakyky oli useimpien osoittimien mukaan Itä-Suomessa keskimääräistä heikompi ja Etelä-Suomessa keskimääräistä parempi niin, että näiden alueiden yhteenlasketut tulokset olivat useimmiten varsin lähellä koko maan tuloksia. Mikäli terveyden ja toimintakyvyn alueerot eivät ole ratkaisevasti muuttuneet kahdessa vuosikymmenessä, FINRISKI-97 -hankkeessa kootut tiedot kuvaavat verrattain hyvin koko maan keskimääräistä tilannetta. Vertaamalla iäkkään väestön toimintakykyä näissä kahdessa aineistossa saataaneen varsin luotettava kuva toimintakyvyn kehityksestä Suomessa viimeisten parin vuosikymmenen aikana.

IÄKKÄIDEN
TOIMINTAKYKY
PARANTUNUT
JYRKÄSTI

FINRISKI-97 -senioritutkimuksen ja Mini-Suomi -terveysutkimuksen tulosten vertailu antaa hyvin myönteisen kuvan iäkkään väestön toimintakyvyn kehityksestä. Vuonna 1997 65–74-vuotiaista naisista 10 ja miehistä 12 prosenttia ilmoitti pitävänsä ruumiillisista kuntoaan melko huonona tai huonona. Eläkeikäisten oma käsitys fyysisestä toimintakyvystään on huomattavasti kohentunut, sillä 1970-luvun lopulla vastaava huonokuntoisten osuus oli naisilla runsaat 20 ja miehillä lähes 30 prosenttia.

Myös liikkumiskyky on ratkaisevasti kohentunut kahden vuosikymmenen aikana. Etenkin 65–69-vuotiaiden kohdalla muutokset ovat olleet erittäin suuria: vaikeudet useimmissa tavallisissa arkipäivän liikkumissuorituksissa ovat vähentyneet noin puoleen 1970-luvun lopun tilanteesta.

Myös osoittimet, jotka kuvaavat tutkittavien käsitystä kyvystä huolehtia itsestä ja kodista, viittaavat toimintakyvyn huomattavaan paranemiseen. Esimerkiksi 65–69-vuotiaista noin 20 prosentilla oli 1970-luvun lopussa vaikeuksia suoriutua pukeutumisesta ja varpaankynsien leikkaamisesta, mutta vuonna 1997 vastaavat osuudet olivat enää 5–10 prosenttia. Vaikeudet raskaassa siivoustyössä ovat vähentyneet puoleen.

Näkö- ja kuulovaikeudet ovat nekin harvinaistuneet oleellisesti. 65–69-vuotiaista 17 prosentilla oli oman ilmoituksensa mukaan vaikeuksia lukea sanomalehteä 1970-luvun lopulla, kun vastaava osuus vuonna 1997 oli noin seitsemän prosenttia. 70–74-vuotiaiden kokemien sanomalehden luku- vaikeuksien yleisyys oli vähentynyt 25 prosentista noin 17 prosenttiin. Terveydenhoitajien arviot viittaavat vielä tätäkin suotuisampaan kehitykseen. 65–69-vuotiaiden kuulovaikeudet olivat vuoden 1997 aineistossa noin 40 prosenttia harvinaisempia kuin 1970-luvun lopulla. Myös 70–74-vuotiailla kuulovaikeudet olivat harvinaistuneet, mutta hieman vähemmän kuin nuoremmissa viisivuotiskäryryhmässä.

Kaikkein suotuisinta kehitys on kuitenkin ollut psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä edellyttävistä tehtävistä suoriutumisessa. Oman arvionsa mukaan iäkkäät suomalaiset näyttävät suoriutuvan erittäin paljon paremmin asioiden hoitamisesta yhdessä muiden ihmisten kanssa kuin vielä pari vuosikymmentä sitten. Vuonna 1997 vain viitisen prosenttia koki vaikeuksia tällä alueella, kun vastaava osuus 1970-luvun lopulla oli noin 25 prosenttia eli viisinkertainen. Myös kaupassa tai virastossa asioimisessa sekä julkisilla liikennevälineillä liikkumisessa vaikeuksia kokevien osuus on pienentynyt noin puoleen. Ainoa poikkeus suotuisassa kokonaiskuvassa on terveydenhoitajan arvion perustuvien puhumisvaikeuksien yleisyyden pysyminen ennallaan, osapuilleen neljässä prosentissa.

USEITA SYITÄ
KEHITYKSELLE

On mahdollista, että havaittu toimintakyvyn koheneminen johtuu ainakin osittain siitä, että tarkasteltavat toiminnot ovat muuttuneet aiempaa helpommiksi. Raskas siivoustyö on saatettu ymmärtää 1970-luvun lopussa vaativammaksi kuin vuonna 1997, ja tavanomaisesti käytetyt vaatteet ovat saattaneet muuttua helpommin puuttaviksi. Tekniset uudistukset ovat voineet helpottaa julkisiin liikennevälineisiin nousemista ja niistä poistumista. Kaupoissa ja virastoissa asiointi on voinut helpottua siksi, että aiempaa useammalla 65–74-vuotiaalla on mahdollisuus käyttää omaa autoa tai taksia asiointimatkoillaan.

Sen sijaan varpaankynsien leikkaaminen ei liene muuttunut aiempaa helpommaksi. Tästäkin tehtävästä suoriutuminen on kohentunut jyrkästi – aivan kuten useimmat liikkumiskyvyn osoittimetkin, joista monet ovat verrattain yksiselitteisiä ja teknisistä muutoksista riippumattomia.

Kaikkein jyrkin muutos on tapahtunut siinä, kuinka hyvin ihmiset kokevat kykenevänsä hoitamaan asioita yhdessä muiden ihmisten kanssa ja esittämään asioita vieraille ihmisille. On vaikea kuvitella teknisten uudistusten tms. selittävän tätä muutosta ja kun kysymys oli muotoiltu täsmälleen samalla tavoin kummassakin tutkimuksessa, on ilmeistä, että iäkkäiden koetut valmiudet sosiaaliseen kanssakäymiseen ovat huomattavasti parantuneet.

Teknisten edistysaskeleiden ohella toimintakyvyn paranemista saattaa selittää yleisen elämänsänteen mahdollinen muuttuminen valoisammaksi ja siihen liit-

tyvä parantunut luottamus omiin kykyihin selviytyä erilaista tilanteista. Voi myös olla, että yleinen suhtautuminen iäkkäisiin on muuttunut mm. siten, että heidän oletetaan aiempaa yleisemmin suoriutuvan itsenäisesti tavallisista toiminnoista. Paineita tällaiseen asennemuutokseen ovat aiheuttaneet ainakin väestön ikärakenteen vanhentuminen ja yksin asumisen yleistymisen etenkin eläkeikäisten parissa.

On kuitenkin luultavaa, että merkittävä osa havaitusta toimintakyvyn kohenemisestä johtuu siitä, että nykyisin 65–74-vuotiaat suomalaiset todella suoriutuvat samoista tehtävistä paremmin kuin pari vuosikymmentä sitten. Tätä tulkintaa tukevat mm. toimintakyvyn myönteisen muutoksen jyrkkyys, sen ilmeneminen myös teknisistä ja sosiaalisista muutoksista jotakuinkin riippumattomissa toimintakyvyn osoittimissa sekä tärkeiden toimintakykyä rajoittavien kansansairauksien nopea väheneminen.

Tilastokeskuksen tuoreimman väestöennusteen mukaan eläkeikäisten määrä kasvaa Suomessa 56 prosenttia tämän hetken tilanteesta vuoteen 2020 mennessä. Terveys- ja vanhustenhuollon palvelujen tarve kasvaa samassa suhteessa, jos iäkkäiden sairastavuus ja toimintakyky säilyvät nykyisen kaltaisina. Viime vuosikymmenten kehityksen valossa näyttää kuitenkin mahdolliselta, että iäkkäiden terveys ja toimintakyky kohenevat, jolloin palvelujen tarve ei kasva yhtä nopeasti kuin iäkkäiden määrä. □

Seppo Koskinen, KTL
(09) 4744 8762, seppo.koskinen@ktl.fi
Antti Reunanen, KTL
Arpo Aromaa, KTL

