

**Terveys kiinnostaa
kansalaisia yhä enemmän
s.3**

**Terveyserot kärjistyvät
kilpailuyhteiskunnassa
s. 4 ja 7**

**Suomalaiset väestötutkimukset
s. 10**



Suomalaisten terveys kohenee jatkuvasti, mutta hyvä ei jakaudu tasaisesti.

● Tässä numerossa

- 2 Päätoimittajalta
- 3 Pääkirjoitus: Kansanterveys valtion haasteena

Suomalaisten terveys

- 4 Kansan terveys osaksi kaikkea politiikkaa
- 5 Kansanterveystieto pitää työstää paikallisiin oloihin
- 7 Sosioekonomiset terveyserot – Suomen kansanterveyden keskeinen ongelma
- 10 Työikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys
- 11 Näköala suomalaisten terveyteen
- 12 Väestötutkimuksilla tietoa suomalaisten terveydestä

Tartuntataudit

- 14 Tartuntatautilanne
- 17 Verkossa kohti savutonta elämää
- 18 KTL tutkii: Humalahakuinen juominen lisää masennusta
- 20 Väitöskirjauutiset
- 21 Ajankohtaista

päätoimittajalta



Kansanterveyslehden tehtävä on välittää tutkimukseen perustuvaa terveystietoa. Haluamme kertoa suomalaisten terveydentilassa tapahtuvista muutoksista, sairauksien esiintyvyydestä sekä tarvittavista toimista niiden ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi.

Kansanterveyslehteä tehdään kaikille terveydenhuollon piirissä toimiville, terveydenhuollon asiakkaita hoitaville, päättäjille ja niille, jotka ovat kiinnostuneita terveyden edistämisestä.



Tässä lehdessä johtaja Tapani Melkas sosiaali- ja terveysministeriöstä ja terveyskeskuslääkäri Krista Korhonen Liedon terveyskeskuksesta kertovat niistä näkemyksistä ja toiveista, jotka ovat päättäjillä ja kentällä toimivilla asiantuntijoilla päällimmäisenä mielessä, kun puhutaan terveyden edistämisestä. (s. 4).

KTL seuraa väestön terveydentilaa monin eri tavoin. Terveys 2000 -tutkimus, FINRISKI sekä aikuisväestön terveyskäyttäytymistä tutkiva AVTK-tutkimus antavat monipuolista ja ajantasaista tietoa aikuisten terveydestä. Haluamme tutustuttaa lukijat näihin seurantatutkimuksiin (s. 12).



Sosiaaliryhmien väliset terveyserot ovat erityinen huolenaihe. KTL:n pyrkii yhdessä muiden toimijoiden kanssa löytämään ratkaisuja terveyserojen kaventamiseen (s. 7).

KTL tarjoaa tarttuvien tautien epidemiaseurannan ajantasaiset tiedot internetin välityksellä (www.ktl.fi/ttr; s. 16). Tulevissa lehdissä keskitymme lyhyen aikavälin tilastojen sijasta seuraamaan tarttuvien tautien pitemmän aikavälin trendejä ja ajankohtaisia uutisia.



Toivotamme Sinut tervetulleeksi Kansanterveyslehden lukijaksi. Saat joka vuosi kymmenessä numerossa yli 200 sivua tiivistettyä tietoa siitä, mitä terveyden edistämisen ja suojelun saralla tapahtuu. Tammi-kuun aikana tarjoamme lehteä kohdennetusti lääkäreille. Lehden saat maksutta. Tilaaminen tapahtuu yksinkertaisesti internetin kautta (ks. alla).

Tervetuloa yhdessä edistämään ja suojelemaan suomalaisten terveyttä!

Pentti Huovinen

päätoimittaja

Kansanterveys-lehti

Tilaa Kansanterveys-lehti

Tilauslomake löytyy verkosta www.ktl.fi/kansanterveyslehti > Tilaa
Voit valita paperilehden tai tilata sähköpostitiedotteen verkkolehden ilmestymisestä.
Lehti on terveydenhuollon ammattilaisille maksuton.

Kansanterveys valtion haasteena

Suomalaisten terveys on usealla kriteerillä arvioituna parempi kuin koskaan aiemmin. Haasteita kuitenkin riittää, ja ne ovat hyvinkin erityyppisiä. Samalla kun terveys kiinnostaa kansalaisia yhä enemmän, muuttuvat terveysasiat yhä monitahoisemmiksi. Asiantuntijatiedolle ja asiantuntijoiden toiminnalle asetetut vaatimukset kasvavat.

