

*”Aivot näyttävät oppivan
jo varhain kemialliset
oikotiet mielihyvään
ja voiton tunteeseen.”*

Jouko Lönnqvist



Kuva: Lehtikuva

- ”Psyykkiset oireet ovat usein edeltäneet päihteiden käyttöä, mutta ovat saattaneet jäädä huomioimatta, jos päihteiden käyttöön liittyvä oirekuva on vallitseva.” s. 6
- ”Varuskunnat ovat olleet Suomessa influenssan valvonnan etuvartioasemia. Niiden rinnalle tarvitaan myös siviiliväestön eri ikäryhmiä koskeva ja alueellisesti edustava anturikeskusjärjestelmä.” s. 8

TÄSSÄ NUMEROSSA:

- | | |
|--|---|
| 2 Pääkirjoitus: Huumetilanne helpottumassa, mutta haasteita riittää! | 12 Kolmevuotisen tupakoinnin ehkäisyohjelman vaikutukset Helsingin yläasteilla |
| 3 Suomalaisnuorten huumeiden käyttötrendit | 13 Elokuvien tupakointi tarttuu |
| 5 Päihteiden käyttö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö | 14 Tupakointi ja infektiot |
| 7 Huumeongelmat lieventymässä? | 15 Terveysneuvontatoiminta tartuntatautien vähentämisessä |
| 8 Influenssan valvontaverkosto laajenemassa varuskunnista siviiliväestöön | 18 Väitöskirjauutisia |
| | 18 Nuorten päihdehäiriöiden hoito -verkkojulkaisu |

Huumetilanne on helpottumassa, mutta haasteita riittää!

Huumeiden käyttö lisääntyi Suomessa merkittävästi 1990-luvulla. Suonensisäisten huumeiden käyttö toi mukanaan myös HIV- ja hepatiittuhan ja oli omiaan aktivoimaan myös terveydenhuoltosektoria. Pe-loista huolimatta Suomi on onneksi pysynyt eurooppalaisena syrjäkulmana, jonne huumeet eivät ole toistaiseksi rantautuneet samanlaisella voimalla kuin esimerkiksi Tanskaan, Hollantiin tai Sveitsiin.

Kuva: M. Hyyriäinen



Pääosa suomalaisesta huumeiden käytöstä on ollut tilapäistä kannabistuotteiden kokeilua. Tuoreimmat tiedot osoittavat lisäksi, että huumeongelmien määrä on ainakin tilapäisesti laantunut ja osin jopa kääntynyt selkeään laskuun. Viime vuoden aikana kannabista käyttäneitä aikuisia oli noin kolme prosenttia. Vaikka huumeita suonensisäisesti käyttävien määrä väestössä jää meillä selvästi alle yhden prosentin, ei kaikille heistäkään ikävä kylä ole pystytty eri syistä järjestämään asianmukaista arviota, vieroitusta, korvaus- tai ylläpitohoitoa eikä myöskään muuta hoitoa ja kuntoutusta. Huumeongelmien hoitoon on lähiaikoina valmistumassa Käypä Hoito -suositus, joka osoittaa näyttöön perustuvat hoidon keinot.

Huumeille altistuminen ja huume-kokeilut ovat välttämättömiä ja samalla vaarallisia välvaiheita siinä kehitysprosessissa, joka johtaa tilapäisestä kokeilusta riskikäyttöön ja joidenkin osalta lopulta huumeriippuvuuteen. Vaikka tiedämme, että huumeriippuvuus, niin kuin muukin päihderiippuvuus, kehittyy selvästi todennäköisemmin siihen geneettisesti altistuneilla ja haavoittuvilla henkilöillä, olisi naiivia ja vastuutonta selittää sitä vain perintötekijöillä. Yhtä yksinkertaistavaa on väittää, että huumeongelmat ovat seurausta huonosta seurasta. Huumeiden käyttöä määrittävät tekijät vaihtelevat maailmanpolitiikasta yksilöpsykologisiin tekijöihin asti. Silti on edelleen tärkeätä korostaa henkilökohtaisen vastuun merkitystä huume-kokeiluissa. Julkisuudessa ei tulisi tarjota huumeista väärin perustein kuvaa, jossa niiden käyttöön liittyvät riskit peittyvät seikkailun ja romantiikan taakse. Huumeriippuvuus on synnyttyään luonteeltaan aivosairaus. Huumeriippuvainen tarvitseekin tuekseen parhaan mahdollisen terveydenhuollon osaamisen.

Suomi on edistynyt huumeongelmien ehkäisyssä ja hoidossa viime vuosina merkittäväällä tavalla. Ongelma-

na on kuitenkin asianmukaisten hoitojen riittämättömyys. Matalan kynnyksen hoitojen aloittaminen vaatii hyvää lääketieteellistä osaamista, josta nyt on puutetta. Terveydenhuollossa vallitsee myös pelko huumehoitojen aloittamista kohtaan. Huumehoitot tulisikin saada ammatillisesti kiinnostavaksi alueeksi. Moniin osaamisen esteisiin kuten psykiatriseen samanaikaissairastavuuteen tulisikin juuri nyt puuttua. Terveydenhuollon henkilöstön negatiivisiin asenteisiin on osaltaan ollut vaikuttamassa myös se, että sinänsä onnistuneen buprenorfiinihoidon rinnalle on kehittynyt saman aineen väärinkäyttöä. Amfetamiinin ja muiden stimulanttien väärinkäyttö on ongelmana samaa suuruusluokkaa kuin opiaattien käyttö ja kuitenkin stimulanttien väärinkäytössä hyvistä hoitokeinoista on edelleen puutetta. Alun epäilyistä huolimatta huumeiden käyttäjien terveysneuvonta on onnistunut Suomessa neulojenvaihdon osalta erittäin hyvin, mikä osaltaan selittää myös HIV-infektioiden ja hepatiittitartuntojen vähäisyyden huumeiden käyttäjillä maassamme.

”Matalan kynnyksen hoitojen aloittaminen vaatii hyvää lääketieteellistä osaamista, josta nyt on puutetta.”

Edistysaskeleista huolimatta Suomessa on edelleen nuorten tupakka-, alkoholi- ja jossain määrin myös huumeongelma. Minkä tahansa keskushermostoon vaikuttavan päihteen, tupakka ja alkoholi mukaan lukien, varhain aloitettu käyttö lisää riskiä muidenkin päihteen myöhemmälle käytölle. Aivot näyttävät oppivan jo varhain kemialliset oikotiet mielihyvään ja voiton tunteeseen. Maaperä muuttuu päihderiippuvuuden synnylle otolliseksi silloin, kun vanhempien, sisarusten ja ystävien sosiaalinen tuki mutta myös myönteinen kontrolli muuttuvat liberaaliksi välinpitämättömyydeksi tai jopa päihdekäyttöä suosiviksi asenteiksi ja käyttäytymiseksi.

Huumeiden vastainen työ tarvitsee tuekseen kansalaisten yhteisvastuuta ja tervettä järkeä, eri viranomaisien hyvää yhteistyötä ja ongelmatilanteissa myös korkeatasoista terveydenhuollon osaamista. Kaikkea tätä, primaaripreventiosta hoitoon ja kuntoutukseen, on tehtävä voimavaroja tasapainoisesti jakaen. Nyt on edetty mallikkaasti jo usean vuoden ajan ja myönteisiä tuloksiakin on osoitettavissa. Tähän ei kuitenkaan tulisi tyytyä, sillä parempaankin kyllä kykenemme. ■

*Jouko Lönnqvist
tutkimusprofessori, osaston johtaja
KTL, mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto*

Suomalaisnuorten huumeiden käyttötrendit

Suomalaisnuoret käyttävät huumeita hieman vähemmän kuin eurooppalaiset nuoret. Lääkkeiden tai huumeiden ja alkoholin sekakäyttö on kuitenkin yleisempää kuin Euroopassa keskimäärin. Huumeekokeilujen määrä näyttäisi laskeneen 1990-luvun loppuun verrattuna, mutta ongelmakäyttäjien osuus on kasvanut.

Huumeiden kokeilu, käyttö ja haitat lisääntyivät koko maassa 1990-luvulla.

Vaikka huumeekokeilujen määrän kasvu näyttää hidastuneen vuosikymmenen vaihteessa, on ongelmakäyttäjien osuus lisääntynyt vuodesta 1999 (1). Vuonna 2002 arvioitiin joskus elämänsä aikana kannabista kokeilleiden suomalaisten (15–69-vuotiaat) osuudeksi 12 %. Viimeisen vuoden aikana kannabista kokeilleiden osuus tässä samassa ikäryhmässä oli noin 3 %. Huumeiden ongelmakäyttäjää koko väestössä (15–55-vuotiaat) arvioitiin olevan 0,6–0,8 % (1).

Etelä-Suomessa, etenkin pääkaupunkiseudulla, huumeiden käyttö ja kokeilut ovat huomattavasti yleisempiä kuin muualla maassa. Vuonna 2002 pääkaupunkiseudulla oli huumeita elinaikanaan kokeillut 18,3–26,1 % ja viimeisten 12 kuukauden aikana 3,3–6,8 % väestöstä. Nämä luvut ovat huomattavasti korkeampia kuin Itä-Suomessa, missä huumeita joskus kokeilleita oli 4,5–10,5 % ja viimeisten 12 kuukauden aikana kokeilleita 1,2–5,1 % tai Pohjois-Suomessa, missä vastaavat luvut ovat 4,3–10,2 % ja 0,0–2,1 % asukkaista.

Nuorten huumeiden käyttö

Huumeiden käyttäjät Suomessa ovat pääasiassa nuoria ja nuoria aikuisia. Vuonna 2002 noin neljäsosa 15–24-vuotiaista ilmoitti käyttäneensä kannabista joskus elinaikanaan, ja vajaassa 30 vuodessa (1968–1996)

varusmiesten kannabiksen käyttö on lähes kaksinkertaistunut 20 %:iin (2). Myös huumeiden tarjonta nuorille lisääntyi 1990-luvulla. Vuonna 1999 noin 25 %:lle pojista ja 17 %:lle tytöistä oli tarjottu huumeita (3).

Suomalaisnuorten huumeiden käyttötrendit eurooppalaisessa vertailussa

Kansainvälinen nuorten päihteiden käyttöä koskeva ESPAD-tutkimus (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) on julkaistu vuodesta 1995 alkaen neljän vuoden välein ja kattaa noin 30 Euroopan maata. Tutkimukseen vastanneista nuorista valtaosa oli 15–16-vuotiaita. Tutkimuksen päätaavoite oli kartoittaa alkoholin ja tupakan ohessa päihteiden käytön yleisyyttä nuorten keskuudessa sekä muutoksia päihteiden käytössä Euroopan maissa.

Suomessa vuonna 1995 kannabista oli joskus kokeillut noin 5 % nuorista, muissa ESPAD-maissa noin 12 % (4). Neljä vuotta myöhemmin 10 % suomalaisista nuorista oli kokeillut kannabista. Kannabiksen käytön yleistymisen (16 % vuonna 1999) näkyi myös koko ESPAD-aineistossa (5).

Vuonna 1995 yksi prosentti suomalaisnuorista oli kokeillut muuta kuin hasista tai kannabista, kun kaikkien ESPAD-maiden vastaava luku oli 4 %. Tuoreimmassa tutkimuksessa (2003) kannabista oli käyttänyt 11 % suomalaisnuorista. Vastaava luku koko aineistossa oli 21 %. Yleisin laiton huume kaikissa tutkimukseen osallistuneissa maissa oli kannabis. Muita huumeita käytti Suomessa noin 3 % verrattuna kaikkien maiden 6 %:iin (6).

Pohjoismaisessa vertailussa nuorten kannabiksen käyttö oli Suomessa yleisempää kuin Ruotsissa ja Norjassa, mutta huomattavasti harvinaisempaa kuin Tanskassa, missä poikien käyttö lähentelee 30 % (taulukko 1) (6).

Alkoholin käyttö on vähentynyt huumausaineiden käyttäjillä 2000-luvulla. Nuorista huumeiden käyttäjästä valtaosa on kuitenkin aloittanut ”laillisilla” päihteillä, tupakalla ja alkoholilla (7). Sekakäytön, kuten alkoholin ja lääkkeiden käytön, yleisyys Suomessa on kuitenkin huolestuttavaa. Käyttö on myös pysynyt samankaltaisena 1990-luvulta saakka (1). Lääkkeiden käyttäminen päihtymystarkoituksessa ikäryhmässä 15–69-vuotiaat oli 7 % elinaikana ja 3 % kuluneen vuoden aikana. Tämä ilmenee myös ESPAD-vertailusta, jossa alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttö oli suomalaisilla nuorilla selvästi yleisempää (17 %) kuin kaikilla ESPAD-maiden nuorilla (9 %). Myös vuonna 1999 lääkkeiden ja alkoholin sekakäyttö oli Suomessa tavallisempaa kuin muissa ESPAD-maissa (13 % ▶

Maa	Kannabis		Amfetamiini		LSD		Ekstaasi	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
Suomi	11	11	1	1	1	1	1	2
Ruotsi	9	6	1	1	2	1	2	1
Norja	3	9	2	2	1	1	2	1
Tanska	27	18	5	3	1	1	3	2
Islanti	14	11	5	5	2	1	2	3

Taulukko 1. Poikien ja tyttöjen (keski-ikä 15,8 vuotta) elinaikaiset huumeekokeilut vuonna 2002 pohjoismaisessa vertailussa (%).