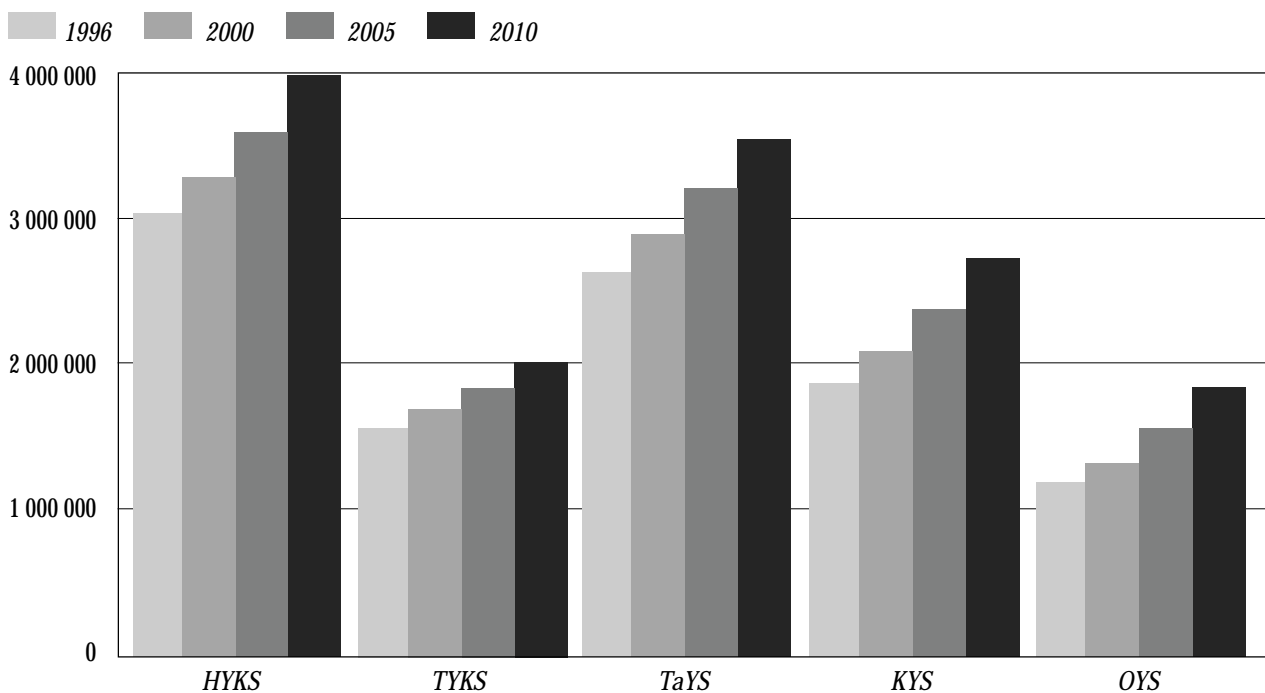


VANHUKSET JA VANHUSTEN- HUOLTOPALVELUT – TASAPAINO VAI KRIISI?

Viime aikoina Suomessa on keskusteltu vanhustenhuollosta ja etenkin pitkäaikaisen laitoshoidon asiakkaiden saamista hoidosta tai sen puutteesta. Keskustelut ovat kummunneet huolesta, etteivät vanhukset saa tarvitsemaansa hoitoa ja huolenpitoa.

Suomessa vanhuspoliittisena tavoitteena on ollut kohdentaa palveluja avohoittoon ja tehdä kotona selviytyminen mahdolliseksi korkeaan ikään saakka. Tavoitteena on myös ollut vähentää pitkäaikaisen laitoshoidon käyttöä. Tämän tavoitteen toteutuminen näkyy pitkäaikaisen laitoshoidon kehityksessä laskevana trendinä jo 1980-luvulla, jolloin käyttö vähentyi 33 prosenttia, ja väheneminen on edelleen selkeästi jatkunut 1990-luvulla. Kansallisen tavoitteena on ollut, että 90 prosenttia 75-vuotta täyttäneistä asuisi kotioloissa. Tämä olikin saavutettu miesten osalta jo vuonna 1986, mutta naisten osalta on vielä saavuttamatta. Koska vanhuksia hoidetaan kotona yhä pidempään, uudet pitkäaikaiseen laitoshoittoon tulevat ovat iäkkäämpiä, heikkokuntoisempia ja tarvitsevat paljon henkilökunnan apua sekä terveyskeskus-
jatkuu sivulla 9

VANHAINKOTIEN JA YLEISLÄÄKETIETEEN HOITOPÄIVIEN MÄÄRÄ YLI 80-VUOTIAILLA VUONNA 1996 JA ENNUSTETTU TARVE VUOSINA 2000, 2005 JA 2010
Helsingin, Turun, Tampereen, Kuopion ja Oulun yliopistollisissa keskussairaaloissa (ns. miljoonapiireissä)



Lähde: UHOTA-projekti, 1999

TARTUNTATAUTITILANNE SUOMESSA

RAPORTOIDUT MIKROBILÖYDÖKSET

Kesän alussa tartuntatauti-tilanne näyttää kohtalaisen rauhalliselta. Hengitystiepatogeenit väistyvät antaen tilaa muun muassa suolistopatogeeneille ja borreliosille. Viime vuonna alkanut HIV-epidemia suonensisäisiä huumeita käyttävien keskuudessa leviää edelleen. Epidemian pysäyttämiseksi tarvitaan torjuntatoimia koko Suomeen.

Viime vuonna suonensisäisiä huumeita käyttävillä todettiin 18 HIV-tapausta. Ne olivat pääasiassa pääkaupunkiseudulta. Tänä vuonna ilmoitettuja HIV-tartuntoja on kaikkiaan 37, joista ainakin 22 liittyy suonensisäisten huumeiden käyttöön. Tartunnansaaneita on nyt todettu myös pääkaupunkiseudun ulkopuolella. Jokaisen sairaanhoitopiiriin olisikin viimeistään nyt syytä huolehtia siitä, että torjuntatoimet aloitetaan, sillä maailmanlaajuisesti ruiskuuhumetartuntojen on todettu lisääntyvän muita tartuntatapoja nopeammin.

Viruksen leviämisenopeus riippuu paljolti yhteisten välineiden käytöstä ja puhdistuksesta. Helsingin narkomaanien neuvontapisteen Vinkin tekemässä selvityksessä 75 prosenttia suonensisäisten huumeiden käyttäjistä oli lainannut välineitään toisille. Suomen Apteekkariliitto on vastikään suosittanut apteek-kareille puhtaiden ruiskujen ja neulojen myymistä myös suonensisäisiä huumeita käyttäville. Vaihtoehtona ovat ns. vaihto-ohjelmat, joissa huumeiden käyttäjät saavat käytettyjä välineitä vastaan puhtaita neuloja ja ruiskuja. Tämän toiminnan on todettu vähentävän uusien HIV-tartuntojen määrää kaikkialla. Suomessa vaihto-ohjelmat toimivat ainakin Helsingissä ja Tampereella narkomaanien terveysneuvontapisteissä.

Myös terveyskeskuksen roolia tartuntojen torjunnassa on syytä pohtia ja muistuttaa terveydenhuoltohenkilöstöä huumeidenkäyttäjien aktiivisesta rokottamisesta hepatiitti B -rokotteella.

On todettu, että HIV-tartuntojen leviämistä voidaan hidastaa merkittävästi, jos torjuntatoimet aloitetaan ennen kuin viisi prosenttia suonensisäisten huumeiden käyttäjistä on saanut tartunnan. Meillä on tähän vielä mahdollisuus!

SALMONELLAA

Toukokuun aikana Etelä-Suomessa on todettu 56 mikrobiologisesti varmistettua *Salmonella* Typhimurium, faagityyppi 193 -infektiota. Aikaisempina vuosina tätä harvinaista faagityyppiä on tavattu vain yksittäisiä tapauksia. Alustavien selvitysten perusteella tartunnan välittäjäksi epäillään sinimailasen (alfalfa) ituja. Tutkimukset epidemian selvittämiseksi ja ituyhteyden vahvistamiseksi ovat parhaillaan käynnissä.

EHEC:IA

Huhtikuun-toukokuun aikana todettiin kaikkiaan kymmenen EHEC -infektiota, joista huhtikuussa kahdeksan. Näistä kymmenestä sairastuneesta kolme lasta joutui sairaalahoitoon HUS-oireiston vuoksi (kaksi- ja nelivuotiaat). Kaikki toipuivat lyhyen dialyysihoidon jälkeen. Näiden lasten perheitä tutkittaessa kaikissa perheissä EHEC voitiin eristää oireetomalta perheenjäseneltä: isoveljeltä, sisarelta ja äidiltä.

Sporadisia tapauksia todettiin neljä. Nelivuotias itäsuomalainen poika, esikouluikäinen tyttö Pohjois-Suomesta ja kaksi toisiinsa liittymätöntä tapausta Pohjois-Pohjanmaalta; 7-vuotias poika ja 5-vuotias tyttö sairastui sairaalahoitoa vaativaan veriripuliin. Kaikkien huhti- ja

toukokuun tapausten kohdalla tartunnanlähde jäi epäselväksi haastatteluista ja paikallisista selvityksistä huolimatta.