Kansanterveyslaitoksen tehtävänä on olla maan terveystoiminnan johdon, sosiaali- ja terveysministeriön alainen vahva tutkimus- ja asiantuntijalaitos, joka kattaa kansanterveyden tärkeimmät alueet. Korkeatasoisen tutkimuksen ja siihen liittyvän kansain-

välisen yhteistyön seurauksena syntyvä asiantuntemus pyritään välittämään suomalaisten terveydeksi.

Keskeisiä KTL:n vaikuttamisen keinoja ovat eri asiantuntijatehtävät niin valtionhallinnossa kuin muualla, terveydenhuollolle ja kansanterveystyölle annettava ohjeistus, tiedotus eri toimijatahoille ja suurelle yleisölle sekä laajalainen yhteistyö. Laitoksen vuorovaikutus koskee niin valtiovaltaa ja kuntia kuin järjestöjä ja elinkeinoelämää. KTL:n roolia ja veloituksia kunnallisen kansanterveystyön ohjauksessa vahvistettiin hiljattaisella kansanterveyslain muutoksella.

Terveysseuranta on muodostunut yhä tärkeämmäksi Kansanterveyslaitoksen tehtäväkentäksi. Kun terveystyön keskitetty ohjaus on pitkälti purettu, on entistä tärkeämpää, että valtiovallalla on riittävä tieto kansalaisten sairauksien ja terveydentilan kehittymisestä, niin maan eri osissa kuin eri väestöryhmissä. Tärkeää on myös seurata terveyteen vaikuttavia tekijöitä, joihin terveystyö suuntautuu. Tämä koskee erilaisia riskitekijöitä, elintapoja, elinympäristöä sekä myös terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn toteutumista.

Tässä Kansanterveys-lehden numerossa esitellään eräitä keskeisiä tietoja KTL:n to-



Ilari Järvinen / Museokuva

teuttamasta monipuolisesta väestön terveysseurannasta – sen liittymistä suomalaisten terveyden suojeluun ja edistämiseen sekä erilaiseen terveystutkimukseen. Euroopan tautikeskuksen, ECDC:n, perustaminen on osaltaan lisännyt veloitteitamme tartuntatautien seurannassa.

Terveystyötä tarvitaan jatkuvasti. Maailma ja olosuhteet muuttuvat; työn tulee kehittyä sen mukana. Tarvitaan pätevää tutkimusta ja vahvaan asiantuntijatiimien pohjautuvaa terveystyötä. Puhuttaessa valtion roolista ja julkisen rahoituksen rajoista on muistettava, että väestön yleinen terveys – public health – on kaikissa yhteiskunnissa valtion keskeisimpiä veloituksia. Tämä on Suomen osalta todettu myös uusitussa perustuslaissa.

Ihmiset ovat terveysasioista kiinnostuneita, mutta tarvitsevat ja haluavat tätä tukevaa ympäristöä. Lisääntyvän kaupallisuuden ja yksilöllisyyden maailmassa tarvitaan julkisen vallan vastuuta siitä, että kansalaisilla on riittävät mahdollisuudet ja edellytykset sairauksien ehkäisyyn ja terveytensä edistämiseen.

Terveysseuranta on yhä tärkeämpi osa Kansanterveyslaitoksen tehtäväkenttää.

Pekka Puska
Pääjohtaja

Suomalaisten terveys kohenee, mutta hyvä ei jakaudu tasaisesti. Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamiseen tarvitaan kaikki yhteiskunnan toiminnot läpäisevä näkemys terveydestä. Kansanterveyslaitokselta odotetaan tiiviimpää vuorovaikutusta kuntien kanssa. Pelkkä asiantuntijarooli ei riitä, painottaa johtaja **Tapani Melkas**.

Tehokkaat toimenpidepaketit alkoholin kulutuksen vähentämiseksi ja ravitsemuksen ja liikunnan tasapainon korjaamiseksi sekä laaja toimintakokonaisuus väestöryhmien välisten terveyserojen vähentämiseksi listaa johtaja Tapani Melkas omia toiveitaan terveyspolitiikan suunnaksi. Sosiaali- ja terveysministeriön terveysosastolla työskentelevän johtajan mielestä suomalaisten terveys kehittyi edelleen myönteisesti, mutta kehitys ei koske samalla tavalla kaikkia väestöryhmiä.