Teema: Huumeet

vs. 8 %). Vastaavat luvut vuodelta 2003 ovat 12 % vs. 7 %.

Nuorten mielenterveystutkimus Tampereella ja Vantaalla

Peruskoulun 9-luokkalaiset Tampereella ja Vantaalla osallistuivat nuorten mielenterveystutkimukseen vuosina 2002–2003 (8). Tässä tuoreessa tutkimuksessa kartoitettiin nuorten mielenterveyden ongelmien ohella myös päihteiden käyttöä, kuten alkoholin ja huumeiden kokeilua sekä säännöllistä käyttöä. Kaupunkien välillä oli selviä eroja. Esimerkiksi hasista useammin kuin viisi kertaa käyttä-

neiden poikien osuus oli Vantaalla 5,4 % ja Tampereella 3,5 %, tytöillä vastaavasti Vantaalla 4,4 % ja Tampereella 2,9 %. Koviin huumeiden käytössä ei kuitenkaan ollut merkittäviä eroja. Pojista noin 1 % molemmissa kaupungeissa oli käyttänyt kovia huumeita 5 kertaa tai useammin. Yllättävä havainto oli, että vantaalaisiin tyttöihin verrattuna tamperelaisista tytöistä kaksinkertainen osuus (Tampere 0,6 %, Vantaa 0,3 %) oli käyttänyt kovia huumeita yli viisi kertaa. Viimeisen kuukauden aikana huumaavia aineita (hasista, tinneriä, amfetamiinia, ekstaasia, heroiniä, kokaiinia, LSD:tä ja/tai alkoholia ja

pillereitä yhdessä) oli käyttänyt ainakin kerran 20 % vastaajista ja yli 5 kertaa 2,4 %. Impkaus oli pojilla yleisempää kuin tytöillä, joilla alkoholin ja pillereiden samanaikainen käyttö oli tavallisempaa. Myös pelkkien lääkkeiden käyttö oli yleisempää tyttöjen keskuudessa. Tulokset esitetään taulukossa 2. ■

*Bettina von der Pahlen, tutkija
Mauri Marttunen, tutkimusprofessori
KTL, mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto*

Kirjallisuus

1 Stakes. *Terveystrendit 2004*. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

2 Poikolainen. *Huumeet Suomessa: esiintyvyys ja kustannukset. Duodecim* 1998;114:2103.

3 Rimpelä A, Vikat A, Rimpelä M, Lintonen T, Ahlström S, Huhtala H. *Nuorten terveystapatutkimus 1999. Tupakoinnin ja päihteiden käytön muutokset*. Helsinki: Stakes, *Aiheita* 18/1999.

4 Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Kokkevi A, Morgan M, Narusk A. *The ESPAD report 1995. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries*. Stockholm: Modintryckoffset AB, 2000.

5 Hibell B, Andersson B, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Morgan M. *The ESPAD report 1999. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. Stockholm: Modintryckoffset AB, 2000.

6 Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi A, Morgan M. *The ESPAD report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm: Modintryckoffset AB, 2004.

7 Kandel DB, Yamaguchi K. From beer to crack: Developmental patterns of drug involvement. *Am J Public Health* 1993; 83: 851–5.

8 Fröjd S, Charpentier P, Luukkaala T, Pelkonen M, Ranta K, Ritakallio M, von der Pahlen B, Marttunen M, Kaltiala-Heino R. *9-luokkalaisten mielenterveys Tampereella ja Vantaalla. Perusraaportti*. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja /2004.

	Tampere		Vantaa	
	Pojat (n=783)	Tytöt (n=700)	Pojat (n=886)	Tytöt (n=909)
Käyttänyt hasista				
Ei koskaan	87,9	88,9	85,7	86,6
Kerran	4,3	5,4	5,2	4,8
2–4 krt	4,3	2,9	3,6	4,2
Yli 5 krt	3,5	2,9	5,4	4,4
Impannut humaltumistarkoituksessa				
Ei koskaan	93,0	95,4	91,7	94,8
Kerran	3,4	3,0	4,1	2,9
2–4 krt	2,0	1,1	2,2	1,7
Yli 5 krt	1,5	0,4	2,0	0,7
Käyttänyt alkoholia ja pillereitä samanaikaisesti				
Ei koskaan	95,1	84,4	93,5	86,1
Kerran	3,1	9,7	3,6	7,1
2–4 krt	1,4	4,4	1,2	5,1
Yli 5 krt	0,4	1,4	1,6	1,8
Käyttänyt lääkkeitä humaltumistarkoituksessa				
Ei koskaan	95,4	92,1	95,0	92,9
Kerran	2,8	4,7	2,5	3,8
2–4 krt	1,0	1,6	0,9	2,2
Yli 5 krt	0,8	1,6	1,6	1,1
Käyttänyt kovia huumeita				
Ei koskaan	98,3	95,9	96,5	96,5
Kerran	0,8	3,4	1,5	1,9
2–4 krt	0,5	0,1	0,6	1,3
Yli 5 krt				

Taulukko 2. Poikien ja tyttöjen huumeiden käyttö Tampereella ja Vantaalla (%).

Päihteiden käyttö ja muu samanaikainen mielenterveyden häiriö

Psykiatrisissa häiriöissä käytetään nykyisin joko ICD-10- tai DSM-IV-järjestelmien mukaisia diagnostisia kriteereitä. Muiden kuin päihteisiin liittyvien häiriöiden kriteereissä on usein lisäys: häiriö ei johdu päihteen suorasta vaikutuksesta. Tällä pyritään välttämään virheitä diagnostiikassa ja hoidossa ja tunnistamaan päihteiden käytön aiheuttamat erilliset kliiniset oirekuvat. Tästä huolimatta päihderiippuvuuden ja muun mielenterveyden häiriön samanaikainen esiintyminen on tavanomaisempaa kuin aikaisemmin on arvioitu, ja tulevaisuudessa tuleekin varautua paremmin tämän potilasryhmän hoitoon.

Todentamalla alkoholin käyttö puhallustestillä tai huumausaineiden käyttö pikatestillä saadaan näyttö siitä, että päihteen käyttö on mukana potilaan senhetkisen kliinisen oirekuvan synnyssä. Käytön todentaminen ei vielä tarkoita, että häiriö olisi yksin päihteen käytön aiheuttama, vaan ainoastaan että se komplisoi kliinistä kuvaa ja psykiatrista diagnostiikkaa.

Erotusdiagnostinen pohdinta on aina tarpeen, koska nykykäsityksen mukaan päihdestä riippumattoman mielenterveyden häiriön esiintymisen samanaikaisesti päihteen käytön kanssa (samanaikaissairaus, kaksoisdiagnoosi) on aiemmin oletettua tavallisempaa. Päihteen käytön tai vieroitusoireyhtymän aikana voidaan asettaa päihteen aiheuttaman muun häiriön diagnoosi, jos psykiatriset oireet ovat kestoaltaan tai voimak-

kuudeltaan sellaisia, että ne vaativat erikseen kliinistä huomiota. Taulukossa 1 on esitetty päihteiden aiheuttamat psyykkiset oirekuvat päihtymystilan (P) tai vieroitusoireyhtymän (V) aikana.

DSM-IV:n mukaan erillinen psykiatrisen häiriön diagnoosi voidaan asettaa päihteen käytön tai vieroitusoireyhtymän aikana, jos esimerkiksi masennustilan oirekuva on esiintynyt erillisenä häiriönä jo ennen päihteen käytön aloittamista tai jatkuu päihteen käytön lopettamisen jälkeen yli neljän viikon ajan. Tällöin kyseessä on kahden tai useamman häiriön diagnoosi, joista ainakin toinen liittyy päihteiden käyttöön.

Kliinisissä päihderiippuvuuden esiintyvyyttä tarkastelevissa tutkimuksissa persoonallisuushäiriö (50 %) on ollut yleisimmin esiintyvä muu mielenterveyden häiriö. Näistä tavallisin on ollut epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö. ▶

OIREKUVA					
PÄIHDE	Ahdistuneisuushäiriö	Mielialahäiriö	Psykoottinen häiriö	Unihäiriö	Sukupuolinen toimintahäiriö
Alkoholi	P+V	P+V	P+V	P+V	P
Amfetamiini	P	P+V	P	P+V	P
Kofeiini	P			P	
Kannabis	P		P		
Kokaiini	P+V	P+V	P	P+V	P
Hallusinogeenit	P	P	P*		
Inhalantit	P	P	P		
Nikotiini					
Opioidit		P	P	P+V	P
Fensyklidiini	P	P	P		
Rauhoitteet ja unilääkkeet	V	P+V	P+V	P+V	P

* Sisältää myös hallusinogeenien aiheuttaman pysyvän havaitsemisen häiriön (flashback).

Taulukko 1. Päihteiden aiheuttamat psykiatriset oirekuvat päihtymystilan (P) tai vieroitusvaiheen (V) aikana.

Yleisyysjärjestyksessä seuraavana ovat olleet mielialahäiriöt, erityisesti masennustila (20 %) ja psykoottiset häiriöt (15 %). Toisaalta arvioidaan, että Euroopassa psykiatrisista potilaista noin 30–50 %:lla on mielen-terveyden häiriön lisäksi päihdeongelma (alkoholi, rauhoittavat lääkkeet, kannabis). Päihdeongelman takia hoitoon hakeutuvilla esiintyy melko usein samaan aikaan masennus- ja ahdistuneisuushäiriöitä, psykoottisia häiriöitä ja persoonallisuushäiriöitä.

Monipäihdekäyttö, erityisesti bentsodiatsepiinien käyttö huumaussaineiden kanssa, viittaa usein myös muun samanaikaisen mielen-terveyden häiriön olemassaoloon. Psykkiset oireet ovat usein edeltäneet päihdeiden käyttöä, mutta ovat saattaneet jäädä huomioimatta, jos päihdeiden käyttöön liittyvä oirekuva on ollut vallitseva. Samanaikais-sairauksien luotettava toteaminen on vaikeaa, koska monet hoidon alussa esillä olevat oireet voivat aiheutua joko päihteen käytöstä tai erillisestä muusta mielen-terveyden häiriöstä. Huumaussaineisiin liittyvien ja samanaikaisten muiden mielen-terveyden häiriöiden esiintyvyyttä on selvitetty Suomessa tutkimalla sairaalahoitojaksoja vuosina 1987–2002. Selvityksessä todettiin, että tämän potilasryhmän osuus on lisääntynyt ja että palvelujärjestelmän tulisikin jatkossa varautua paremmin kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon.

Hoitotoimenpiteet tulee valita käytettävissä olevan tiedon perusteella niin, että annettu hoito olisi todennäköisimmin vaikuttavaa. Hyksin päihdepsykiatrian yksikössä tarjotaan kaksoisdiagnoosipotilaille integroitua hoitoa, jossa esim. skitsofrenian hoidon lähtökohtana on Käypä hoito -suositus. Saman-

aikaisesti skitsofrenian hoidon kanssa kaksoisdiagnoosipotilaat saavat asianmukaista hoitoa myös päihderiippuvuuteen. Hyvää hoitovastetta ei välttämättä kuitenkaan aina saada, vaikka toimittaisiin saatavilla olevien hoitosuosituksen mukaisesti. Cochrane-katsaus arvioi peräkkäistä, rinnakkaista ja integroitua hoitomallia (taulukko 2), mutta tuloksen perusteella mikään tutkimusta hoito-ohjelmista ei osoittanut muita selvästi paremmaksi hoidettaessa potilaita, joilla vakavaa mielen-terveyden häiriötä komplisoi päihdeiden käyttö. Psykiatriassa tarvitaan kiireellisesti klinistä tutkimusta nimenomaan kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidosta. ■

*Saija Turtiainen, farmakologi
Kimmo Kuoppasalmi, ylilääkäri
KTL, mielen-terveyden ja alkoholitutkimuksen osasto*

Kirjallisuutta

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, International version.* Washington DC: American Psychiatric Association, 1995.

Jeffery DP, Ley A, McLaren S, Siegfried N. *Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse.* The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2000.

Lönnqvist J, ym. (toim.). *Psykiatria. 2 painos.* Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 2001.

Pirkola S, Wahlbeck K. Huumaussaineisiin liittyvien ja samanaikaisten muiden mielen-terveyshäiriöiden takia toteutuneet sairaalahoitot 1987–2002. *Suom Lääkäril 2004;59: 1673–7.*

Stakes. *Tautiluokitus- ICD 10. Suomalainen laitos, systemaattinen osa.* Stakes 1995.

Suomen Psykiatriyhdistys. *DSM-IV – diagnostiset kriteerit.* Orion Yhtymä Oy, Finnreklama Oy, 1997

- Peräkkäinen tai sarjoittainen hoito, jossa mielen-terveyden häiriöt ja päihdeiden käyttöön liittyvät häiriöt hoidetaan peräkkäin ja palvelujen välillä on vain vähän yhteydenpitoa.
- Rinnakkainen hoito, jossa päihdeiden käyttöön liittyvän häiriön ja mielen-terveyden häiriön hoito aloitetaan samanaikaisesti mutta erillisinä (esim. mielen-terveystoimisto ja A-klinikka).
- Integroitu eli kokonaisvaltainen hoito, jossa sama henkilökunta vastaa kummankin häiriön hoidosta.