RSV:N HUIPPU KEVÄÄLLÄ

Hengitystiepatogeenien kohdalla tilanne on rauhallinen. RSV näyttää edelleen noudattavan kaksivuotijaksottelua, niin että parittomina vuosina esiintyy pieni kevätepidemia ennen seuraavan vuodenvaihteen suurempaa. Vuonna 1997 epidemian huippu osui touko-kesäkuulle. Tänä vuonna RS-virusilmoitusten määrät nousivat helmikuussa ja huippu saavutettiin mahdollisesti huhtikuussa, jolloin tapauksia ilmoitettiin 311. Toukokuun aikana ilmoituksia tuli 121. Suurimmat ilmaantuvuudet viimeisen kolmen kuukauden aikana ovat olleet Satakunnan sairaanhoitopiirissä (ilmaantuvuus 11,7-10,9/10 000 henkilövuotta kun koko maan vastaava luku oli 2,5-7,3).

TAVALLINEN MÄÄRÄ AIVOKALVOTULEHDUKSIA

Vaikeiden meningokokki-infektioiden määrä myötäilee edellisten vuosien tasoa. Huhtikuussa tartuntatautirekisteriin ilmoitettiin kolme *Neisseria meningitidis*-meningiittiä, joista kaksi oli serotyypin B aiheuttamia. Yksi potilaista menehtyi.

Toukokuussa ilmoituksia on tullut viisi. Sairastuneet ovat eri puolilta Suomea, nuorin kaksi- ja vanhin lähes 60-vuotias. Kaikissa tapauksissa meningokokki on ollut sero-tyyppiä B. □

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

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

	Jouluuu December 1998 1997		Yhteensä ** Totalt 1998 1997		Tammikuu Januari 1999 1998		Helmikuu Februari 1998 1997		Maaliskuu Mars 1999 1998		Huhtikuu April 1999 1998	
HENGITYSTIEPATOGEENIT / LUFTVÄGSPATOGENER												
Klamydia (<i>C. pneumoniae</i>)	9	24	188	351	17	23	9	18	10	19	8	24
Mykoplasma (<i>M. pneumoniae</i>)	29	23	251	224	19	34	9	18	19	14	9	17
Pertussis	125	41	832	606	84	46	59	37	55	38	42	38
Adenovirus	31	45	412	671	36	52	66	53	45	92	19	24
Influenssa A -virus	9	0	914	315	240	34	637	497	192	289	14	76
Influenssa B -virus	5	0	15	229	32	1	48	4	39	0	12	3
Parainfluenssavirus	50	17	223	237	18	11	17	15	10	10	13	17
RSV (respiratory syncytial virus)	8	768	586	1 953	53	332	100	151	225	39	315	16
SUOLISTOPATOGEENIT / TARPATOGENER												
Salmonella	167	271	2 735	2 885	146	223	119	184	186	192	165	124
Shigella	7	7	86	103	7	8	1	4	4	8	1	5
Yersinia	50	36	713	704	40	43	42	34	63	43	70	39
Kampylo	210	110	2 851	2 404	202	125	139	80	165	121	168	131
EHEC	0	5	44	62	0	15	3	2	5	3	4	2
Kalikkivirus	27	-	150	-	30	15	40	7	24	8	14	21
Rotavirus	55	112	1 373	1 112	99	186	109	177	157	290	164	288
Giardia	19	16	296	333	20	21	32	17	22	23	24	10
Ameba (<i>E.histolytica</i>)	8	9	113	164	8	8	8	6	10	3	8	10
HEPATIITTIPATOGEENIT / HEPATITPATOGENER												
Hepatitis A -virus	5	5	99	143	5	5	4	1	3	8	1	8
Hepatitis B -virus	29	40	468	588	36	50	31	52	62	49	35	31
Hepatitis C -virus	104	159	1 664	1 893	103	161	131	144	166	168	108	164
SUKUPUOLITAUTIPATOGEENIT / KÖNSSJUKDOMSPATOGENER												
Klamydia (<i>C. trachomatis</i>)	906	774	10 654	9 651	846	906	795	777	905	910	754	751
HI-virus	8	3	80	71	7	8	10	4	6	5	9	4
Gonokokki	21	15	243	185	8	24	18	24	15	24	19	23
Syfilis (<i>T. pallidum</i>)	16	8	174	152	15	15	9	13	9	12	9	18
VERI- JA LIKVORIVILJELYLÖYDÖKSET / BLOD- OCH LIKVORODLINGSFYND												
Pneumokokki (<i>S. pneumoniae</i>)	56	87	561	589	53	38	55	53	54	69	45	44
A-streptokokki (<i>S. pyogenes</i>)	9	6	105	81	13	7	6	10	7	8	16	10
B-streptokokki (<i>S. agalactiae</i>)	13	12	151	140	6	11	8	6	11	20	7	8
Meningokokki	5	4	51	46	6	9	9	2	5	8	3	4
RESISTENTIT BAKTEERIT / RESISTENTA BAKTERIER												
Enterokokit (VRE)	4	5	53	148	7	2	3	1	2	2	2	3
MRSA	17	17	189	120	14	17	12	14	33	14	16	15
Pneumokokki (PenR)	9	10	62	146	5	4	14	4	9	8	6	10
MUITA MIKROBEJA / ÖVRIGA MIKROBER												
Borrelia*	25	30	457	538	23	23	22	19	23	19	13	9
Tularemia	1	2	117	109	1	0	0	1	0	1	1	0
Tuberkuloosi (<i>M. tuberculosis</i>)	32	31	477	442	37	51	29	38	24	37	11	39
Echovirus	0	3	10	39	1	1	1	0	1	0	1	0
Enterovirus	3	5	30	71	2	6	3	3	3	0	0	0
Parvovirus	10	2	75	53	21	3	14	4	29	4	23	3
Puumalavirus	362	152	1 305	758	263	87	140	44	112	21	107	28
Malaria	3	4	35	57	4	4	2	2	4	6	1	5

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

** Yhteensä = tapaukset vuoden alusta joulukuun loppuun

JÄÄVUORI- SALAASTIA YERSINIAA SYKSYLLÄ 1998

Syksyllä 1998 kolmen viikon aikana 47 henkilöä sairastui *Yersinia pseudotuberculosis* serotyyppi O3:n aiheuttamaan infektiin Etelä-Suomessa. Aiemmin kuvatuissa epidemioissa todennäköisenä tartunnanlähteenä on usein pidetty kontaminoitunutta ruokaa, mutta yhteyttä yksittäiseen ruoka-aineeseen ei ole pystytty osoittamaan. Viime syksyn epidemian yhteydessä suoritettu väestöpohjainen tapaus-verrokkitutkimus osoitti tilastollisesti merkitsevän yhteyden sairastumisten ja jäävuorisalaatin syömisen välillä.

Yersinia pseudotuberculosis aiheuttamassa infektiossa kuume ja vatsakivut ovat tavallisia. Myös pahoinvointia, oksentelua ja ripulia saattaa esiintyä. Taudinkuva voi muistuttaa umpilisäkkeen tulehdusta ja johtaa aiheuttomaan leikkaukseen. Etenkin lapset ja nuoret ovat herkkiä saamaan tartunnan. *Y. pseudotuberculosis* aiheuttama vakava yleisinfektio on harvinainen, ja sen voivat saada henkilöt, joilla on jokin perussairaus kuten diabetes tai maksakirroosi. Ihmiset saavat tartunnan saastuneen ruoan tai veden välityksellä. Itämisaika on tavallisesti 3–7 vrk. Luonnossa bakteerin lähteenä ovat lukuisat eläimet kuten jyräjät, jänikset ja linnut tai kotieläimistä siat ja kissat, joilla esiintyy yleisesti oireetonta suolistokantajuutta.