- Väestöryhmien väliset erot, jotka ovat meillä olleet varsin suuria, ovat säilyneet ja joiltakin osin jopa kärjistyneet. Erot yleensä kärjistyvät silloin, kun yhteiskuntapolitiikassa korostuu kilpailu. Vahvat pärjäävät hyvin ja huonot asiat kasaantuvat heikommille. Toivoisin suunnan kääntyvän takaisin kohti solidaarisempaa yhteiskuntaa, sanoo Melkas.

Sosioekonomisten terveyserojen juuri on muualla kuin terveyspolitiikassa.

- Pyrkinessään kaventamaa terveyseroja, STM kantaa vastuuta alueesta, johon sen vaikutusmahdollisuus on aika kapea. Asiaa ei korjata yksittäisellä tempulla. Tarvitaan laaja joukko toimijoita ja koko yhteiskunnan läpi käyvää toimintaa, terveysnäkökulmaa kaikkeen politiikkaan. Mutta ei ministeriön pidä omaakaan vastuuta väheksyä. Kyllä meilläkin mahdollisuus vaikuttaa, painottaa Melkas.

Terveys kaikkeen politiikkaan

Health in all policies – Terveys kaikissa politiikoissa on Suomen tulevan EUpuheenjohtajuuskauden otsikko vuoden 2006 syksyllä. Aihe on nostettu esille siksi, että ongelma koskee koko Euroopan unionia.

- Vaikka perustamissopimuksessa säädetään, että terveyden suojelu pitää ottaa huomioon kaikissa politiikoissa, voidaan käytännössä nähdä paljon esimerkkejä siitä, ettei näin oikeasti tapahdu.



Kansan terveys osaksi kaikkea politiikkaa

Terveysnäkökulman ulottaminen kaikkeen politiikkaan on vaikea haaste. Asia ei kuitenkaan ole meille uusi.

- Meillä on tehty terveysohjelmia ja pitkään. Vuonna 1985 hallituksen terveyspoliittisessa selonteossa käsiteltiin paljon myös muiden hallinnonalojen toimia. Niiden mukaan saaminen on kuitenkin haastavaa, koska kaikilla alueilla on omat tavoitteensa eivätkä ne välttämättä halua lähteä toteuttamaan muiden tavoitteita.

Melkaksen mielestä terveysnäkökulma löytyy kaikkiin yhteiskunnan toimintoihin. Muille hallinnonaloille näkökulman hyötyä voidaan myydä taloudellisilla argumenteilla, jotka aina painavat. Terveyden menettämisestä aiheutuvat kustannukset

tulevat kuitenkin kaikkien maksettavaksi. Terveyden merkitys näkyy myös kansalaisten arvotuksessa.

- Kun perustarpeet on tyydytetty, tulevat terveyden kaltaiset arvot yhä tärkeämmiksi. Useimmat nostavat terveyden ensimmäiseksi asiaksi, kun kysytään, mikä on elämässä tärkeää.

Terveyttä voidaan ajatella myös tuotavana toimintana. Terve ja työkykyinen väestö on kansantuotteen kasvun kannalta ilman muuta parempi kuin sairas. Jos puhutaan talouskieltä, niin terve väestö on valtiolle ja kunnalle kilpailuetu.

- Mitään muuta tuotannon alaa ei tarkastella vain kulujen näkökulmasta. Kaupallisesti tuotettujen hyvinvointipal-

velujen katsotaan olevan hyödyllisiä sillä perusteella, että kuluttaja on ne valinnut. Kukaan ei pohdi, onko esimerkiksi kosmetiikkaan käytetty raha hyödyllistä vai hukkaan heitettyä. Jostain syystä terveydessä katsotaan aina sitä menopuolta. Nykyisin terveyden tuottoja voidaan kuitenkin arvioida varsin hyvin, huomauttaa Melkas.

Tieto terveystieteen suuntaajana

Suomalaisten terveydestä tuotetaan jatkuvasti uutta tietoa. Melkaksen mielestä kansanterveyttä koskeva tieto otetaan useimmiten huomioon terveystieteen kehittäessä. Aina tieto ja päätökset eivät kuitenkaan kulje käsi kädessä.

– Meillä panostetaan koti- ja vapaa-ajan tapaturmiin paljon vähemmän kuin työ- ja liikennetapaturmiin, vaikka ne aiheuttavat kaikkein suurimman kansanterveydellisen kuorman.