Taulukko 2. Päihdeiden käytön ja samanaikaisen muun mielen-terveyden häiriön huomioivat hoitomuodot.

Teema: Huumeet

Huumeiden käyttö ja haitat lisääntyivät Suomessa selvästi 1990-luvulla ja vuosituhaten vaihteessa. Viime vuosina mm. AVTK-tutkimuksissa on kuitenkin saatu tuloksia, jotka voivat viitata huumeitilanteen paranemiseen. Samaan aikaan suomalaisten asennoituminen huumeisiin on lieventynyt.

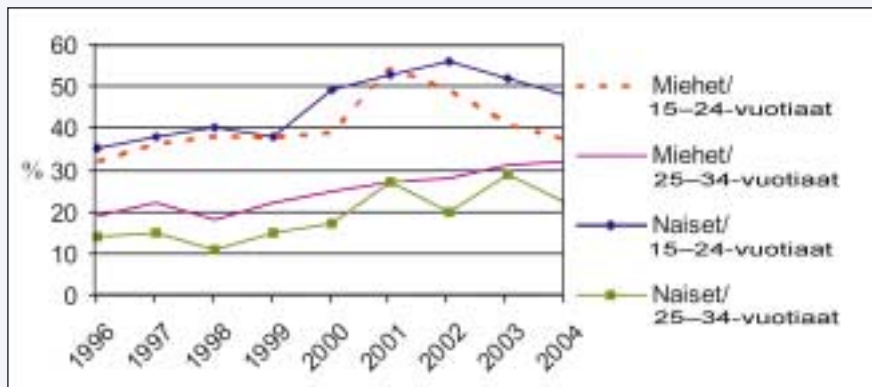
Aikuisväestön terveyskäyttäytymistutkimuksessa (AVTK) selvitettiin suomalaisten huumekontakteja ensimmäisen kerran vuonna 1996. Silloin 35 % 15–24-vuotiaista naisista ja 32 % samankäisistä miehistä ilmoitti tietävänsä tuttaviansa joukossa vähintään yhden huumeita viimeksi kuluneen vuoden aikana kokeilleen henkilön. Viitisen vuotta myöhemmin tämän ikäryhmän luvut olivat nousseet naisilla 56 %:iin (vuonna 2002) ja miehillä 54 %:iin (vuonna 2001). Myös 25–34-vuotiaiden ikäryhmässä kokeilijoita tietävien osuus suureni samaan aikaan selvästi. (ks. *kuvio 1.*)

Huumeiden ”läsnäolon” yleisty- miseen erityisesti 15–24-vuotiaiden tuttavapiireissä viittasivat myös vastaukset kysymykseen, jolla AVTK-tutkimuksissa on kartoitettu huumeiden tarjontaa. Tässä ikäryhmässä niiden vastaajien osuus, joille viimeksi kuluneen vuoden aikana oli tarjottu huumeita, kohosi vuosituhaten taitteen tienoilla muutamassa vuodessa naisten keskuudessa 13 %:sta 22 %:iin ja miesten keskuudessa 20 %:sta 25 %:iin.

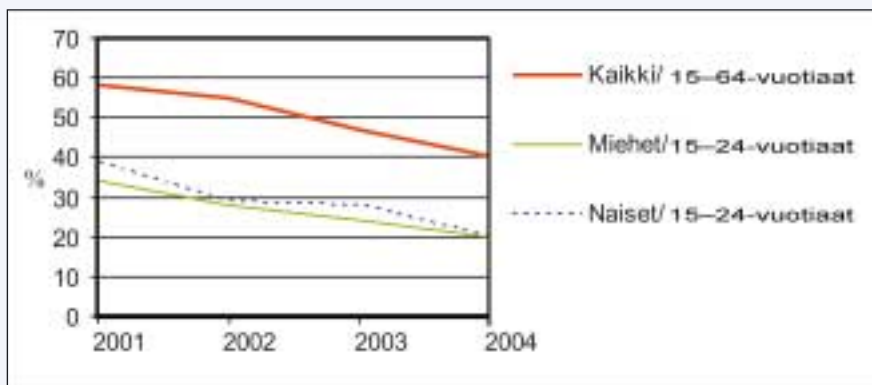
Vastaavia havaintoja välittyi 1990-luvulla ja 2000-luvun alussa julkisuuteen monesta muustakin lähteestä. Tutkimusten, viranomaisrekisterien, päihdetyön järjestöjen ja monien dramaattisten yksittäistapausten viestit olivat yhdenmukaisia: huumeiden käyttö ja haitat olivat nousseet Suomessa uudelle tasolle erityisesti 1970- ja 80-luvuilla syntyneiden keskuudessa. Useimmiten kyse oli kannabiksen kokeilusta, mutta myös kovien huumeiden ongelmakäyttäjien määrän arvioitiin kasvaneen selvästi.

Kehitykseen reagoitiin voimakkaasti. Vuoden 2001 AVTK-tutki-

Huumeongelma lieventymässä?



Kuva 1. Huumeita kokeilleita tuttavien osuus 15-24- ja 25-34-vuotiaiden keskuudessa vuosina 1996-2004.



Kuva 2. Huumausaineiden käyttöä erittäin vakavana ongelmana pitävien osuudet vuosina 2001-2004.

muksessa 90 % vastaajista oli sitä mieltä, että huumeiden käyttö on vakava ongelma Suomessa, 58 % piti sitä jopa erittäin vakavana (ks. kuvio 2) ja 88 % arvioi käytön edelleen yleistyvän. Suuresta huumehuolesta kertoivat myös monien muiden mielipidemittausten tulokset (ks. esim. Hakkarainen ja Metso, Yhteiskuntapolitiikka 1/2004).

Huoli tuli esiin mm. huumeiden käytön ja kokeilun riskien arvioinnissa, turvattomuuden (esim. väkivallan pelko) kokemuksissa ja tiukkaa huumekontrollia tukeneissa kannanotoissa. Outojen pähteiden käytön ja haittojen yleistymisen oli säikäyttänyt suomalaiset.

Käännekohtadassa?

Aivan viime vuosina tutkimusten ja rekisterien antama kuva Suomen huumeilanteen kehitykses-

tä on muuttunut. Huumeiden käyttöä selvittäneissä kyselytutkimuksissa on saatu tuloksia, jotka viittaavat käytön kasvun pysähtymiseen. Ongelmakäyttäjien määrän arvioidaan 1990-luvun huumeaallon seurauksena edelleen kasvaneen, mutta yksittäisiä huumehaittoja – kuolemantapauksia, sairastavuutta, tartuntatauteja, rikollisuutta – kuvaavat luvut ovat pienentyneet.

Käänne on näkynyt myös AVTK-tutkimusten vastauksissa vuosina 2001-2004. Niiden osuus, jotka sanovat tietävänsä vähintään yhden huumeita viimeksi kuluneen vuoden aikana kokeilleen, on yleisesti pienentynyt. 15-24-vuotiaiden miesten ikäryhmässä alenema on ollut 17 prosenttiyksikköä 54 %:sta 37 %:iin ja naisten vastaavassa ikäryhmässä 8 prosenttiyksikköä 56 %:sta 48 %:iin (ks. kuvio 1). Myös huumeetarjontaa kartoittanut kysymys on tuonut vähenemistrendin selvimmän esiin 15-24-vuotiaiden mies-

ten keskuudessa, jossa huumeetarjontaa saaneiden osuus on pudonnut 25 %:sta (2001) 17 %:iin (2004).

Samaan aikaan tämän käänteen kanssa suomalaisten huoli huumeista on jossain määrin lieventynyt. Huumeiden käytön erittäin vakavaksi ongelmaksi arvioivien osuus on vuosina 2001-2004 pudonnut 58 %:sta 40 %:iin ja käyttöä ei kovin vakavana muttei lievänäkään ongelmana pitävien osuus kaksinkertaistunut 8 %:sta 17 %:iin. Samaan tapaan ovat muuttuneet myös arviot käytön tulevasta kehityksestä: käytön lisääntymistä ennakoivien osuus on pudonnut 88 %:sta 72 %:iin ja käyttötason vakautta ennakoivien osuus noussut 11 %:sta 27 %:iin.

Kaikkein suurimmat nämä muutokset ovat olleet 15-24-vuotiaiden ikäryhmässä (ks. kuvio 2). Muutosten suuruutta ei tule kuitenkaan liioitella. 15-24-vuotiaistakin yli puolet pitää huumeiden käyttöä vakavana ongelmana ja arvioi käytön jatkossakin enenevän. Koko väestön keskuudessa huumeiden käytön lieväksi tai olemattomaksi ongelmaksi arvioivien ja käytön vähenemistä ennakoivien osuudet ovat edelleen erittäin pienet.

AVTK-tutkimusten viime vuosien tulokset kuvannevat lähinnä sitä, että huumeiden käytön ja haittojen nopean lisääntymisen synnyttämä pahin säikähdys on menossa ohi ja että tämä kehitys on pisimmällä siellä (nuorissa ikäryhmissä, isoissa kaupungeissa), missä huumeita ja niiden haittoja on kauimmin ja yleisimmin esiintynyt. Joissakin muissa maissa todettua huumeiden, erityisesti kannabiksen, käytön kulttuurista hyväksymistä nämä muutokset suomalaisten mielipiteissä ja arvioissa eivät merkitse. ■

Matti Piispa, tutkija
Piia Jallinoja, erikoistutkija
Satu Helakorpi, tutkija
KTL, epidemiologian ja terveyden edistämisen osasto

Kirjallisuutta

Piispa, M., Jallinoja, P., Helakorpi, S., Uutela, A. Huumekontaktit, huumeilmiöt, huume-kampanja. Tutkimus aikuisista suomalaisista vuonna 2004. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B1/2005.

Influenssan valvontaverkosto laajenemassa varuskunnista siviiliväestöön

Varuskunnat ovat olleet Suomessa influenssan valvonnan etuvartioasemia yli 30 vuoden ajan. Rinnalle tarvitaan siviiliväestöä koskeva anturikeskusjärjestelmä. Sen hyödyllisyys todettiin myös vuoden 2005 pilottihankkeessa. Talven 2004/05 epidemiat jäivät tavanomaista pienemmiksi. Syksyn 2004 rokotteenkin voidaan olla tyytyväisiä.

Viime vuoden helmikuussa, influenssaepidemian huipun ollessa Suomessa jo takanapäin, kahden varuskunnan potilasnäytteistä eristettiin kauden muista A-tyyppin influenssaviruksista poikkeavaa muunnosta. Myös eräät muut Maailman terveysjärjestön (WHO) yli sadasta influenssalaboratoriosta ilmoittivat löytäneensä samoja viruksia. Molekyyliarakenteen muutokset viittasivat siihen, että kyseessä saattoi olla seuraavan talven epidemian aiheuttava virus (1).

Kun tällaisia ”pioneeriviruksia” ilmaantuu, WHO päätyy usein suosittelemaan muutoksia influenssarokotteen viruskantoihin. Muutos on tarpeen rokotteen suojatehon säilyttämiseksi. Syksyn 2004 rokotteen muuttamiseen aika ei riittänyt. Muutos koski vasta vuoden 2005 alussa eteläisellä pallonpuoliskolla käyttöön tullutta rokotetta, jossa uutta virusmuunnosta edusti A/Wellington/1/2004-virus.

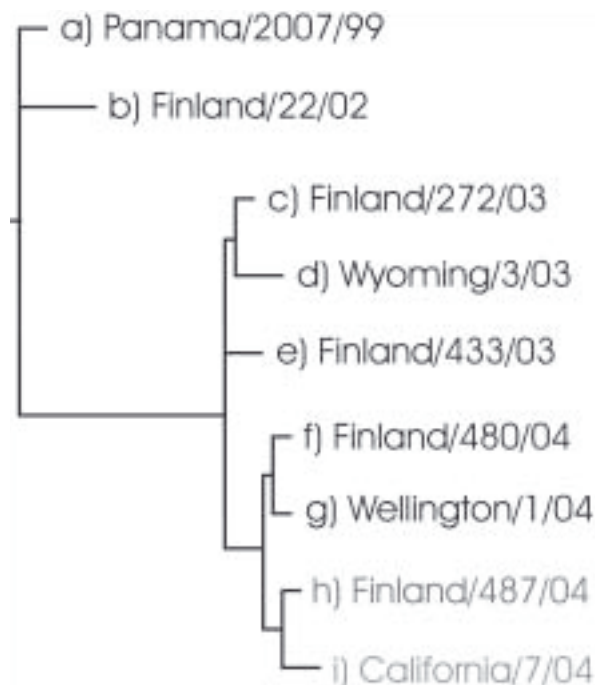
Ensimmäiset epidemiakauden 2004/2005 Wellington-tyyppiset virukset Euroopassa löytyivät syyskuun alussa Norjasta ja loka-marraskuun taitteessa Mikkelistä. Tammi-kuussa epidemia alkoi voimistua Etelä-Euroopassa ja kehittyi Espanjassa, Portugalissa ja Italiassa voimakkaammaksi kuin edellisellä talvena. Suomessa ensimmäiset paikalliset Wellington-epidemiat puhkesivat varuskunnissa jo tammi-kuussa, jolloin niitä osoitettiin viideltä paikkakunnalta Helsingistä Rovaniemelle. Vasta helmikuun lo-

pulla ja maaliskuussa, jolloin varuskunnat olivat jo lähes päässeet influenssasta, virologisesti varmistetut influenssatapaukset alkoivat selvemmin lisääntyä siviiliväestössä. Wellington-viruksen lisäksi Kansanterveyslaitoksessa tunnistettiin kah- ta muuta influenssavirusta. Toinen vastasi Uudesta Kaledoniasta 1999 eristettyä virusta (A/New Caledonia/20/99) ja toinen Shanghain luoteispuolella 2003 eristettyä virusta (B/Jiangsu/10/2003). Molemmat ovat suomalaiselle väestölle tuttuja aiemmilta vuosilta. Väestön immu- niteetti esti niiden leviämistä isoiksi epidemioiksi. Maaliskuun lopulla näytti siltä, että talven influenssaepi- demiat jäisivät kaikissa pohjoismais- sa keskimääräistä pienemmiksi.