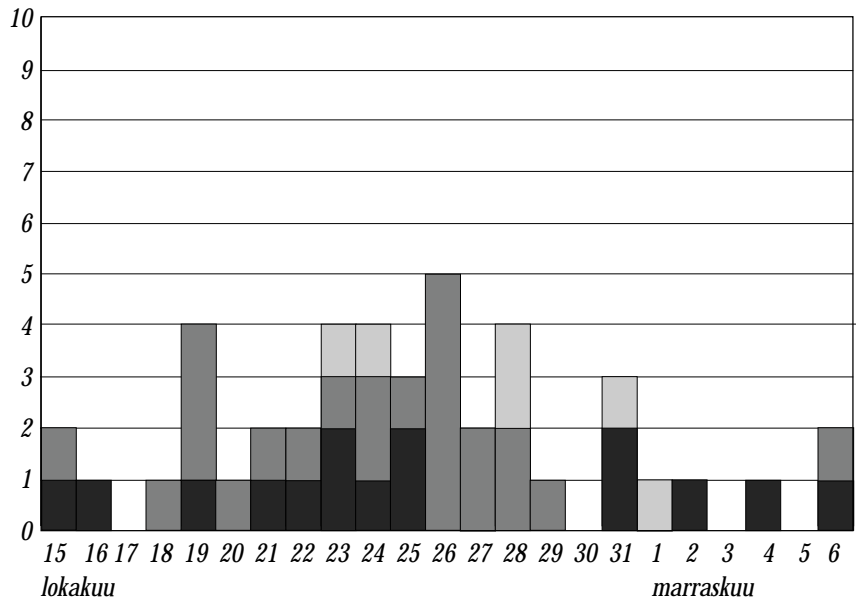
KTL TUTKI
EPÄILYJÄ

Marraskuun alussa 1998 Kansanterveyslaitoksen suolistobakteerilaboratoriossa sekä HYKS-Diagnostiikassa ja Turun yliopiston lääketieteellisen mikrobiologian laitoksessa kiinnitettiin huomiota tavallista runsaampiin *Y. pseudotuberculosis*-tapauksiin. Suurin osa oli pääkaupunkiseudulta ja Keski-Uudelta maalta sekä Turun ympäristöstä. Yksittäisiä sairastumisia oli lisäksi eri paikkakunnilla Etelä- ja Keski-Suomessa. Alueellisen ruokaperäisen epidemian epäilyn vuoksi KTL:n Infektioepidemiologian osasto teki väestöpohjaisen tapaus-verrokkitutkimuksen välittäjä-elintarvikkeen löytämiseksi.

Tapaukseksi määriteltiin Helsingin, Uudenmaan tai Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirien alueella asuva henkilö, jonka uloste viljelyssä kasvoi *Yersinia pseudotuberculosis* serotyyppi O3 ja oireet olivat alkaneet 15.10.1998 jälkeen. Verrokkit haettiin satunnaisotannalla väestörekisteristä ja kaltaistettiin iän, sukupuolen ja postinumeroalueen mukaan. Verrokkien poissul-

Yersinia pseudotuberculosis -tapaukset oireiden alkamispäivän mukaan

■ Varsinais-Suomi
■ Helsinki-Uusimaa
■ Muu Suomi



Oireiden alkamispäivä

kukriteereinä olivat ulkomaanmatka tai suolisto-oireet haastattelua edeltävän kuu-kauden aikana. Puhelinhaastattelussa kysyttiin kotiruokailun lisäksi osallistumisesta koulu- tai työpaikkaruokailuun kahden viikon ajalta ennen oireiden alkua. Ruoka-aineista kysyttiin porsaanlihasta, useiden tuoreiden vihannesten, juuresten ja salaattien käytöstä sekä yleisimmin käytetystä kaupasta (kauppaketjusta). Tulokset analysoitiin Epi-Info-ohjelmalla.

Koko maassa sairastui 15.10.–6.11. välisenä aikana yhteensä 47 henkilöä, joilla *Y. pseudotuberculosis*-viljely oli positiivinen. Potilaista 53 prosenttia oli naisia. Sairastuneet olivat 2–77-vuotiaita, mediaani 19 vuotta. Viideltä leikattiin umpilisäke. Tapaus-verrokkitutkimuksen tapausmäärittelmän täyttäviä henkilöitä oli 39. He ilmoittivat syöneensä muita useammin jäävuorisalaattia (71 % vs 42 %; matched OR 3.9; 95 % CI, 1.3–9.6). Sianlihavalmistusten, muiden tuoreiden vihannesten tai juuresten kohdalla ei todettu tilastollisesti merkitseviä eroja.

Useita sairastumisia tuli ilmi peruskoulun yläasteella Keravalla ja Tuusulassa sekä kahdessa työpaikassa Turun seudulla. Viljelyvarmistettujen tapausten lisäksi yhdeksän henkilöä näistä yhteisöistä joutui umpilisäkkeen poistoleikkaukseen ja neljältä muulta oireilleelta saatiin myöhemmin serologinen viite tuoreesta *Y. pseudotuberculosis* O3-infektiosta. Jäävuorisalaatin levitysketju jäljitettiin lähtien näiden kahden kouluruokalan ja kahden työpaikkaruokalan salaattitoimituksista, jolloin voitiin osoittaa, että kyseessä oli kotimaisista alkuperää oleva tuote.

VIHANNESTEN PESU TÄRKEÄÄ

Useissa kuvatuissa *Yersinia pseudotuberculosis*-epidemioissa todennäköisenä tartunnanlähteenä on pidetty ruokaa, mutta välittäjänä toiminutta elintarviketta ei ole aiemmin kyetty osoittamaan. Kantojen serotyyppitys auttoi epidemian nopeaa havaitsemista. Kontaminoituneet tuoretuotteet saattavat olla yersinian lähteenä myös pienissä, tunnistamatta jäävissä epidemioissa ja sporadisina pidetyissä yksittäistapauksissa. Myös kotimaiset vihannokset ja salaattit tulisi pestä huolellisesti ennen syöntiä. □

Janne Mikkola, KTL

(09) 4744 8557, janne.mikkola@ktl.fi

Pekka Nuorti, KTL

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

EUROSURVEILLANCE
- TARTUNTATAUTITIIETOA
EU-MAISTA:
Eurosurveillance Monthly
<http://www.ces.es.org/eurosurv>
ja Eurosurveillance Weekly
<http://www.eurosurv.org>

RESISTENTIT BAKTEERIT IKÄÄNTYNEILLÄ LAITOSPOTILAILLA

Bakteerien lääkeresistenssi kuuluu terveydenhuollon suurimpiin haasteisiin. Resistenssi on kuluneen kymmenen vuoden aikana lisääntynyt huomattavasti odotettua nopeammin. Uusien bakteerilääkkeiden kehittyminen on hidasta ja kestää nopeimmillaankin 5-12 vuotta. Vaikka muutama lupaava uusi lääke onkin näköpiirissä, ne eivät ratkaise läheskään kaikkia resistenssiongelmia. Lisäksi ne tulevat mitä ilmeisimmin olemaan hyvin kalliita.

Resistenssin torjumisessa on kaksi päälinjaa. Mikrobilääkkeiden aiheuttamaa valintapainetta on syytä vähentää, jotta resistenttien bakteerien leviämistä voitaisiin hidastaa. Tätä varten pitäisi jokaisessa sairaalassa ja hoitolaitoksessa olla epidemioiden torjuntasuunnitelma sekä mikrobilääkkeiden käyttösuositus.

JOPA KAKSIKYMMENTÄ KERTAINEN RISKI

Toisaalta hygieeniset toimet ovat olennaisen tärkeitä kaikkialla, missä riski resistenttien bakteerien tartuntaan on lisääntynyt. Tämä tarkoittaa sairaaloita ja muita hoitolaitoksia sekä päiväkoteja. Valitettavasti olosuhteet hyvän käsihygienian toteuttamiseen eivät ole parhaat mahdolliset tilanteissa, jossa potilaat ovat käytävällä ja hoitohenkilökunta työskentelee jatkuvassa paineessa. Ilman erityisiä toimenpiteitä ikääntyneitä potilaita hoitavat yksiköt jäävät helposti mikrobilääkepolitiikan ja sairaalahygienian suunnitellun ulkopuolelle.

HYGIENIAA KOROSTETTAVA

Muutama vuosi sitten KTL:n mikrobiolääkelaboratoriossa tehtyjen tutkimusten mukaan ikääntyneitä potilaita hoitavissa yksiköissä oli parhaimmillaan jopa 20-kertainen riski saada resistentin bakteerin kolonisaatio verrattuna avohoidon vastaavaan tilanteeseen. Jos hoitoaika on lyhyt, on myös riski kolonisaatioon pienempi. Resistenssi yleisesti käytetyille lääkkeille ampisilliinille (mukaalukien amoksisilliini), kefuroksiimille ja trimetopriimille on hyvin yleistä. Sen sijaan harvemmin sairaalassa käytetyille lääkkeille kuten keftatsidiimille ja sulfonamideille ei ollut resistenssieroja verrattuna tilannetta avohoidon. Tämä johtuu joko siitä että resistenssi on vähäistä (keftatsidiimi) tai resistenssi on yhtä yleistä avohoidossa ja sairaaloissa (sulfonamidit). Jos potilaalla oli ollut edeltävä mikrobilääkehoito, resistentillä bakteerilla kolonisoituminen riski kasvoi merkittävästi.