Melkas toivoo, että tieto kansanterveyden tilasta ja sen tarjoamat ennalta ehkäisyyn mahdollisuudet ohjaisivat selkeästi myös kuntia, missä merkittävä osa terveystieteen päätöksistä tehdään.

– Minulla on sellainen huoli, että kunnissa ei niinkään vielä seurata kunnan asukkaiden terveydentilaa, vaan toimista päätetään muilla perusteilla, pääasiassa ehkä palvelukysynnän pohjalta.

Kansanterveyslaitokselta Melkas odottaa aktiivisuutta kuntiin päin. Hänen mielestään laitoksen tehtävä on tukea kuntia niiden työssä asukkaiden terveyden hyväksi.

– KTL:ssä on joitakin tehtäväalueita, joilla vuorovaikutus kuntien kanssa toteutuu aika mallikelpoisesti. Tartuntatautien torjunta on esimerkki läheisestä yhteistyöstä, jossa kunnat luottavat KTL:een ja laitos viestii kunnille, miten missäkin tilanteessa on toimittava ja mikä tilanne on Suomessa tai maailmalla. Samanlaista toimintaa kaivataan muillakin terveyden osa-alueilla.

KTL:n pitää olla myös aktiivinen terveyden puolestapuhuja. Pelkkä viileä asiantuntijarooli ja tiedon tuottaminen ei riitä. Tutkimuksen tulisi konkretisoida viesteiksi ja toiminnaksi. Yksi laitoksen haasteista on mieltä, mitkä voisivat olla ensimmäisiä askelia kohti sosioekonomisten terveyserojen kaventamista ja tätä kautta parempaa kansanterveyttä. ●

Maria Kuronen

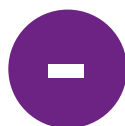
Lääkäri Krista Korhonen Liedosta sanoo, että terveyskeskusten pitäisi saada profiloitua kansanterveyden hoitamiseen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn.



Kansanterveystieto pitää työstää paikallisiin oloihin

Kansanterveydestä koottu tieto voisi hyödyttää perusterveydenhuollon toimintaa paremmin, jos jollakulla olisi terveyskeskuksissa aikaa miettiä, miten tietoa sovelletaan. Tieto kun ei itsekseen jalostu käytännöiksi, vaan siihen tarvitaan lattiatason organisatorisia muutoksia. Ne taas pitää jonkun laatia ajatuksella ja niin, että myös paikalliset olot otetaan suunnitelmassa huomioon, toteaa terveyskeskuslääkäri

Krista Korhonen.



Terveyden väestönäkökulma kiinnostaa meitä todella paljon, vakuuttaa Krista Korhonen työhuoneessaan Härkätien terveyskeskuksessa Liedossa.

– Kansanterveyden trendejä koskeva tieto on tärkeää, kun suunnittelemme tulevaisuuden tarpeita ja sitä, kuinka kohdennamme resurssimme hyödyllisesti varsinkin nyt, kun meille tulee koko ajan uusia potilasryhmiä hoidettavaksemme, Korhonen toteaa.

Siihen, että kansalliset terveystieteen linjaukset eivät ehkä näy päättäjien toivomalla tahdilla terveydenhuollon käytännöissä, on selvä syy.

– Me kaikki teemme täällä terveyskeskuksessa perustyötä, jota kaikilla on kädet täynnä. Potilaita tulee ovista, ikkunoista ja puhelinlankojakin pitkin sellaisia määriä, että siinä sivussa ei ehdi miettimään, miten kehittäisimme näitä toimintojamme eteenpäin!

Terveyskeskusten toiminnan pitäisi painottua ennaltaehkäisevään terveystyöhön.

Räätälöityjä hoitoketjuja

Ihannetapauksessa joku terveyskeskukseen kokeneista lääkäreistä voisi – pätevän sijaisen jatkaessa hänen töitään – siirtyä vastaanoton oravanpyörästä joksikin aikaa suunnittelutyöhön. Hän voisi perehtyä kansanterveyttä luotaavaan tietoon ja pohtia, kuinka se muutetaan juuri tässä terveyskeskuksessa asiakkaiden nykyisiä ja tulevia tarpeita parhaiten palvelevaksi toiminnaksi.

Krista Korhonen toteaa, että esimerkiksi toimivia hoitoketjuja ei polkaista tuosta vain esiin ja käyntiin. Hoitoketjulla on edellytykset toimia vasta, kun se on huolellisesti rakennettu ja oikein resursoitu.