Miksi verkostoa on laajennettava?

Varuskunnat ovat olleet Suomessa influenssan valvonnan etuvartio- asemia yli 30 vuoden ajan. Viikon- loppulomilta palaavien varusmiesten mukana virus päätyy varuskuntaan helposti silloinkin, kun tautia esiin- tyy väestössä vain harvakseltaan. Varuskunnan porttien sisällä tau- ti lehahtaa epidemiaksi nopeasti. Yksinomaisesti influenssan valvon- tatyökaluksi varuskunnista ei ole.

jatkuu sivulla 11



Kuva 1. Viimeaikaisten influenssa A(H3N2) -virusten sukulaisuus (HA1-geeni). Vaakasuorien janojen pituus on suhteessa mutaatioiden kertymisiin: a) syksyn 2003 rokotevirus, b) talven 2001/02 valtavirus, c) talven 2002/03 virus, d) syksyn 2004 rokotevirus, e) talven 2003/04 valtavirus, f) talven 2003/04 virusmuunnos, seuraavan talven valtavirusta ennustanut ”pioneerivirus”, g) eteläisen pallonpuoliskon rokotevirus 2005, h) talven 2004/05 valtavirus, i) syksyn 2005 rokotevirus.

Tartuntatilanne Suomessa – raportoidut mikrobilöydökset

Hengitystiepatogeenit

Influenssaepidemia on alkuvuonna voimistunut Suomessa. Tammikuussa ilmoitettiin 43 influenssa A -tapauksia, helmikuussa 195 ja maaliskuussa toistaiseksi jo 528. Epidemian huippu ajoittuu tänä vuonna tavanomaisista myöhemmäksi, samantyyppinen tilanne oli viimeksi kolme vuotta sitten (kuva 1). Influenssa B -tapauksia todettiin tammikuussa 4 ja helmikuussa 7, maaliskuussa alustavasti 35. RSV-infektion suhteen tilanne on rauhallinen: tapauksia on alkuvuonna kuukausittain ilmoitettu 16–50, kun viime vuonna tammi- ja helmikuussa tapauksia oli molempina lähes 600 ja maaliskuussakin yli 200.

Hinkuuskätkätapauksia on syyskuusta 2004 lähtien ilmoitettu kuukausittain 80–110. Mykoplasmaa esiintyy jo vähemmän: marras-tammikuussa tapauksia todettiin noin 200/kk, helmikuussa 152 ja maaliskuussa toistaiseksi 123.

Suolistopatogeenit

Parin rauhallisen vuoden jälkeen norovirus-epidemioita on esiintynyt runsaasti. Epidemioita on havaittu mm. sairaaloissa ja hoitokodeissa, monissa näistä sairastuneita on ollut useita kymmeniä. Tartuntatauti-epidemiologiaan tapauksia on kertynyt tammikuussa 62 ja helmikuussa 59, maaliskuussa ilmoituksia on alustavasti 66. Myös rotavirustapauksia on tyypillisesti ilmoitettu syksyä enemmän: tammikuussa 62, helmikuussa 102 ja maaliskuussa jo 238.

Salmonellainfektioita ilmoitettiin alkuvuonna tavanomaiset määrät: tammikuussa 206, helmikuussa 159 ja maaliskuussa toistaiseksi 118 tapauksia. Tammikuussa löytyi myös yksi *S. paratyphi* -tapaus, samoin

maaliskuussa. Helmikuussa todettiin kolme *S. typhi* -tapauksia ja maaliskuussa yksi. Heistä kolme oli matkailutapauksia ja yksi Pakistanissa, kaksi tartunnan saaneista on lapsia.

Hepatiittipatogeenit

Hepatiittitilanteessa ei ole tapahtunut muutoksia. Akuutteja B-hepatiittitapauksia raportoitiin tammikuussa 23, helmikuussa 16 ja maaliskuussa tähän mennessä 22. A-hepatiitteja on löytynyt tammikuussa yhteensä 6. C-hepatiittitapauksia ilmoitettiin tammikuussa 96, helmikuussa 91 ja maaliskuussa alustavasti 80. Harvinaista E-hepatiittia on löytynyt sekä tammi- että maaliskuussa 2 tapauksia.

Sukupuolitaudit

Sukupuolitautilien ilmaantuvuus on pysynyt tasaisena: uusia klamydiatartuntoja ilmoitettiin tammikuussa 1 094 ja helmikuussa 954. Maaliskuulle ilmoituksia on kertynyt tähän mennessä 856. Syfilis- ja gonokokkitartuntojen määrät ovat niin ikään olleet alkuvuonna tavanomaisella tasolla.

Resistentit bakteerit

Metisilliiniresistenttejä *Staphylococcus aureus* (MRSA) -löydöksiä on todettu helmikuussa 111; tämä on linjassa edellisten kuukausien tilanteen kanssa. Maaliskuussa ilmoitettuja löydöksiä on toistaiseksi 65. Vankomysiiniresistentin enterokokin (VRE) suhteen tilanne oli koko vuoden 2004 rauhallinen; tapauksia esiintyi kuukausittain 0–4. Tammi- ja maaliskuussa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiristä on löydetty kaikkiaan 41 tapauksia, jotka on KTL sairaalabakteriologian laboratorio-

sa varmistettu VRE:ksi. Kannat ovat yhtä poikkeusta lukuun ottamatta tyypisiä vanB, epidemiakantoja on toistaiseksi tunnistettu kaksi.

Muut patogeenit

Myyräkuumeen tapausmäärät lisääntyivät tyypillisesti vuoden 2004 lopussa. Alkuvuonna löydöksiä on ilmoitettu jo vähenevässä määrin: tammikuussa 244, helmikuussa 192 ja maaliskuussa tähän mennessä 88. Meningokokkitapauksia raportoitiin alkuvuonna 13, joista kaikissa aiheuttaja kuului seroryhmään B. Tapaukset ovat esiintyneet eri puolilla maata eikä epidemiaa viittaavia ryöstymiä ole havaittu.

Uutisia maailmalta

Rabies elinsiirtopotilailla Saksassa

Kolme ihmistä on kuollut rabieksen Saksassa saatuaan siirteet infektoituneelta luovuttajalta. Sydänpysähdyksen vuoksi viime joulukuussa menehtyneen naisen elimiä siirrettiin yhteensä kuudelle vastaanottajalle. Heistä keuhko-, munuais- ja munuais/haimasiirteet saaneet menehtyivät. Kolmelle muulle siirteet vastaanottaneelle (kaksi korneasiirteet ja yksi maksasiirteet saanut potilas) ei ole ilmaantunut kliinisen rabieksen merkkejä. Elimen luovuttajalla ei todettu viitteitä rabieksinfektioista ennen hänen menehtymistään. Essenin yliopiston virologinen laitos on varmistanut rabiesdiagnoosin luovuttajalla ja kahdella sairastuneella vastaanottajalla 16. ja 17.2.2005. Kaikkien siirteet vastaanottaneiden ja luovuttajan kontakteille on aloitettu rabies-rokotus ja annettu rabies-immunoglobuliini. Eliminsiirtoon liittyvä

Mikrobilöydökset 5/2004–4/2005

raportointiryhmä	touko	kesä	heinä	elo	syys	loka	marras	joulu	tammi	helmi	maalis	huhti	summa
1 - HENGITYSTIEINFEKTIOT													
1 - Mycoplasma pneumoniae	59	79	51	121	176	163	217	206	205	152	140	24	1593
1 - Legionellat	1	0	1	4	0	1	2	1	3	2	4	0	19
1 - Adenovirus	36	28	29	21	24	41	37	32	40	49	70	9	416
1 - Influenssa A -virus	1	3	0	0	0	0	2	2	43	195	555	69	870
1 - Influenssa B -virus	0	0	1	0	0	0	0	1	4	7	41	22	76
1 - RSV (respiratory syncytial virus)	18	2	4	4	4	5	8	13	16	30	51	20	175
1 - Bordetella pertussis (hinkuyskä)	18	143	167	188	102	89	110	87	81	94	38	2	1219
1	1												
2 - SUOLISTOINFEKTIOT													
2 - Salmonellat	123	146	214	241	192	226	165	184	206	159	182	23	2061
2 - Shigellat	3	7	5	10	6	6	14	23	11	15	12	0	112
2 - Yersiniat	63	85	62	45	35	50	46	46	58	42	52	6	590
2 - Kamylobakteerit	189	299	660	569	341	276	231	243	220	190	184	51	3453
2 - EHEC (Enterohemorraginen E.coli)	1	2	3	0	0	0	1	0	0	3	1	0	11
2 - Rotavirus	192	143	71	22	11	12	19	50	62	108	242	104	1036
2 - Norovirus	8	17	0	8	1	0	6	26	62	59	70	11	268
3 - Hepatiitit													
3 - Hepatiitti A -virus	1	2	2	6	4	3	4	3	1	4	2	0	32
3 - Hepatiitti B -virus	22	28	29	27	28	14	23	24	23	16	25	3	262
3 - Hepatiitti C -virus	85	103	95	99	107	111	90	80	96	91	98	16	1071
4 - SUKUPUOLITAUDIT													
4 - Chlamydia trachomatis	1068	1065	1072	1215	1259	1102	1201	998	1094	954	963	232	12223
4 - Neisseria gonorrhoeae (tippuri)	17	23	21	23	24	21	12	28	28	28	21	6	252
4 - Treponema pallidum (kuppa)	2	10	9	12	7	10	12	6	6	7	13	2	96
5 - MUUT													
5 - VRE (vankomysiiniresistentti enterokokki)	0	1	1	2	4	3	4	0	7	4	2	0	28
5 - MRSA (metisilliiniresistentti Staphylococcus aureus)	92	89	151	171	224	139	129	109	99	111	70	9	1393
5 - Streptococcus pneumoniae, veri/likvor-löydökset	68	64	45	38	58	71	61	59	62	52	69	19	666
5 - Streptococcus pyogenes, veri/likvor-löydökset	11	11	10	11	6	15	10	13	11	6	12	3	119
5 - Neisseria meningitidis, veri/likvor-löydökset	5	4	3	2	6	4	3	3	2	4	6	1	43
5 - Listeria monocytogenes	0	4	4	2	3	2	2	4	1	1	3	0	26
5 - Borreliat	50	71	95	154	171	112	141	96	112	88	76	6	1172
5 - Francisella tularensis (jänisrutto)	0	0	3	33	76	23	7	3	2	1	0	0	148
5 - Puumalavirus	56	57	85	120	118	149	306	320	244	192	91	11	1749
5 - Mycobacterium tuberculosis -kompleksi	22	22	31	22	18	26	27	24	24	16	9	0	241
5 - Plasmodium spp. (malaria)	3	2	3	2	1	4	3	3	2	1	0	1	25

Tilaston viimeisimmät tiedot: 15.04.2005

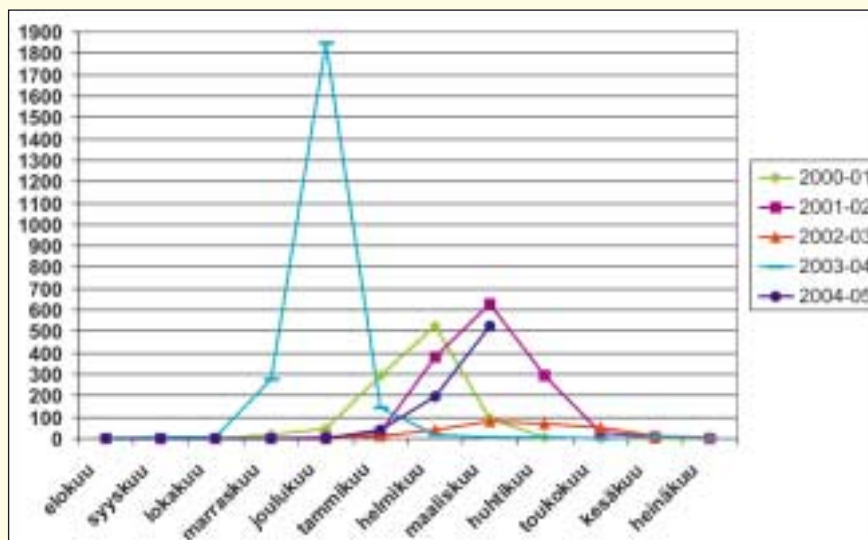
Viimeisten kuukausien luvut saattavat olla vajaita.

rabiestartuntoja on aiemmin raportoitu USA:sta.