Arvioitu riski mainitulle mikrobilääkkeelle resistentin gramnegatiivisen bakteerin suolistokolonisaatioon vanhuksia hoitavissa yksiköissä. Vertailu tehty avohoidon vastaavaan tilanteeseen. N on tutkittujen potilaiden määrä. Avohoidossa tutkittujen potilaiden määrä oli 61.

Mikrobilääke	Lyhytaikainen sairaalahoito (N=70)		Pitkäaikaishoito (N=70)	
	OR (95% CI)	p-arvo	OR (95% CI)	p-arvo
Ampisilliini	4,0 (1,9 - 8,4)	0,0002	14,3 (6,0 - 34,1)	0,0001
Kefuroksiimi	7,5 (2,7 - 20,8)	0,0001	7,5 (2,7 - 20,8)	0,0001
Keftatsidiimi	7,5 (0,9 - 63,7)	0,057	3,6 (0,4 - 33,4)	0,254
Trimetopriimi	5,5 (2 - 14)	0,0003	22,3 (8,6 - 57,8)	0,0001
Sulfametoksatsoli	1,1 (0,5 - 2,2)	0,830	1,5 (0,8 - 3,0)	0,233
Tetrasykliini	2,0 (1 - 4)	0,064	5,2 (2,4 - 10,9)	0,0001
Siprofloksasiini	6,7 (0,8 - 55,2)	0,080	N.D.	

HYGIENIA ON OSA POTILAS- TURVALLISUUTTA

Mielenkiintoista on kuitenkin, että myös niillä pitkäaikaishoidossa olevilla potilailla, jotka eivät ole saaneet mikrobilääkehoitoa, resistenttien bakteerien kolonisaatio oli merkittävästi suurempi kuin lyhytaikaisessa hoidossa olleilla. Tämä viittaa siihen, että bakteerit siirtyvät pitkän hoidon aikana vaivatta potilaiden välillä. Yleensä käsihygienian puutteet johtavat stafylokokkien leviämiseen ja fekaalista alkuperää olevien gramnegatiivisten sauvabakteerien siirtyminen on varsin vähäistä. Tässä tutkimuksessa kuitenkin resistentit myös sauvabakteerit olivat levinneet tehokkaasti potilaasta toiseen, mikä antaa aiheen erityisen huomion kiinnittämiseen hygieenisiin toimintatapoihin.

Sairalahygienian toteuttaminen ja mikrobilääkehoidon suunnittelu sekä bakteerien resistenssitilanteen seuranta ovat olennaisia toimenpiteitä myös ikääntyneitä potilaita hoitavissa yksiköissä. Perustavoitteena tulisi kaikkialla olla, että käsiin desinfiointi alkoholihuhteella tehdään joka potilaskontaktin välillä.

Resistenttien bakteerien aiheuttamat epidemiat ovat arkipäivää jo Suomessakin. Siksi hygieenisten toimien hyvä suunnittelu ja toteuttaminen on välttämätön osa potilasturvallisuutta myös ikääntyneitä potilaita hoitavissa hoitolaitoksissamme. □

Pentti Huovinen, KTL

(02) 251 9255, pentti.huovinen@ktl.fi

Tiina Leistevo, fysiatrian klinikka, TYKS

Viitteet:

Leistevo T. ym. Problem of antimicrobial resistance of fecal aerobic gram-negative bacilli in the elderly. Antimicrob Agents Chemother 1996;40:2399-2403.

Leistevo T. Antimicrobial agents in the elderly: resistance of fecal aerobic gram-negative bacilli in the geriatric hospital and the community. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja A16/1996. Turku 1996, 71 s. ISBN 951-740-037-3, ISSN 0359-3584

TARTUNTATAUDIT SUOMESSA VUONNA 1998 -JULKAISU ILMESTYI TOUKOKUUSSA

Tartuntataudit Suomessa 1998 on KTL:n julkaisema tartuntatauti-raportti, joka sisältää tautikohtaisten kommenttien lisäksi monipuolisen taulukko-osan, joka koostuu sekä lääkäreiden että laboratorioiden tartuntatauti-ilmoituksista.

RAPORTTIA
ON SAATAVISSA
SUOMEN-, RUOTSIN-
JA ENGLANNINKIELISENÄ.

Raportti on postitettu viikolla 22 lääninhallituksille, sairaanhoitopiireille, terveyskeskusten tartuntataudeista vastaaville lääkäreille, terveyskeskusten tartuntatauti-hydyshenkilöille, infektiolääkäreille, hygieniahoitajille, mikrobiologian laboratorioille, elintarvikelaboratorioille, lääketieteellisille tiedekunnille, tartuntatautien neuvottelukunnalle, terveydenhuolto-oppilaitoksille sekä muille viranomaisille, jotka osallistuvat tartuntatautien seurantaan.

Julkaisua voi tilata osoitteella Kansanterveyslaitos, infektioepidemiologian osasto, Mannerheimintie 166, 00300 Helsinki, sähköpostitse infe@ktl.fi tai puhelimitse (09) 4744 8483.

Raportin taulukot ovat luettavissa KTL:n www-palvelimelta www.ktl.fi.

ten vuodeosastoilla että vanhainkodeissa. Yhteensä pitkäaikaisessa laitoshoidossa oli noin 34 000 65-vuotta täyttäneitä vuodesta 1995 lopussa.

Samalla kun pitkäaikaishoitoa on vähennetty, avopalvelujen määrää on pyritty lisäämään ja turvaamaan pääsy palveluiden piiriin. Arviot viimeaikaisista kehityksestä osoittavat, että palvelujen saajien määrää on vähennetty, mutta palveluja on kohdennettu enemmän apua tarvitseville. Omaishoitajille maksetaan tukea, mutta yleensä omaisavusta vastaa vanheneva puoliso. Palvelujen tarve ja pitkäaikaisen laitoshoidon riski on suuri sairaalasta palatessa ja etenkin pitkien sairaalajaksojen jälkeen.

Kotiuttamissuunnittelussa tulisi varmistaa, että tarvittavat palvelut ja kodin muutostyöt on ajoissa tehty, jotta kotiuttaminen sujuisi mallikkaasti. Pitkäaikaisen laitoshoidon riskiryhmässä ovat aivohalvauksen ja lonkkamurtumapotilaat, jotka myös vaativat kuntoutusta kotona pärjätäkseen. Kaiken kaikkiaan vuonna 1997 kotihoidon piirissä oli noin 55 000 asiakasta, mikä on noin seitsemän prosenttia 65-vuotta täyttäneistä. Staff M) Stakes raportteja 214. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 1997.

Vaikka vanhenevan väestön määrä kasvaa ja pitkäaikaisairastavuus yleistyy, tämäkään ei välttämättä tarkoita sitä että kaikki ikääntyvät olisivat terveys- tai sosiaalipalvelujen piirissä. Mahdollisesti palvelut kumuloituvat ns. suurkäyttäjille, joilla on toisaalta myös suurempi pitkäaikaisen laitoshoidon riski. Vanhenevat naiset ovat palvelujen suurkuluttajia, mutta kustannusanalyysi osoittaa, että vaikka naiset käyttäisivätkin enemmän perusterveydenhuollon palveluja, miesten hoitamisen kustannukset olivat suuremmat erikoissairaalan- ja kotihoidon käytön vuoksi. Myös yksinasuminen lisäsi kustannuksia sekä palvelujen käyttöä.

STANDARDOITU MITTARI

Pitkäaikaishoidon ongelmat ovat toisenlaisia kuin avo- tai välimuotoisen hoidon. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevista vanhuksista suurin osa (80 %) on dementoituneita, heillä on monia sairauksia ja he käyttävät myös useita lääkkeitä, keskimäärin viittä. Onko siis tarpeen seurata ja arvioida pitkäaikaishoidettavien terveydentilaa, toimintakykyä ja avun tarvetta sekä heidän saamansa hoidon laatua? Tarvitaanko systemaattista ja jatkuvaa arviointia? Pitääkö kerättävän tiedon olla vertailukelpoista eri laitoksissa? Onko tarvetta verrata tietoja kansainvälisesti? Vastauksena kaikkiin kysymyksiin on – kyllä. Koska useimmat pitkäaikaishoidettavista eivät pysty osallistumaan kyselyihin ja haastatteluihin, eivätkä puhumaan omasta puolestaan, pitkäaikaishoidettavien arviointiin on kehitetty standardoitu RAI (Resident Assessment Instrument) -mittari.

Siinä asiakasohjauksella tiedonkeruulla saadaan tietoa, jota voidaan käyttää sekä hoidon suunnittelussa että hoidon toteutuksen arvioinnissa. Lisäksi kerätyn tiedon perusteella voidaan arvioida hoidon laatua, kustannuksia ja tuloksellisuutta myös yksikkö- ja laitostasolla. Sekä poikittais- että pitkittäismittauksista kertyvät tiedot antavat käsityksen asiakkaan tilanteen ja hoidon tarpeen kehityksestä, sekä hoidon laadusta ja käytettyjen voimavarojen suhteesta. Vaikka pitkäaikaishoidettavan laitospotilaan ei odoteta enää täysin toipuvan, hänen elämänlaatuunsa voidaan kuitenkin vaikuttaa. RAI-mittauksessa kertyvää asiakastason tietoa tarvitaan myös valtakunnallisesti, kun pitkäaikashoidon voimavaratarvetta sekä annettun hoidon laatua arvioidaan.

Vanhustenhoidon osalta on kysyttävä, ovatko vanhushoidon tarjonta ja kehittäminen sujuneet kunnittain samansuuntaisesti ja missä ongelmat paikallisesti piilevät? Riittävätkö palvelut tällä hetkellä turvaamaan myös tulevien ikäluokkien palvelutarpeen, riittävätkö nykyiset rakenteet vai tarvitaanko lisää palveluja ja palvelujen tuottajia? Voidaanko olettaa, että tulevat vanhusikäpolvet ovat terveyempiä ja tarvitsevat vähemmän palvelua? Yleisellä tasolla keskeinen keskustelu on vielä käymättä liittyen terveyspalvelujen paradigmaan – onko etusijalla akuutin vai pitkäaikaisen sairauden hoito? Tämä vaikuttaa myös palvelurakenteeseen ja erityyppisen hoitotyön arvostukseen. Etenkin vanhusväestöllä sairaudet ovat pitkäaikaisia, ja nopeaa tai lopullista paranemista ei ole odotettavissa, ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa nämä ongelmat tulevat selvimmiksi esiin. Löytyykö tasapaino lisääntyvän ikääntyvän väestön, erikoissairaalan- ja pitkäaikaishoidon, palvelujen laadun ja tarjonnan välille, vai syveneekö kriisi? □

Anja Noro, Stakes
(09) 3967 2253, anja.noro@stakes.fi

Lähteet

- Noro A.: *Long-term institutional care among Finnish elderly population. Trends and potential for discharge.* Stakes Research Report 87. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 1998.
Noro A., Häkkinen U., Laitinen O.: *Determinants of health service use and expenditure among elderly Finnish population.* EJPB 1999 (In print).
Vaarama M., Noro A.: *Vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelut.* In: *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 1997, s. 93-104* (Eds: Usitalo H, Staff M) Stakes raportteja 214. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 1997.
Sari Kauppinen. *Kotihoito 1997. Tilastoraportti 32/1998. Tilastot ja Rekisterit yksikkö, Stakes. Stakesin monistamo 1998.*

DEMENTIA KASVAA KANSANTERVEYS-ONGELMAKSI – OLEMMEKO VALMIIT?

Dementia on oire elimellisestä aivosairaudesta, joka on yleensä etenevä. Dementoitunut elää muiden avun varassa ja tarvitsee useimmiten runsaasti palveluita ja pysyvän laitospaikan. Tällä hetkellä vähintään keskivaikeasti dementoituneita potilaita on 80 000. Ennuste vuodelle 2005 on 85 000, vuodelle 2010 91 000 ja vuodelle 2020 noin 100 000. Suurten ikäluokkien tultua "parhaaseen dementoitumiskään" vuonna 2030 dementiapotilaiden määrän ennuste on noin 110 000.

Jo tällä hetkellä dementoivat sairaudet ovat suurin pitkäaikaisen laitoshoidon aiheuttajia. Riittävätkö terveydenhuoltomme voimavarat dementiapotilaiden asianmukaiseen ja inhimilliseen hoitamiseen? Meillä on hyvät mahdollisuudet selviytyä tästäkin haasteesta kunnialla, mutta asiaan pitäisi tarttua ripeästi erityisesti kunnissa.

Dementiopotilaista 60 prosenttia sairastaa Alzheimerin tautia. Sen esiintyvyys lisääntyy nopeasti iän myötä 65-vuotiaiden parista prosentista yli 85-vuotiaiden 25 prosenttiin. Tällä hetkellä käytössä on lääkkeitä kuten donepetsiili ja rivastigmiini, joilla voidaan usein parantaa toimintakykyä niin, että laitostuminen siirtyy keskimäärin ehkä noin puolella vuodella.

LÄÄKKEITÄ TULEE

Tutkimuksista on tullut viitteitä siitä, että jatkuvalla estrogeenikorvaushoidolla pystytään myöhentämään Alzheimerin taudin alkua. Jos esimerkiksi ilman estrogeenia 80-vuotiaana alkava Alzheimerin tauti pystytään siirtämään viidellä vuodelle, on hyvä mahdollisuus siihen, ettei henkilö koskaan sairastu – koska on kuollut johonkin muuhun sairauteen. Verenpaine-tauti ja korkea kolesteroli ovat mahdollisia Alzheimerin taudin riskitekijöitä. Niitä on viimeisten vuosikymmenien aikana hoidettu tehokkaasti, joten Alzheimerin taudin esiintyvyys saattaa tästäkin syystä pienentyä. Kehitteillä on myös amyloidin aivoihin kertymiseen vaikuttavia lääkkeitä, jotka mahdollisesti estävät tai pysäyttävät taudin. Tällaisia on yleisessä käytössä arvioitavasti kymmenen – kahdenkymmenen vuoden kuluessa.

RATKAISU KUNNISSA

Kunnissa on paljon tehtävää dementiapotilaiden hoidon parantamiseksi ja kotona-asumisen tukemiseksi. Perinteiset kotisairaanhoidon ja kotipalvelun menetelmät eivät riitä. Juuri valmistuneen kuopiolaisen

tutkimuksen mukaan omaishoitajan kansa asuvien potilaiden kotihoitoa voitiin pitää nimeämällä perheelle hoitamisen ja tukemisen koordinaattori, johon omainen tai potilas voi ottaa yhteyttä ongelmien ilmetessä.

Potilaat ja omaishoitajat tarvitsivat useita tukimuotoja, jotka useinkaan eivät kuulu kunnan sosiaalitoimen tai terveyskeskuksen valikoimaan ainakaan riittävässä määrin: ensitietokurssit sairaudesta omaisille ja potilaille, kuntouttava lyhytaikainen hoito dementiayksiossö, minä aikana omaisenkin voi levähtää, omaisten kuntoutus, kotimiestoiminta ja riittävä rahallinen omaishoidon tuki. Tutkimuksen mukaan tärkeitä laitostumisen syitä olivat mm. huonosti toteutettu lyhytaikainen hoito, jonka aikana potilaan kunto romahti sekä henkilökunnan asenteet – lääkäristä laitospääläiseen – jotka yllättäen usein tukivat laitoshoidon siirtymistä, kun ei ymmärretty syvä kiintymyksen merkitystä hoitomotivaation antajana. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunta tarvitsee lisää tietoa dementiaista sekä asennekasvatusta.

POTILAALLE KUNNON TUTKIMUS

Alkavat dementiaapaukset pitäisi tutkia asianmukaisesti, jotta löydettäisiin parannettavat syyt. Hyvinkin iäkkäät potilaat pitäisi tutkia, sillä suurin osa dementia-potilaista on yli 75-vuotiaita. Kuntiin pitäisi luoda dementiayksiköitä, joiden tietotaitoa käytettäisiin hyväksi erityisesti kotihoitoa tukevilla lyhytaikaishoitoissa. Ne voisivat toimia myös kunnan dementia-neuvonta- ja tukipisteinä.

Dementia-potilaidenkin hoidossa on viime vuosina siirrytty paljon perinteisestä laitoshoidosta palveluasumiseen, jossa on mukana valvontaa. Oikein järjestettynä se on taloudellisempaa ja potilaankin kannalta se voi olla laitoshoidoa parempi vaihtoehto. Pääsääntönä pitäisi kuitenkin aina olla, että potilasta tuetaan kotona kaikin mahdollisin keinoin. Tutussa ympäristössä hän pystyy käyttämään jäljellä olevaa toimintakykyään maksimaalisesti.