Influenssa A -sairaala-epidemia Walesissa

1.2.2005 havaittiin walesilaissairaalan ortopedisellä osastolla 13 potilaalla ja 5 työntekijällä influenssaan sopivia oireita. Osasto suljettiin ja tilannetta alettiin tutkia. Diagnoosi varmistui influenssa A:ksi PCR-tutkimuksen avulla (14 potilasnäytteestä 11 positiivisia). Indeksipotilaaksi paljastui hoitohenkilökuntaan kuuluva henkilö, jonka oireet olivat alkaneet 29.1. Oireilu jatkui kolme vuorokautta, jona aikana hän oli kontaktissa 46 hen-

kilön kanssa (21 potilasta ja 25 työntoveria). Heistä 23 (16 potilasta ja 7 työntekijää) sairastui kuuden vuorokauden kuluessa. Altistuneista vain yhdeksän (5 potilasta ja 4 työntekijää) oli ottanut influenssarokotteen, vaikka kaikille oli siihen tarjottu mahdollisuus. Altistuneista rokotetuista potilaista kaksi (40 %) kuitenkin sairastui rokotuksesta huolimatta. Suuremmalla rokotuskattavuudella (erityisesti henkilökunnan osalta) epidemia olisi mahdollisesti rajoittunut selvästi aikaisemmin. Vastaavia tilanteita saattaa syntyä myös Suomessa nyt meneillään olevan influenssaepidemian aikana, silloin kun rokotuskattavuus vaihtelee.



Kuva 1. Tartuntatautirekisteriin ilmoitetut influenssa A -tapaukset epidemiakausittain.

sivulta 8

Varusmiehet edustavat kapeaa ikäryhmää, jonka immuniteetti on kuin siivillä. Se ei välttämättä päästä läpi kaikkia niitä väestöä vaivaavia influenssaviruksen muotoja, joiden tuntemisesta olisi hyötyä pyrittäessä pitämään influenssarokotteet ajan tasalla. Tarvitaan myös siviiliväestön eri ikäryhmiä koskeva, alueellisesti edustava anturikeskusjärjestelmä. Sen tulisi nojata väestövastuuseen, jolloin sairastuvuutta ja epidemian kokoa koskevat vertailut vuosien välillä olisivat mahdollisia. Tällainen järjestelmä on lähes kaikilla EU-mailla (www.eiss.org/index.cgi), mutta Suomesta se on puuttunut. Kansanterveyslaitoksen käynnistämään pilottitutkimukseen ovat osallistuneet tänä talvena Salon ja Ke-

min terveyskeskukset sekä lääkäriasema Pulssi Turusta. Kokemukset ovat olleet hyviä, mutta kattavaan valvontaverkostoon on vielä matkaa.

Influenssarokotuksista

Syksyn 2004 influenssarokotteen koostumus ei ollut optimaalinen, mutta A/Panama/2007/99-viruksen vaihtaminen A/Wyoming/3/2003-virukseen kohensi immuniteettia kauden valtavirusta (Wellington/1/2004) vastaan tunnustavasti. Useimmille rokotetuille syksyn 2004 rokotuksesta oli hyötyä. A/New Caledonia/20/99- ja B/Jiangsu/10/2003-tyyppisiä viruksia

Denguetilanne Aasiassa

Dengueinfektio on yhä yleisempi Kaakkois-Aasiassa. Vuonna 2004 tilanne oli erityisen vaikea Indonesiassa: 59 321 ihmistä sairastui ja 669 menehtyi. Tammikuussa 2005 tartuntoja havaittiin jo 4 700, näistä 102 johti kuolemaan. Pääkaupunki Jakarta kuuluu epidemia-alueeseen. Singaporessakin tapausten määrä on kasvanut: vuonna 2004 todettiin 9 459 tapausta ja näistä yli kolmasosa loka-joulukuussa. Kuolemantapauksia raportoitiin kolme. Tammikuussa infektioita oli ilmennyt 1 145. Myös Itä-Timorilla on WHO:n mukaan tammikuussa todettu jo 95 dengue-tapausta, joista 61:lla oli oireena verenvuotokuume. Yksitoista ihmistä on kuollut dengueinfektion seurauksena ja tapauksia on kaikkiaan todettu tammikuun aikana 1 387. Tautia on esiintynyt runsaasti myös pääkaupungissa Kuala Lumpurissa.

Matkailijoita kehoitetaankin suojautumaan hyttysiltä erityisen huolellisesti matkustettaessa riskialueille. Tilanteen jatkuvasti muuttuessa riskialueet olisi hyvä tarkistaa ennen matkustamista trooppisille tai subtrooppisille alueille (http://www.who.int/ith/chapter05_m02_dengue.html). ■

6. 4. 2005

Tea Nieminen, infektioeläinlääkäri

Emmi Sarvikivi, tartuntatautieläinlääkäri

Puh (09) 4744 8557

S-posti, emmi.sarvikivi@ktl.fi

KTL, infektioepidemiologian osasto

vastaan rokotus antoi hyvän suojan. Rokotusten suojatehoa koskevat tutkimukset Porin Prikaatissa ovat loppusuoralla. ■

Reijo Pyhälä, laboratorion johtaja

Niina Ikonen, tutkija

Thedi Ziegler, erikoistutkija

KTL, virustautien ja immunologian osasto

Heikki Korpela

Sotilaslääketieteen laitos

Kirjallisuutta

1 Pyhälä R, Ikonen N, Korpela H, Toivonen M, Santanen R, Villberg A, Ziegler T, Ruutu P. *Influenssatauti 2003-2004 oli A/Fujian/411/02-viruksen läpimurto*. Suom Lääkäril 2004;59:3503-7.

Kolmevuotisen tupakoinnin ehkäisyohjelman vaikutukset Helsingin yläasteilla

Koulu- ja yhteisöpohjaisilla tupakoinnin ehkäisyohjelmilla pystytään vaikuttamaan nuorten tupakointiin. Tupakoinnin aloittaminen on voimakkaasti yhteydessä huonoon koulumenestykseen. Mitä huonommin nuori menestyy koulussa, sitä suurempi riski hänellä on aloittaa tupakointi.

Kuudessa Euroopan Unionin maassa toteutettiin kolmevuotinen tupakoinnin ehkäisyhanke, ESFA (European Smoking Prevention Framework Approach), johon osallistuivat Suomen lisäksi Alankomaat, Espanja, Iso-Britannia, Portugali ja Tanska. Suomessa tähän Kansanterveyslaitoksen vuosien 1998–2001 välillä toteuttamaan hankkeeseen osallistui 27 helsinkiläistä yläastetta (n=2 745), joista satunnaisesti valittiin 13 koulua ohjelmaryhmäksi ja 14 vertailuryhmäksi. Aineisto kerättiin hankkeeseen osallistuvilta nuorilta kyselylomakkeilla vuosittain kolmen vuoden aikana. Ensimmäinen eli lähtötason mittaus tehtiin vuoden 1998 syksyllä seitsemännellä luokalla, ennen ohjelman aloittamista. Toinen kysely tehtiin kahdeksannella luokalla ja kolmas yhdeksännellä luokalla.

Ohjelman kuvaus

Ohjelma sisälsi koulu- ja yhteisöpohjaiset osiot. Kolmen vuoden aikana oppilaat osallistuivat yhteensä 15 oppitunnille, joilla heille annettiin tietoa siitä, miten tupakoinnista voi kieltäytyä, tupakoinnin seurauksista ja tupakoinnin syistä. Tunneilla harjoiteltiin myös tupakoinnista kieltäytymisen taitoja mm. roolinäytelmien ja videoiden avulla. Tupakoinnista annettiin tietoa myös muiden oppiaineiden kuten liikunnan, äidinkielen, matematiikan ja maantiedon tunneilla. Kahdeksannella ja yhdeksännellä luokalla oppilailla oli mahdollisuus osallistua tupakoimat-

tomuuskilpailuun joko yksin, yhdessä kaverin tai ryhmän kanssa. Kilpailun ajan tupakoimattomina pysyneet nuoret osallistuivat palkintojen arvontaan.

Terveysviestinnässä käytettiin menetelmää, jossa tupakoimattomuuskilpailussa voittaneita oppilaita haastateltiin koulun ulkopuolella järjestetyissä tapaamisissa siitä, miten he kieltäytyvät tupakoinnista esimerkiksi ryhmäpainetilanteessa tai negatiivisissa mielialoissa. Haastattelut julkaistiin lehdessä, joka postitettiin ohjelmakouluihin kuuluvien nuorten koteihin. Oppilaiden vanhemmat saivat tietoa hankkeesta vanhempainloissa ja postitse. Vanhemmilla oli mahdollisuus osallistua Lopeta ja voita-kilpailuun. Koulun ulkopuolella hanke näkyi mm. kolmena erilaisena julisteena, joita asetettiin julkisille paikoille, missä nuoret viettävät aikaansa. Oppilaat kiinnittivät julisteen pääosin itse.

Toisena vuotena ohjelmaan liitettiin Helsingin seurakuntayhtymän rippileiritoiminta. Rippileirit sitoutuivat yhteisiin sääntöihin tupakoinnin ehkäisemiseksi leiriä edeltäneen opetusjakson ja leiritoiminnan aikana. Käytössä olleet terveystieteen kannalta ristiriitaiset leirikäytännöt muutettiin tupakoimattomuuteen kannustaviksi. Viimeisenä vuotena ohjelmaan osallistui myös Helsingin terveystieteiden keskeisen hammas- ja suuhammaslääkärit koulutettiin antamaan kahden minuutin tietoisku tupakoinnin vaaroista oh-

jelmakoulujen oppilaille normaalin, koko kohderyhmän kattaneen koulunhammashuollon tarkastuskäynnin yhteydessä.

Vaikutukset tupakointiin

Yhdeksännellä luokalla päivittäinen tupakointi lisääntyi vertailuryhmässä enemmän kuin ohjelmaryhmässä. Vertailuryhmässä päivittäin tupakoi 25,6 % ja ohjelmaryhmässä 21,1 %. Sen sijaan viikoittainen tupakointi lisääntyi enemmän koko ohjelman ajan vertailuryhmään kuuluneilla nuorilla. Kahdeksannella luokalla viikoittain tupakoi ohjel-

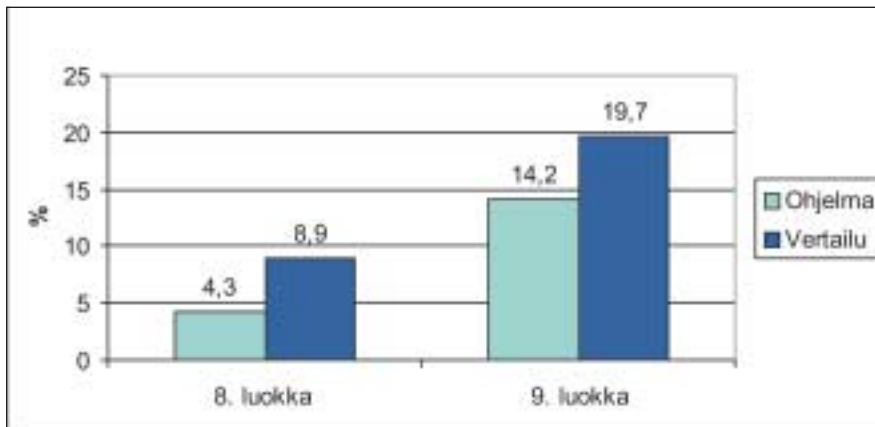
maryhmään kuuluvista nuorista 18,7 % ja vertailuryhmään kuuluvista 23,5 %. Yhdeksännellä luokalla ohjelmaryhmästä 28,6 % ja vertailuryhmästä 35,2 % tupakoi viikoittain.

Niistä nuorista, jotka eivät olleet tupakoineet ennen ohjelman alkua, viikoittaisen tupakoinnin aloitti kahdeksannella luokalla ohjelmaryhmässä 4,3 % ja vertailuryhmässä 8,9 %. Yhdeksännellä luokalla viikoittaisen tupakoinnin aloitti ohjelmaryhmäläisistä 14,2 % ja vertailuryhmäläisistä 19,7 % (kuvio 1).

Tupakointi ja koulumenestys

Huonon keskiarvon saaneet oppilaat tupakoivat koko yläasteen ajan enemmän kuin hyvän keskiarvon saaneet oppilaat. Yhdeksännellä luokalla ero koulussa huonoiten ja par-

”Huonosti koulussa menestyvillä oppilaille on suurin riski aloittaa tupakointi.”



Kuva 1. Viikoittainen tupakointi 8. ja 9. luokalla nuorilla, jotka 7. luokkaan mennessä eivät olleet koskaan tupakoineet. 8. luokan OR=2,18 (1,42–3,36) ja 9. luokan OR=1,49 (1,13–1,96).

haiten menestyvien välillä on suuri. Alle seitsemän keskiarvon saaneista nuorista viikoittain tupakoi ohjelmaryhmässä 54,2 % ja vertailuryhmässä 63,5 %, kun taas parhaan 10–9 keskiarvon saaneista nuorista viikoittain tupakoi ohjelmaryhmässä 9,1 % ja vertailuryhmässä 11,3 %. Erot ohjelma- ja vertailukoulujen välillä eivät olleet merkittäviä, joten interventio-ohjelma ei ainakaan lisännyt keskiarvojen mukaisia eroja tupakoinnissa.

Kohdennettuja ja aikuisuuteen jatkuvia ohjelmia tarvitaan

Tulevaisuudessa tarvitaan enemmän tupakoinnin ehkäisyohjelmia, jotka on kohdennettu eri ryhmien tarpeisiin, kuten huonon koulumenestyksen oppilaille. Näin ehkäisyohjelmilla voidaan vaikuttaa erityisesti niihin nuoriin, joiden riski aloittaa tupakointi on suurin. Toistaiseksi on vaikea sanoa, onko tällä tupa-

koinnin ehkäisyohjelmalla pitkän aikavälin vaikutusta nuoriin. Siksi tarvitaan ehkäisyohjelmia, jotka kestävät aikuisuuteen asti ja joilla voidaan paremmin pitää nuori tupakoimattomana pidempään ja vähentää tupakoinnin aloittamisen riskiä. Nuoret, jotka eivät ole aloittaneet tupakointia 20 ikävuoteen mennessä harvoin sitä tekevät enää sen jälkeenkään. ■

Erkki Vartiainen, tutkimusprofessori KTL, epidemiologian ja terveyden edistämisen osasto

Marjaana Penmanen, tutkija KTL, epidemiologian ja terveyden edistämisen osasto

Ari Haukkala, yliopistonlehtori Helsingin yliopisto, sosiaalipsykologian laitos

Kerttu Tossavainen, professori Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos

Riku Lehtovuori, epidemiologi, United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), Wien, Itävalta

Elokuvien tupakointi tarttuu

Amerikkalainen tutkijaryhmä julkaisi pari vuotta sitten tutkimuksen, jossa osoitettiin elokuvien tupakoinnin vaikuttavan merkittävästi koululaisten tupakoinnin aloittamiseen.

Arvostetussa Lancet-tiedelehdessä julkaistussa tutkimuksessa oli tutkittu 3 547 iältään 10–14-vuotiaista koululaista, jotka eivät olleet koskaan kokeilleet tupakointia. Heidän elämäntilanteensa kartoitettiin huolellisesti.

Keskimäärin parisen vuotta kestäneen seurannan jälkeen tutkijat onnistuivat haastattelemaan kolmea neljästä tutkimukseen mukaan otetuista. Heistä kymmenes oli aloittanut tupakoinnin.

Tutkijat valitsivat satojen nuorison suosimien elokuvien joukosta sattumanvaraisesti 50, joiden sisältämät tupakointikohtaukset laskettiin. Jokaiselta tutkittavalta kysyttiin toisella haastattelukerralla, minkä elokuvan he olivat nähneet. Näin pystyttiin laskemaan, kuinka monta tupakointikohtausta kukin koululainen oli nähnyt. Eniten tupakointikohtauksia nähneiden joukosta tupakoinnin aloitti peräti 17 prosenttia ja vähiten nähneissä kolme prosenttia tutkituista.

Elokuvien vaikutus tupakoinnin aloittamiseen oli suurin lapsilla, joiden vanhemmat eivät tupakoineet. Tutkijat laskivat lisäksi, että yli puolet 10–14-vuotiaiden tupakoinnin aloittamisesta johtui

altistumisesta tupakointikohtauksia sisältäneille elokuville.

Tupakointi voitaisiin ottaa yhdeksi elokuvien luokitteluperusteeksi. Saatamme jossain vaiheessa tarvita elokuvaan samanlaiset varoitukset kuin tupakka-askeihin: Tämän elokuvan tupakointikohtaukset voivat tehdä nuoresta katsojasta tupakoitsijan. ■

*Pentti Huovinen
päätoimittaja
KTL, Kansanterveyslehti
pentti.huovinen@ktl.fi*

Kirjallisuus

Dalton MA, ym. Effect of viewing smoking in movies on adolescent smoking initiation: a cohort study. *Lancet* 2003;362:281–5.

Tupakointi ja infektiot

Krooniset keuhko-, sydän- ja verisuonisairaudet sekä syöpä ovat hyvin tunnettuja tupakoinnin terveyshaittoja, kansalaistietoutta. Sen sijaan tupakoinnin ja tupakansavulle altistumisen yhteys lisääntyneeseen infektioitauteihin sairastuvuuteen ja kuolleisuuteen on huomattavasti huonommin tiedossa – myös terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa. Tupakoinnin ja infektioiden tutkimusalueelta on kuitenkin viime vuosina tullut yhä enemmän tutkimusnäyttöä. Vastikään Archives of Internal Medicine -lehdessä julkaistun katsausartikkelin kirjoittajat päättelivätkin, että tupakoinnin ja tupakansavun aiheuttama tartuntatautitaakka saattaa kilpailla keuhko- ja sydänsairauksista sekä syövästä aiheutuneen sairastavuuden ja kuolleisuuden kanssa (1).

Aktiivisen ja passiivisen tupakoinnin on todettu olevan useiden tärkeiden virus- ja bakteerinfektioiden riskitekijä. Etenkin hengitystieinfektioiden riski on tupakoijilla selvästi lisääntynyt, mutta myös tietyt systeemiset infektiot ovat tupakoijilla yleisempiä kuin tupakoimattomilla. Toisin kuin kroonisissa sairauksissa ja syöpätaudeissa, infektioihin liittyvät tupakoinnin haittavaikutukset ilmaantuvat jo lyhyellä varoitusajalla eivätkä vasta vuosikymmenten kuluttua. Merkittävimpiä tupakointiin liitetyistä infektiotaudeista ovat influenssa ja tuberkuloosi sekä pneumokokki- ja meningokokki-infektiot. Näihin infektioihin liittyy useissa potilasryhmissä myös korkea kuolleisuus.

Vaikka tupakoinnin yhteys lisääntyneeseen hengitystieinfektioiden riskiin vaikuttaa arkikokemuksenkin perusteella järkeenkäyvältä, täsmälliset biologiset mekanismit joiden välityksellä tupakointi lisää systeemisten infektioiden riskiä ovat huonosti tunnettuja. Mekanismit on todennakoisesti moniulotteinen ja edellyttää useiden eri tekijöiden yhteisvaikutusta. Tutkimusnäyttöä on olemassa sekä paikallisista mekanismeista (esim. kapselillisten bakteerien lisääntyneestä kiinnittymisestä tupakoitsijoiden hengitysteiden limakalvoille) että huonon-

tuneesta immuunivasteesta (esim. soluvälitteisen ja humoraalisten immunologisten mekanismien heikentymisestä; vähentyneestä immunoglobuliinien tai vasta-aineiden määrästä).

Bakteerien parantunut kyky kiinnittyä tupakansavun vaurioittamalle limakalvolle, huonontunut värekarvojen toiminta sekä liman puhdistumisen heikentyminen ovat todennäköisesti tupakoitsijoiden lisääntyneen bakteerikantajuuden ja sitä kautta hengitystie- ja systeemisten infektioiden riskiä selittävä mekanismi. Tupakoinnin ja infektioauttien yhteyden tutkiminen on haasta-

vaa, koska mahdollisia sekä tupakointiin että infektioihin liittyviä sekoittavia tekijöitä on runsaasti (tärkeimpinä esim. sosioekonominen asema ja alkoholin käyttö). Epidemiologisissa tutkimuksissa tupakointi on liitetty selkeimmin lisäänty-

neeseen vakavien pneumokokkitautien, legionelloosin ja meningokokkitaudin riskiin. Vahvimmissa tutkimusasetelmissä on todettu mm. selkeä annos-vastesuhde poltettujen savukkeiden määrän, tupakoinnin keston ja sairastumisriskin välillä (2).

Etenkin äidin tupakointi on liitetty mm. pikkulasten lisääntyneeseen korvatulehdusriskiin. Myös tavallinen flunssa ja influenssa ovat tupakoivilla yleisempiä kuin tupa-

koimattomilla. Muistakin virusinfektioista on yksittäisiä tutkimuksia (esim. HPV, vesirokko), mutta tutkimusnäyttö ei ole yhtä vahvaa kuin edellä mainituissa. Tupakoinnin merkittävin kansanterveysvaikutus saattaa liittyä lisääntyneeseen tuberkuloosisairastuvuuteen. Mm. WHO on tunnistanut tupakoinnin ja tuberkuloosin erityisen suureksi ongelma-kehitysmaissa, joissa väestön tupakointi lisääntyy nopeasti.

Lääkärit ovat perinteisesti tottuneet pitämään tupakoinnin pääsiallisina terveyshaittoina kroonisia keuhko-, sydän- ja verisuonisairauksia sekä syöpää. Tupakoinnin aiheuttama akuutin infektioaudin vaaran suureneminen kannattaa myös pitää mielessä potilastyössä. On mielenkiintoista, että monet tupakoinnin vaikutuksista immunijärjestelmään palautuvat normaalkiksi muutaman kuukauden kuluttua tupakoinnin lopettamisesta. Tupakoinnin lopettaminen saattaa vähentää infektioalttiutta suhteellisen nopeastikin. Tupakoitsijan vakavan hengitystieinfektion hoitoon kuuluu luonnollisesti potilaan neuvonta ja tupakoinnin lopettamisen tukeminen. Lasten tupakansavulle altistumisen vähentäminen vähentää korvatulehdusten ja meningokokkitaudin riskiä. Myös influenssa- ja pneumokokkrokotteita on yksilötasolla suositeltu tupakoitsijoille, mutta väestötasolla tämän suosituksen kustannuksista ja hyödyistä ei ole tutkittua tietoa. ■

Pekka Nuorti

*National Immunization Program
Centers for Disease Control and
Prevention (CDC)*

Atlanta, Georgia, U.S.A.

pnuorti@cdc.gov

Kirjallisuutta

1. Arcavi L, Benowitz NL. Cigarette smoking and infection. *Arch Intern Med* 2004;164:2206–16.

2. Nuorti JP, Butler JC, Farley MM, ym. Cigarette smoking and invasive pneumococcal disease. *N Engl J Med* 2000;342:681–9.

Terveysneuvontatoiminta tartuntatautien vähentämisessä

HIV-epidemia alkoi suomalaisten huumeiden käyttäjien keskuudessa vuonna 1998. Se näyttää kuitenkin viime vuosina laantuneen. Myös huumeiden käytön kautta pääosin välittyvien uusien C-hepatiittitartuntojen määrä on ollut laskusuunnassa. Huumeiden käyttäjille tarkoitetuilla terveysneuvontapisteillä sekä apteekkeilla on ollut tärkeä rooli tartuntojen leviämisen rajoittamisessa.

Vuonna 2003 kaikkiaan 20 paikkakunnalla toimineet terveysneuvontapisteet tavoittivat noin 9 600 asiakasta ja asiakaskäyntejä niissä oli 94 000. Ruiskuja ja neuloja vaihdettiin noin 1,4 miljoonaa kappaletta. Vuonna 2003 apteekkeissa arvioitiin olleen kaikkiaan 100 000 huumeiden käyttäjien asiakaskäyntiä, ja niistä ostettiin vajaa 0,5 miljoonaa ruiskua. Terveysneuvontatoimintaa tulisi kuitenkin pystyä laajentamaan nykyisestäään, ja tässä terveyskeskuksilla on tärkeä rooli. Vuoden 2004 alusta uudistettu tartuntatautilaki ja -asetus velvoittavat terveyskeskukset järjestämään terveysneuvontatoimintaa terveyttä edistävänä toimenpiteenä.

HIV-epidemia alkoi suomalaisen huumeiden käyttäjien keskuudessa vuonna 1998. Muutaman kasvuvuoden jälkeen epidemia näyttää laantuneen. Vuonna 2003 todetuista 132 uudesta HIV-tartunnasta 17 prosenttia oli seurausta huumeiden käytöstä, kun vastaava osuus vuonna 1999 todetuista 143 tartunnasta oli 60 prosenttia. Uusien hepatiitti C -tartuntojen määrä on vähentynyt myös selvästi viime vuosina. Vuosina 1999 ja 2000 C-hepatiittitartuntoja oli noin 1 700 vuodessa ja vuonna 2003 alle 1 300. Terveysneuvontapisteillä on ollut tärkeä rooli pistämällä huumeita käyttävien tavoittamisessa ja tartuntariskejä koskevan tiedon välittämisessä, puhaiden ruiskujen ja neulojen saatuuden lisäämisessä sekä likaisten ruiskujen ja neulojen poistamisessa huumeiden käyttäjien keskuudesta.

Terveysneuvontapisteet tavoittavat hyvin huumeiden käyttäjiä

Ensimmäinen huumeiden käyttäjille suunnattu terveysneuvontapiste avattiin Helsingissä kokeiluluontoisesti vuonna 1997. Mallia sen toiminnalle oli haettu Glasgow'ssa Skotlannissa vakiintuneesta terveysneuvontapistemallista. Kokeiluluontoisesti avattu terveysneuvontapiste Vinkki tavoitti nopeasti kohderyhmänsä, ja ensimmäisen toimintavuoden aikana sillä oli jo noin 500 asiakasta. Kun HIV-epidemia todettiin vuoden 1998 kesäkuussa, jo hyvin toimineen terveysneuvontapisteiden kautta voitiin välittää nopeasti tietoa epidemiasta huumeiden käyttäjien keskuuteen pääkaupunkiseudulla. Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittaman laajan koulutussarjan avulla terveysneuvontapisteitä pyrittiin laajentamaan myös muille paikkakunnille.