Dementia-potilaiden laitoshoidon on kalista. Sen kokonaiskustannukset ovat noin kahdeksan miljardia markkaa vuodessa. Avohoito on paljon halvempaa. Panostamalla ennakkoluulottomasti dementoituneiden tukemiseen avohoidossa pitkäaikaislaitospaikkoja ei tarvitse lisätä lähivuosikymmeninä. Tämä vaatii kuitenkin kuntien päättäjiltä ja dementia-potilaiden kanssa toimivilta työntekijöiltä ajattelumallin muuttamista, avohoidon toimintatapojen uudistamista ja myös nykyistä suurempaa rahallista panostusta avohoidon. Viimeksi mainittu tulee kuitenkin moninkertaisesti takaisin laitoshoidon vähentymisenä. □

Raimo Sulkava, Kuopion yliopisto
(017) 162 920, raimo.sulkava@uku.fi

SELKÄLEIKKAUSTEN VAIKUTTAVUUTTA SELVITETÄÄN SUOMALAIS- TUTKIMUKSIN

Spinaalisten oosin ja välilevytyrjän leikkaushoidon vaikuttavuutta tutkitaan parhaillaan kahdessa koko maata kattavassa hoitokokeilussa, joissa selkätalaita satunnaistetaan leikkaushoitoon ja muuhun hoitoon. Koko maailmassa ei ole tehty yhtään vastaavaa vaikuttavuustutkimusta spinaalisten oosin leikkaushoidosta, ja välilevytyrjästäkin vain yksi ainoa. Koska hoidot ovat kalliita, nämä tutkimukset ovat kansantaloudellisestikin ajankohtaisia.

Iskias eli alaraajaan säteilevä selkäkipu on tuttu vaiva kolmasosalle suomalaisista. Yleensä syynä on alaselän välilevytyrjä, joka ärsyttää hermoja. Spinaalisten oosin eli selkäydinkanavan ahtauma on harvinaisempi selkäsairaus, joka alkaa vaivata yleensä vanhemmalla iällä. Sen oireita ovat alaraajoihin säteilevät kivut, puutumisen ja katkokävely. Vaikeimmat iskias- ja spinaalisten oosinpotilaat hoidetaan yleensä leikkauksella hyvin tuloksin. Leikkausten määrä on kasvanut. Suomessa leikataan vuosittain viitisen tuhatta välilevytyrjää ja lähes tuhat spinaalisten oosin. Leikkaustiheyksissä on jopa nelinkertaisia alueittaisia eroja. Tämä osoittaa, etteivät hoitokäytännöt ole kovin vakiintuneita.

LISÄÄ POTILAITA MAHTUU TUTKIMUKSEEN

Ongelman ja samalla tutkimusten kohderyhmän muodostavat sellaiset selkätalait, joilla leikkaus ja muut hoidot ovat yhtä hyvin perusteltavissa ja jotka näin ollen ovat satunnaistettavissa eri hoitoihin. Tutkimuksiin otetaan yhteensä 440 potilasta. Toistaiseksi heitä on kertynyt 87. Tähänastiset kokemukset osoittavat tutkimusten olevan hyvin toteutettavissa, mikäli riittävä rahoitus ja työn edellytykset osallistuvissa sairaaloissa voidaan turvata. Kahden vuoden seuranta saataneen päätökseen vuonna 2002. Hankkeissa ovat mukana kaikki yliopistolliset sairaalat eli Helsinki, Turku, Oulu, Tampere ja Kuopio. Pääkaupunkiseudulta mukana ovat lisäksi Jorvin ja Marian sairaalat sekä ORTON Invalidisäätiö. Terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö FinOHTA, Kansanterveyslaitos, Työterveyslaitos ja STAKES tukevat tutkimushankkeita. Spinaalisten oosin tutkimuksen koordinaatiokeskus on Kansanterveyslaitoksella.

Potilaalta osallistuminen edellyttää

aktiivista yhteistyötä sairaalan moniammatillisen selkärühmän kanssa. Siihen kuuluvat mm. lääkäri, sairaanhoitaja ja fysioterapeutti. Potilas hyötyy tasokkaasta hoidosta ja saumattomasta seurannasta sekä perusteellisista tutkimuksista, joita jatketaan ainakin kaksi vuotta.

Satunnaistetut hoitotutkimukset eivät voi toteutua ilman aitoa yhteistyötä ja laaja-alaista yhteisymmärrystä, joka kattaa terveydenhuollon, rahoittajat ja potilaat. Onko Suomi enää terveydenhuollon mallimaa, kysytään yhä useammin, kun lama on nakeranut julkisten palveluiden perusteita. Suomi näyttää kuitenkin olevan ainoa maa, missä selkäkirurgian hoitotutkimukset voidaan toteuttaa kunnolla. Tutkimusten toivotaan parantavan ja yhtenäistävän selkätalaitien hoitokäytäntöä, kehittävän moniammatillista lähestymistapaa selkäongelmiin ja viitoittavan tietä tasokkaille hoitotutkimuksille. □

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

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



HAARUKKAPALLOJA
FINRAVINTO 1997
-TUTKIMUKSESTA:

SUOLAA VOISI EDELLEEN VÄHENTÄÄ

Kevättalvella 1997 toteutetun suomalaisten aikuisten ravintotutkimuksen mukaan suolan saanti on suosituksi verrattuna runsasta. Suolan saanti on kyllä hiljalleen pienentynyt, mutta suosituksia on kiristetty.

Suomalaisten 25–64-vuotiaiden miesten natriumin saanti ravinnosta on keskimäärin 4 133 mg (445 mg/MJ) ja naisten 2 830 mg (426 mg/MJ). Natriumkloridiksi eli suolaksi laskettuna miesten saanti on 10,5 g (1,1 g/MJ) ja naisten 7,2 g (1,1 g/MJ). Todellisuudessa naisten suolan saanti on hieman suurempi, noin 8 g, koska naiset raportoivat vain n. 90 prosenttia energiansaannistaan. Sekä naisten että miesten suolan saanti on runsasta verrattuna suositukseseen, joka on 5 g/vrk tai 0,5 g/MJ. Suolan saannissa ei ole alueellisia eroja, mutta nuorten aikuisten (25–34-vuotiaat) ravinnon suolapitoisuus on pienempi kuin varttuneiden (55–64-vuotiaat).

Suolan tärkeimmät lähteet ovat ruoanvalmistuksessa käytetty suola, makkara ja muut lihavalmisteet sekä leipä. Kotona käytetyn suolan osuus on jatkuvasti pienentynyt, koska kodeissa valmistetaan vähemmän ruokaa ja vastaavasti suurtehtäissä valmistetun ruoan ja prosessoitu-

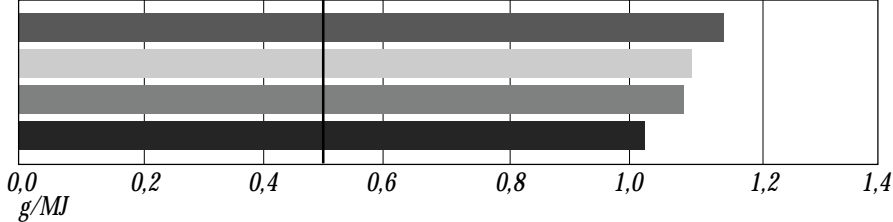
Suolan saanti (g/MJ, suositus 0,5 g/MJ)

Ikäryhmä ■ 25-34 ■ 35-44
 ■ 45-54 ■ 55-64

Miehet

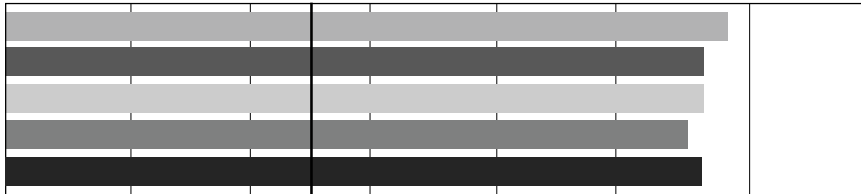


Naiset

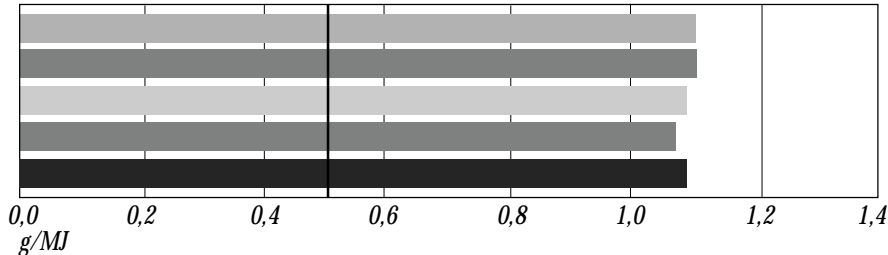


Alue ■ Helsinki-Vantaa ■ Turku-Loimaa ■ Kuopio
 ■ Pohjois-Karjala ■ Oulu

Miehet



Naiset



jen elintarvikkeiden kulutus on kasvanut. Aiemmin tehdyn arvion mukaan teollisesti valmistetuista elintarvikkeista saadaan noin 70 prosenttia suolasta, kotona ruoanvalmistuksessa ja leivonnassa käytetyn suolan osuus on noin 20 ja joukkoruokailun 10 prosenttia. Finravinto-tutkimuksen datasta ei valitettavasti ole mahdollista tulostaa suolan lähteitä suoraan tällä tasolla.