Useimpien terveysneuvontapisteiden toiminta perustuu suurelta osin Helsingissä luotuun malliin, mutta sitä on sovellettu paikalliseen tilanteeseen. Suurimmat terveysneuvontapisteet toimivat erillisinä yksiköinä ja pienemmät joko osana A-klinikoita tai terveysasemia. Terveysneuvontapisteessä huumeiden käyttäjä saa terveysneuvontaa

ja apua omasta hyvinvoinnista huolehtimiseen. Pisteessä voi vaihtaa käytetyt ruiskut ja neulat puhtaisiin kertakäyttövälineisiin, saada B-hepatiittirokotuksia, käydä HIV- ja hepatiittitesteissä, saada hoitoa pieniin haavoihin sekä ohjausta ja motivointia hoitopaikkaan hakeutumisessa ja arkisten asioiden hoitamisessa. Terveysneuvontapisteiden verkosto mahdollistaa suurilla paikkakunnilla myös nopean tiedon jakamisen ja esimerkiksi tehostetut huumeiden käyttäjien rokotukset.

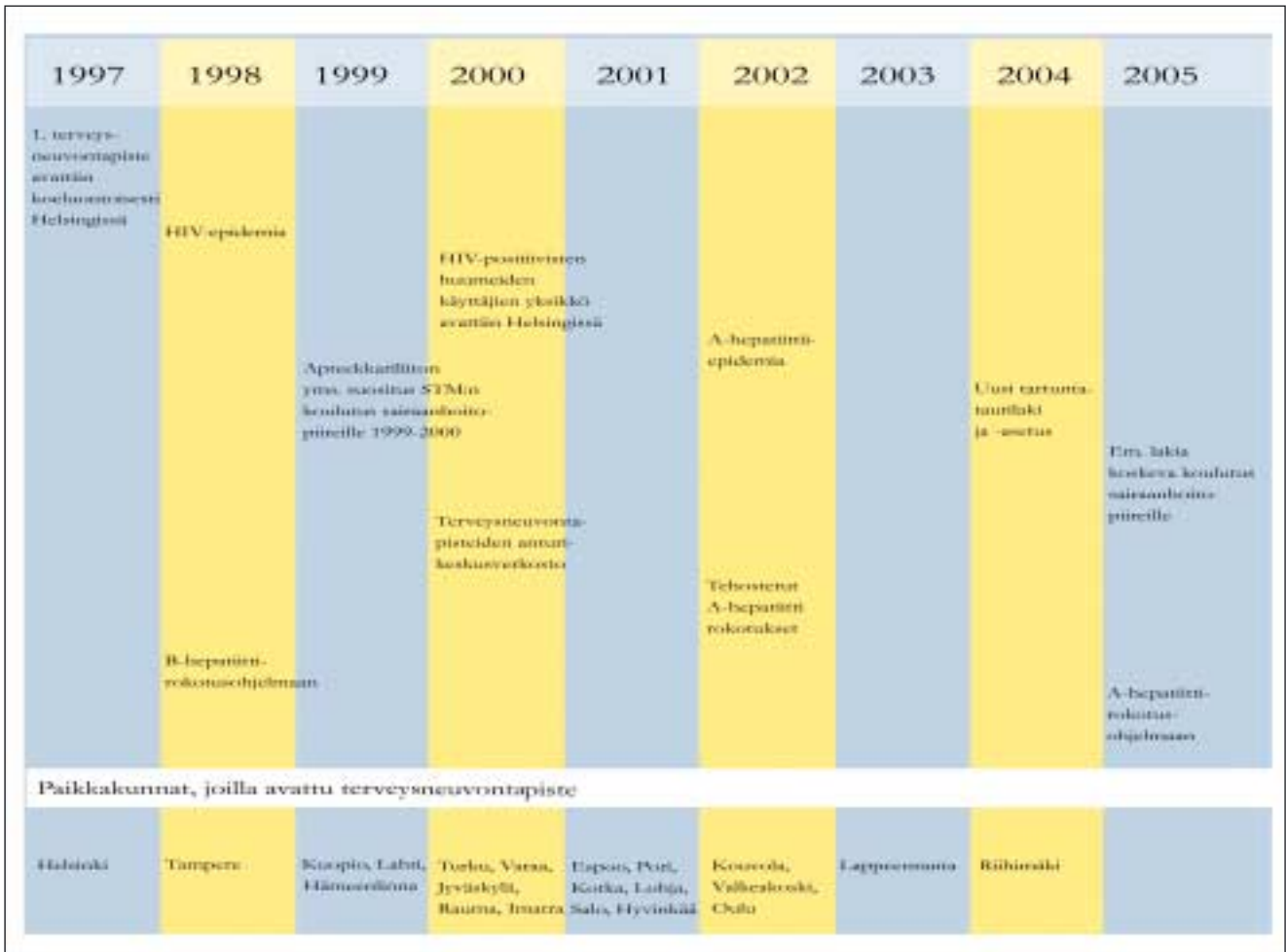
Tällä hetkellä Suomessa toimii terveysneuvontapisteitä 21 eri paikkakunnalla kaikkiaan 29 eri toimipisteessä. Kaikki nykyiset ter-

veysneuvontapisteet sijaitsevat yli 20 000 asukkaallaan paikkakunnilla. Kaikissa yli 50 000 asukkaallaan kaupungeissa Vaasaa lukuun ottamatta on jo toimiva terveysneuvontapiste. Pääkaupunkiseudulla on myös yk-

si liikkuva terveysneuvontayksikkö.

Vuonna 2003 terveysneuvontapisteissä asioi noin 9 600 henkilöä ja asiakaskäyntejä oli 94 000. Ruiskuja ja neuloja vaihdettiin niissä noin 1 430 000 kappaletta. Kaikkiaan noin kolme neljästä terveysneuvontapisteiden asiakkaasta asioi pääkaupunkiseudulla, ja tilanne on pysynyt tältä osin samantyyppisenä muilla paikkakunnilla avatuista terveysneuvontapisteistä huolimatta. Pääkaupunkiseudun sisällä Helsingissä asioivien suhteellinen osuus on kuitenkin vähentynyt Vantaan ja Espoon terveysneuvontapisteiden avaamisen jälkeen. ▶

”Uuden lain mukaan huumeiden käyttäjien tartuntatautien ehkäisy kuuluu terveyskeskuksille.”



Kuva 1. Huumeiden käyttäjien tartuntatautiin ehkäisemistoimenpiteitä vuodesta 1997.

Terveysneuvontapisteiden verkosto harva

Kun verrataan terveysneuvontapisteissä asioivien osuuksia eri alueilla opiaattien ja stimulanttien ongelmakäyttäjien määrästä tehtyyn tilastolliseen arvioon, pääkaupunkiseudun ulkopuolella olevat terveysneuvontapisteet eivät tavoittane samassa määrin pistämällä huumeita käyttäviä kuin pääkaupunkiseudun terveysneuvontapisteet. On arvioitu, että 60 prosenttia opiaattien ja stimulanttien ongelmakäyttäjistä, mutta vain joka neljäs terveysneuvontapisteiden asiakkaista, on pääkaupunkiseudun ulkopuolella. Päihdehoidossa olevia huumeiden käyttäjiä koskevan huumeiden tietojärjestelmän mukaan pistämällä huumeita käyttävien asiointi terveysneuvontapisteissä on yli kaksinkertaistunut vuodesta 2000

vuoteen 2003. Siitä huolimatta vuonna 2003 vain joka seitsemäs niistä, jotka olivat käyttäneet huumeita pistämällä hoitoon hakeutumista edeltäneen kuukauden aikana, oli ilmoittanut käyttäneensä terveysneuvontapisteiden palveluja viimeisen puolen vuoden aikana. Terveysneuvontapisteiden palveluiden käyttö keskittyi yli 100 000 asukkaan kaupunkeja sisältäviin maakuntiin. Toimintaa pitäisi saada edelleen laajennettua ja tehostettua sekä pääkaupunkiseudulla että erityisesti sen ulkopuolella.

Puhtaita ruiskuja ja neuloja saa myös apteekeista

Terveysneuvontapisteiden lisäksi myös apteekeilla on ollut tärkeä rooli puhtaiden ruiskujen ja neulojen saatavuuden varmistamisessa ja siten

huumeiden käyttäjien tartuntatautiin rajoittamisessa. Apteekkien maantieteellisesti kattava verkosto mahdollistaa puhtaiden ruiskujen ja neulojen saatavuuden myös niillä paikkakunnilla, joilla ei ole vielä terveysneuvontapisteitä. A-klinikkasäätiön, Stakesin ja Kansanterveyslaitoksen vuonna 2003 tekemän selvityksen mukaan 86 prosenttia apteekeista myy ruiskuja ja neuloja huumeidenkäyttäjille. Kaikkiaan Suomessa on noin 800 apteekkia. Apteekkariliiton selvitysten mukaan apteekeissa asioi 100 000 huumeiden käyttäjää vuosittain. Vuonna 2003 apteekeista ostettiin 486 000 ruiskua.

Kaikkiaan ruiskuja ja neuloja vaihdettiin tai myytiin vuonna 2003 siis noin 1,9 miljoonaa. Vuodesta 2001 apteekeista huumeiden käyttäjille myytyjen ruiskujen ja neulojen määrä kasvoi kahdessa vuodessa

16 prosenttia, kun taas terveysneuvontapisteiden kautta vaihdettujen välineiden määrä kasvoi samaan aikaan 51 prosenttia.

Sekä terveysneuvontapisteet että apteekit ovat tehneet arvokasta kansanterveysystyötä rajoittaessaan huumeiden käyttäjien keskuudessa veriteitse leviäviä tartuntatauteja. Eräänä kehittämisalueena apteekeissa olisi kuitenkin käytettyjen ruiskujen ja neulojen palautusjärjestelmän luominen, jolloin käytetyt ruiskut ja neulat saataisiin pois nykyistäkin paremmin huumeiden käyttäjien keskuudesta. Terveysneuvontapisteissä ruiskujen ja neulojen palautusprosentti on yleensä lähes 100 prosenttia, ja joskus niihin jopa palautetaan enemmän ruiskujen kuin niistä otetaan puhtaita ruiskuja ja neuloja käyttöön.

Terveyskeskusten terveysneuvontatyö kehitysmässä

Terveysneuvontapisteiden ja apteekkien lisäksi myös terveyskeskusten rooli huumehaittojen ehkäisyssä vahvistuu tulevaisuudessa. Terveyskeskusten tehtävää veriteitse leviävien tartuntatautiin rajoittamisessa on selkiytetty vuoden alusta uudistetussa tartuntatautilaissa ja -asetuksessa. Laki (583/86) ja asetus (786/86) määrittelevät huumeiden käyttäjien tartuntatautiin ehkäisemisen terveyttä edistävänä toimenpiteenä selkeästi terveyskeskuksen vastuualueeksi. Uutta tartuntatautilakia ja -asetusta koskeva koulutussarja tullaan toteuttamaan vuonna 2005 ja 2006 sairaanhoitopiirien kautta, ja sen avulla toivotaan lisätävän terveyskeskusten toteuttamaa terveysneuvontatoimintaa.

Terveyskeskusten toteuttaman ja mahdollisesti muihin palveluihin integroidun terveysneuvontatoiminnan yhtenä suurena haasteena on asiakkaiden tavoittaminen. Terveyskeskuksiin joudutaan kehittämään

Paikkakunta	Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden osuudet (%) vuosittaisesta asiakkaiden kokonaismäärästä (lkm)			
	2000 (lkm= 4 800)	2001 (lkm= 8 600)	2002 (lkm= 9 500)	2003 (lkm= 9 600)
Helsinki	69	69	59	53
Pääkaupunkiseutu	73	79	74	75
Kaikki yli 100 000 asukkaan kunnat	96	96	95	93
50 000–100 000 asukkaan kunnat	2	2	3	4
Alle 50 000 asukkaan kunnat	1	2	3	3

Taulukko 1. Terveysneuvontapisteiden asiakkaiden osuudet (%) paikkakuntien koon mukaan

nykyisestä poikkeava toimintamalli, koska etenkin pienemmillä paikkakunnilla erillistä terveysneuvontapistettä ei ole mielekästä perustaa. Nyt olemassa olevien terveysneuvontapisteiden keskeisenä haasteena on vakiinnuttaa niiden rahoitus ja siten mahdollistaa työn pitkäjänteinen kehittäminen. Varsinaisen terveysneuvontapisteissä tapahtuvan työn lisäksi on tärkeä kehittää kenttä- ja vertaistyömalleja yhä laajemman kontaktipinnan saamiseksi pistämällä huumeita käyttäviin. Kansainvälisenä haasteena on huumeiden käyttäjien keskuudessa yleinen hiv-epidemia Baltian maissa ja Venäjällä. Suomalaiset huumeiden käyttäjät matkustavat erityisesti Baltian maissa hakemassa siellä vapaammin saatavissa olevia opiaattilääkkeitä. Nämä matkat muodostavat vakavan tartuntariskin suomalaisille huumeiden käyttäjille.

Pistoskäyttöä ja siihen liittyviä riskejä on pyrittävä rajoittamaan

Tämän hetkisestä, aikaisempaa paremmalta näyttävästä tartuntatauti-tilanteesta huolimatta veriteitse leviävien tartuntojen riski huumeiden käyttäjillä on edelleen suuri. Uusia infektioita on ilmaantunut monissa maissa. Pistosvälineiden yhteiskäyttöä esiintyy edelleen, ja monet huumeiden käyttäjät ovat terveysneuvontapalveluiden ulkopuolella. Pistoskäyttöön liittyviä riskejä on edelleen pyrittävä tarmokkaasti vähentämään. Myös pistoskäytön vähentämiseen tähtäävät toimenpiteet ovat tarpeen ja mahdollisuudet niihin ovat paranemassa. Tämän onnistuminen edellyttää kuitenkin hyvin toimivaa korvaushoitojärjestelmää. ■

*Pauli Leinikki, tutkimusprofessori
KTL, infektioepidemiologian osasto*

*Airi Partanen, erikoissuunnittelija
Stakes, Kansallinen huumeausaineiden seurantakeskus*

Kosteus- ja homevauriot riski opettajien terveydelle – koulujen korjaus kannattaa

Suomen peruskouluissa ja lukioissa työskentelee noin 51 500 opettajaa. Jopa puolessa koulurakennuksista esiintyy kosteus- ja homevaurioita. Vaurioihin liittyvät terveyshaitat on todettu sekä suomalaisissa että kansainvälisissä tutkimuksissa. Ongelman vakavuus näkyy opettajilla todettujen, homealtistukseen liittyvien ammattitautien määrissä. Kyseisiä ammattitauteja todetaan Suomessa vuosittain kymmeniä.

Kansanterveyslaitoksella tehdyssä ja Kuopion yliopistossa tarkastetussa Riitta-Liisa Patovirran väitöskirjatutkimuksessa selvitettiin viiden koulurakennuksen kosteus- ja homevaurioiden aiheuttamia terveyshaittoja opettajille. Opettajien terveydentilaa ja koulurakennusten rakennusteknistä ja mikrobiologista kuntoa selvitettiin ennen kosteusvauriokorjauksia ja korjauksen päätyttyä. Tutkimuksessa todettiin kosteus- ja homevauriokoulujen opettajilla runsaasti hengitystietulehduksia, kuten poskiontelo- ja keuhkoputkentulehduksia, silmätulehduksia sekä yleisoireita, kuten väsymystä ja päänsärkyä. Erityisen paljon oireita esiintyi naisilla, ikään-tyvillä ja opettajilla, joilla oli pitkä työhistoria. Yhdessä tutkimuksen homekouluista löytyi astmaryvästymä, jossa joka neljännellä koulun opettajalla oli todettu astma.

Tutkimuksessa havaittiin, että altistuneiden opettajien kohonneet, verestä mitattavat seerumin homespesifit vasta-ainetasot liittyivät poskiontelotulehduksiin. Muutoin vasta-ainetasoissa ei ollut eroja tapauskoulujen ja vaurioitumattoman vertailukoulun opettajien välillä. Altistuksen vaikutuksia keuhkojen toimintaan arvioitiin mittaa-

malla opettajien keuhkofunktioita. Ei-astmaattisilla opettajilla todettiin PEF-mittauksissa (uloshengityksen huippuvirtausmittauksissa) alenevaa altistuksen aikana.

Koulujen kosteusvaurio- ja homekorjaukset vähensivät tutkimuksen mukaan merkittävästi opettajien sairastamia hengitystie- ja silmätulehduksia sekä yleisoireita kuten väsymystä. Korjausten jälkeen kolmen vuoden seurannassa ei myöskään uusia astmatapauksia enää todettu. Korjausten jälkeisessä spirometriaseurannassa opettajien keuhkojen toimintaa mittaavat puhallusarvot olivat normaalilla tasolla.

Koulurakennusten kosteus- ja homevauriot ovat merkittävä riskitekijä opettajien terveydelle. Lisääntyneet poissaolot ja sairauskäynnit aiheuttavat kustannuksia kunnille ja heikentävät opettajien terveyttä ja elämänlaatua. Krooniset sairaudet kuten astma voivat aiheuttaa pysyvän terveyshaitan, joka on koko loppuiän rajoite. Koulujen kosteusvauriokorjaukset ovat ennalta ehkäisevää terveydenhuoltoa parhaimmillaan. ■

Kansanterveyslaitoksen julkaisusarja A. ISBN 951-740-503-0

*Riitta-Liisa Patovirta
Kuopion yliopisto
KTL, ympäristöterveyden osasto*

Tässä väitöstyössä käsiteltiin tunnistettavan ympäristöpäästölähteen lähistön terveysriskin arviointiin liittyviä tilastollisia menetelmiä sekä niiden soveltamista. Esimerkkeinä tarkasteltiin syövästä suhteellista riskiä muun muassa vanhan asbestikaivoksen, entisen kaatopaikan ja saastuneen joen ympäristössä sekä talousvesiongelmallisessa maaseutukunnassa. Tilastolliset mallit ottavat huomioon vertailualueen sekä väestön sosioekonomisen aseman syöpäriskin arvioinnissa. Kehittyneillä tilastomenetelmillä lisätään syöpäriskin arvion luotettavuutta.

Monet keskeiset ympäristön altistavat tekijät ovat lähtöisin pistemäisistä päästölähteistä, kuten

Terveyden edistämisen keskuksen ja Kansanterveyslaitoksen yhteistyönä ilmestyneessä verkkokulkaisussa annetaan tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille niistä psykososiaalisista hoitomuodoista, joista on paras tutkimuksellinen näyttö.

Diagnosoitavia päihdehäiriöitä, haitallinen käyttö tai riippuvuus, on nuoruusikäisistä noin 5–10 %:lla, ja ne aiheuttavat merkittävää psyykkistä ja sosiaalista haittaa paitsi nuoruudessa myös myöhemmin aikuisuudessa. Päihdehäiriöiden riski- ja suojatekijöiden tunnistamisella on keskeinen merkitys: hoidossa pyritään vahvistamaan havaittujen suojatekijöiden vaikutusta ja vähentämään riskitekijöiden vaikutusta. Päihdehäiriön diagnosoimisen lisäksi tulee kartoittaa nuoren muut

Pienaluemenetelmillä luotettavia arvioita syöpäriskistä

kaatopaikoista tai teollisuuslaitoksista. Paikkatietojärjestelmien voimakkaan kehittymisen myötä näiden vaikutuksista terveyteen on tullut haasteellisia epidemiologisen tutkimuksen kohteita. Väitöstyössä tarkasteltujen menetelmien erityispiirteenä oli paikkatiedon hienojakoisuuden (metriset koordinaatit) hyödyntäminen riskin mallintamisessa.

Perinteiset epidemiologiset menetelmät voivat tuottaa epävarman arvon riskistä, kun analysoitavan alueen väestömäärä on pieni. Ne eivät myöskään ota huomioon mahdollista naapurialueiden välistä riippuvuutta.

Väitöskirjatyössä kehitettiin Bayesilaisia mallinnusmenetelmiä suhteellisen riskin arvioon liittyvän epävarmuuden vähentämiseksi. Kyseiset mallit tasoittavat arvioitun riskin eroja naapurialueiden välillä ja ottavat huomioon aineistossa olevan alueellisen riippuvuuden.

Paikkatietoon perustuva järjestelmä sopii ympäristöongelman tilanteessa alustavaksi ja suuntaa antavaksi työkaluksi tutkijan tai terveysviranomaisen käyttöön. Järjestelmä perustuu rekistereihin, ja siksi se tuottaa tuloksia viiveettä ja sitä voidaan käyttää yksityiskohtai-

sempien epidemiologisten tutkimusten hypoteesien luomiseen.

Väitöskirjatutkimus on osa Kansanterveyslaitoksen ja Suomen syöpärekisterin kehittämää rekisteripohjaista pienaluejärjestelmää terveyshaittojen arvioimiseksi. ■

*Esa Kokki, lehtori
Kuopion yliopisto, matematiikan ja tilastotieteen laitos
Esa.Kokki@uku.fi
KTL, ympäristöterveyden osasto*

NUORTEN PÄIHDEHÄIRIÖIDEN HOITO -verkkojulkaisu

Kirjoittajat: Jaana Lepistö, Bettina von der Pahlen ja Mauri Marttunen

tukea tai hoitoa vaativat ongelmat, joista erityisesti muut mielenterveyshäiriöt on hoidon suunnittelussa huomioitava.

Eniten tutkimusnäyttöä on kertynyt CBT:stä ja integroiduista hoidoista. Sen sijaan lääkehoitoa on nuorten päihdehäiriöissä tutkittu hyvin vähän. Hoidon nykysuuntauksia ovat avohoitopainotteisuus, kokonaisvaltaisuus, joustavuus, räätälöitävyys ja nuoren kehityksellisen vaiheen huomioiminen. Laitoshoitoa tarvitaan, kun avohoidon keinot eivät riitä ja/tai nuorella on muu vakava mielenterveyshäiriö tai hän on vakavasti itsetuhoinen.

Nuorten päihdehäiriöiden tehokas hoito edellyttää päihdehuollon, nuorisopsykiatrian, lastensuojelun ja kouluterveydenhuollon yhteistyön tiivistämistä. ■

*Jaana Lepistö, tutkija
KTL, mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto*

Psykososiaaliset hoidot voidaan jakaa yksilökeskeisiin, perhekeskeisiin ja integroituihin hoitoihin.

- Yksilökeskeisiä hoitoja, joissa kohteena on yksilön sisäinen muutos, ovat kognitiivis-behavioraaliset hoidot (CBT), yhteisö vahvistusohjelmat, motivaatiota vahvistavat hoidot, terapeuttinen yhteisöhoito ja 12 askeleen ohjelmat.
- Perhekeskeisiä hoitoja, joissa hoitotoimet kohdistuvat perheen sisäiseen systeemiin, edustavat erilaiset perheterapeuttiset interventiot, mm. systeeminen ja behavioraalinen perheterapia.
- Integroiduista hoidoista, joissa yhdistellään yksilö- ja perhekeskeisten hoitojen teoriataustaa sekä hoitomenetelmiä, aineistossa esitellään multisysteeminen terapia (MST).

www.ktl.fi/julkaisut

Professori Pauli Leinikki siirtyy eläkkeelle kesäkuun lopussa

Työtovereilla oli ilo nauttia Paulin kanssa eläkkeelle siirtymiskahvit hänen viimeisenä virallisena työpäivänään 1.4.2005.

Pauli Leinikki on palvellut KTL:a lähes 20 vuotta; ensin 1987 toimintansa alkaneen HIV-laboratorion johtajana ja viimeksi 10 vuoden ajan infektioepidemiologian osaston johtajana. Hän toimi myös kymmenen vuoden ajan Kansanterveyslehden päätoimittajana.

Paulin rooli on ollut merkittävä HIVin torjunnassa Suomessa, kansallisen tartuntatautien seurannan ke-

hittämisessä, lähialueyhteistyössä HIV-tutkimuksen ja -torjunnan eteenpäin viemiseksi sekä EU:n tartuntatautien seurannan yhteistyön kehittämisessä. Pauli jatkaa edelleen aktiivisesti toimintaansa edellä mainittujen aiheiden kanssa projektityössä.



Kuvat: P. Halsti 2005



YK:n erityislähettilään vierailu

Adolf Ogi, YK:n pääsihteeri Kofi Annanin erityislähettiläs, vieraili KTL:ssä maaliskuussa.

Ogin tehtävänä on etsiä keinoja edistää rauhaa ja kehitystä urheilun ja liikunnan kautta luomalla yhteyksiä YK:n ja urheilujärjestöjen välille.

Opetusministeriön vieraana ollut Adolf Ogi tutustui KTL:n lisäksi urheilujärjestöjen toimintaan ja vieraili Tiedekeskus Heurekassa ja Vierumäen urheiluopistossa.

Adolf Ogi on Sveitsin entinen presidentti ja maan olympiakomitean kunniamies.

Adolf Ogi (oik.) pääjohtaja Pekka Puskan kanssa, kuva T. Ihalainen 2005.



Kansanterveyslaitos
Folkhälsöinstitutet
National Public Health Institute

Kansanterveyslaitos Päärakennus

Mannerheimintie 166
00300 Helsinki
Puhelin (09) 474 41
<http://www.ktl.fi>

Päätoimittaja

Pentti Huovinen
Kansanterveyslaitos
PL 57, 20521 Turku
Puhelin (02) 3316 601 /
0400 442 637
Faksi (02) 3316 699
pentti.huovinen@ktl.fi

Toimituksen avustaja

Pia Halsti
Mannerheimintie 166
00300 Helsinki
pia.halsti@ktl.fi
Puhelin (09) 4744 8813
Faksi (09) 4744 8746

Tartuntatautirekisteri

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

Epidemiakonsultaatiot

Puhelin (09) 4744 8557
Rokotusneuvonta
Matkailijoiden rokotukset
arkisin klo 10–12
Puhelin (09) 4744 8485

Muu rokotusneuvonta (rokotus-
aikataulut, neuvolarokotukset,
haittavaikutukset) arkisin klo 9–12
Puhelin (09) 4744 8243

Ympäristöongelmaneuvonta

Puhelin (017) 201 325

Painopaikka: Yliopistopaino 2005
ISSN 1236-973X

*Osoitteenmuutokset ja tilaukset
toimituksen avustajalle.
Lehden aineistoa lainattaessa on
lähde aina mainittava.*

Kansanterveys

KTL:n tiedotuslehti
www.ktl.fi/kansanterveyslehti