ULKOMAILTA
 VALITUKSIA
 SUOLATTOMUUDESTA

Vaikka suomalaisten suolan saanti onkin noin kaksinkertainen suosituksiin verrattuna, suomalaiset ovat silti edistyneitä. Suolan saanti on pienentynyt hiljalleen koko ajan ja moneen muuhun maahan verrattuna syömme aika vähä-

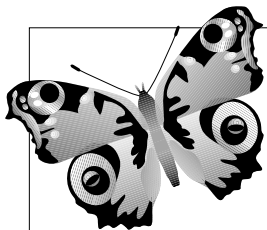
suolaista ruokaa. Tämän huomaa jokainen turisti matkustaessaan etenkin Keski- ja Etelä-Euroopan maissa. Elintarvikkeiden liikkuvuuden kasvaessa onkin tullu tilanteeseen, että Suomeen tuodaan erittäin suolaisia tuotteita ja omalle elintarviketeollisuudellemme on jo valitettu ulkomailta ostajien mielestä liian suolattomista tuotteista. Esimerkiksi Ranskasta tuotettujen paistovalmiiden patonkien suolapitoisuus saattaa olla jopa 1,7 prosenttia, kun oma lainsäädäntömme määrittelee 1,3 prosenttia normaalisuolaisen ylärajaksi, eivätkä omat leipomomme enää juurikaan tätä rajaa ylitä. Vähäsuolaisten eli korkeintaan 0,7 prosenttia suolaa sisältävien leipien, etenkin ruisleipien, kysyntä on meillä kasvussa. Samoin lihateollisuus on koko ajan hiljalleen pienentänyt lihavalmistusten suolapitoisuutta.

Suolan saannin suositus, 5 g päivässä, on epärealistisen tiukka. On hyvin vaikeaa päästä tälle tasolle, vaikka valitsisikin kaikki mahdolliset tuotteet vähäsuolaisina. Niinpä esimerkiksi Sydäntautiliitto pitää 7 g:n tavoitetasoa realistisena. Tästä suomalaiset eivät ole enää kovin kaukana. Vähäsuolaisten elintarvikkeiden valikoima kasvaa koko ajan samoin kuin ihmisten tietoisuus turhan suolaisen ruoan haitallisuudesta. Vaikka muu Eurooppa ei vielä ole havahtunut asian tärkeydestä, me olemme sen ymmärtäneet jo kauan sitten, ja kehitys jatkuu edelleen kaikkien hyväksi. □

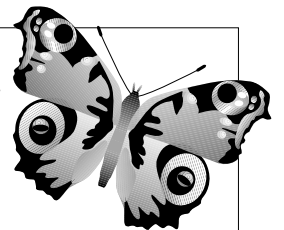
Pirjo Pietinen, KTL
 (09) 4744 8596, pirjo.pietinen@ktl.fi

Viite:
 Finravinto 1997 -tutkimuksen työryhmä.
 Finravinto 1997 -tutkimus.
 Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B8/1998.
 96s. 127 liitetaulukkoa, Helsinki 1998.

Finravinto 1997 -raportin tilaus:
 KTL, Kirjasto/Eija Lahtinen,
 puhelin (09) 4744 8498,
 faksi (09) 4744 8494
 tai sähköposti: eija.lahtinen@ktl.fi
 Hinta 108 mk (sis.alv.)
 ISBN 951-740-090-X
 ISSN 0359-3576



*Kansanterveys-lehden toimitus
 toivottaa lukijoilleen
 aurinkoista ja leppoisa
 kesäaikaa.*



Lehti ilmestyy
 seuraavan kerran syyskuussa.



ELLEN SIREN – SATA VUOTTA JA RISAT

Ellen Siren asuu kuten moni muukin reipas ikääntynyt Suomessa. Omakotitalo on rakennettu perisuomalaiseen tyyliin vähän sotien jälkeen. Kuistille nouseaan portaita, alakerrassa on olohuone, ruokahuone ja keittiö, yläkerrassa pari makuuhuonetta. Ellen Siren huolehtii talostaan itse, mitä nyt joskus kodinhoitaja käy auttamassa isompien asioiden kanssa. Onneksi sisarentyttären perheen kesäasunto on aivan lähellä, he voivat auttaa puutarhan hoidossa. Apu onkin tärkeää, muutama vuosi sitten Ellen Siren putosi omenapuusta, jota oli leikkaamassa ja katkaisi jalkansa. Ja nyt hirvittää nousta tikapuulle, jos vaikka rupeaisi uudestaan huippaamaan.

Ei Ellen Siren nyt kuitenkaan aivan tavallinen suomalainen mökin mummo ole. Tuota ikää kun on kertynyt jo sata ja risat. Viime kesänä vietettiin syntymäpäiviä, sukulaisia kävi ja Savonlinnan oopperajuhlilla oli näytöksen väliajalla yllättäen huomionosoitus, jossa katsojat ja esiintyjät yhdessä onnittelivat päivänsankaria laululla.

Kaikkia tuntuu kiinnostavan miksi, miten. Voisinko minäkin elää virkeänä vanhuksena satavuotiaaksi? Ja kannattaako se?

Tilastot kertovat että vanhojen ihmisten, jopa satavuotiaiden, määrä kasvaa nopeasti. Ilmeisesti viimeisten vuosikymmenien muutokset ruokavaliossa, erilaisille myrkyille altistuksen vähentyminen ja



ehkä kulttuurinen muutos, jossa vanhenevan henkilön omaan aktiviteettiin kiinnitetään paljon huomiota, on muuttamassa tilannetta. Mutta mikä osuus juontuu kaupempaa, lapsuudesta, nuoruudesta, työelämästä?

Ellen Siren on elänyt lapsuutensa ja nuoruutensa vuosisadan ensimmäisten kahdenkymmenen vuoden aikana. Tuolloin Suomessa olot vaihtelivat melkoisesti ilmeisestä hyvinvoinnista suorastaan nälkähäntään. Valmistuttuaan sairaanhoitajakoulusta hän hakeutui Tervakoskelle paperitehtaan sairaanhoitajaksi. Ensimmäisiä haasteita oli tulirokkoepidemia, jonka uhrin piti saada hoidetuksi samalla kun epidemian leviämistä oli yritettävä rajoittaa.

”Työtä olen aina tehnyt, se on ollut vaihtelevaa ja sitä on ollut paljon”, kertoo Ellen Siren. ”Sekä työhön että vapaa-aikaan on liittynyt paljon liikuntaa, se on varmasti ollut tärkeä tekijä ruumiinkunnan ylläpitäjänä”, hän jatkaa. Leskeksi jäätyään ja sittemmin eläkkeelle siirryttyään oman talon ja puutarhan hoito oli tärkeää, mutta myös kuuluminen paikkakunnan yhteisöön on ollut tärkeä motivoiva tekijä. Viimeksi mainittu voi vahvistaa vaikkapa satavuotissyntymäpäivien vieraslistasta. Tervehdyskäynnillä kävi niin entisiä työtovereita kuin niitäkin, joiden elämän tärkeissä käänteissä Ellen Siren oli ollut mukana sairaanhoitajan roolissaan. Myönteinen elämänasenne ja persoonallisuus ovat varmaan olleet ratkaisevia, kun Sirenin rooli omissa yhteisössään on muodostunut ja kehittynyt.

Omassa talossa asuminen korostaa itsemääräämisoikeutta, jonka säilyttäminen on myös vanhukselle tärkeää. Jouduttuaan talvella joksikin aikaa sairaalaan osastolla alettiin kysellä lähimältä omaiselta, sisarentyttareltä, mihin Sirenin voisi lähettää sairaalasta päästyä. Kysely meni väärään osoitteen. Ellen Siren ilmoitti painokkaasti menevänsä takaisin kotiinsa ja ilmoitti samalla, ettei ylimääräisiä kodinhoitajan palveluja tarvita, hän pärjää kuten tähänkin asti. Ja niin on myös pärjännyt. Ja on siitä hyvin tyytyväinen. Eikä unohda kertoa tätä muille. □

Pauli Leinikki, KTL
(09) 4744 8403, pauli.leinikki@ktl.fi

KANSANTERVEYSLAITOS
KTL 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.pekkanen@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, eija.kela@ktl.fi
EPIDEMIAKONSULTAATIOT
Puhelin (09) 4744 8234, 4744 8557

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

YMPÄRISTÖONGELMANEUVONTA
Puhelin (017) 201 325

ISSN 1236 - 973X
Painopaikka: Askon paino 6.99