Omat haasteensa kansanterveystiedon hyödyntämiseen ja terveystieteiden tavoitteiden toteuttamiseen tuovat paikalliset erot toimintakulttuureissa. Huomioon pitää ottaa myös nopeastikin muuttuvat kuntien olot

– No, me tiedämme esimerkiksi, että aikuisiän diabetes lisääntyy koko ajan. Mitä tämä tieto merkitsee sitten meidän terveyskeskuksessamme, kun alueemme kunnista Lieto on lapsivoittoinen, kun taas Tarvasjoella, Koski TL:ssä ja Marttilassa on enemmän ikääntynyttä väkeä. Paitsi että Tarvasjoesta näyttää nyt kehkeytyvän kunta, jonne esimerkiksi turkulaiset lapsiperheet alkavat muuttaa, Krista Korhonen pyörittää esimerkiksi.

Ennaltaehkäisy kannattaisi

Terveyskeskusten toiminnan pitäisi Krista Korhosen mielestä painottua selvästi ennaltaehkäisevään terveystyöhön. Varsinkin neuvolatyössä Korhonen on nähnyt, kuinka lääkäri voi tehdä paljon lasten ja perheiden terveyden hyväksi, kun asioihin päästään puuttumaan ajoissa. Pienten lasten vanhemmilla on myös yleensä tahtoa ja valmiuksia elämäntapamuutoksiin, eli lääkärin neuvot lankeavat hedelmälliseen maaperään.

Vastaanottojen tosielämässä ehkäisevä terveystyö tahoo enimmäkseen jäädä sairauksien hoitamisen jalkoihin.

Terveyskeskuksissa hoidetaan nykyisin yhä enemmän potilaita, jotka kuuluivat ennen erikoissairaanhoidon vastuulle. Krista Korhonen on ollut kaksikymmentä vuotta terveyskeskuksessa, ja hänestä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjaossa ollaan tulossa pattitilanteeseen.

– Perusterveydenhuollossa hoidetaan koko ajan enemmän vakavasti monisairaiden ja hyvinkin harvinaisia sairauksia sairastavien potilaiden kontrolleja. Tämä ei voi enää kauan jatkua näin, sillä meidän rahkeemme eivät yksinkertaisesti riitä. Erikoissairaanhoidon rakenteita täytyy varmasti ryhtyä jotenkin purkamaan, jos se ei pysty hoitamaan omaa osuuttaan.

Krista Korhonen ei työtä pelkää, mutta hän uskoo, että perusterveydenhuollosta saataisiin paljon enemmän irti, kun se saisi profiloitua kunnolla kansanterveyden hoitoon.

– Meillä pitäisi olla selkeät rajat. Voisimme panostaa esimerkiksi neuvolatyöhön, kouluterveydenhuoltoon ja vanhusien huoltoon, Korhonen toteaa.

Puolueeton tieto hakusalla

Krista Korhonen on koko uransa ajan seurannut aktiivisesti suomalaisten kansanterveyden kehitystä. Ydintietoa ja itselleen tärkeää dataa hän on säilönyt mappeihin työhuoneeseensa. Korhosen kokemus on, että väestön tasolla liikkuva terveystieto on hajanaista ja vaikeasti kerättävää. Alueellista väestötietoa on niukasti. Härkätien terveyskeskuksessa odotellaankin mielenkiinnolla, mitä sosiaali- ja terveystieteiden Tieto 2015-hankkeesta seuraa.

– Sairauksien hoidosta ja hoidon vaikuttavuudesta saamme paljon tietoa lääkeyrityksiltä, ja vaikka se on sinänsä oikeaa informaatiota, on se aina suodatettu yritysten tarpeiden mukaan. Tieto ei suinkaan aina painotu sen mukaan, mikä olisi tärkeää, vaan siten kuin yrityksen

Väestötason terveystieto on hajanaista ja vaikeasti kerättävää.

taloudelliset intressit vaativat, Korhonen sanoo.

Lääkkeiden voimakas markkinointi kuormittaa terveyskeskuksia, kun se tuo vastaanotoille vaikkapa ikämiehiä, jotka lääkemainonta on saanut huolestumaan ja uskomaan, että heillä on hoitoa vaativa sairaus, impotenssi.

Erektio-ongelmien kaltaisten ”tautien” sijaan etulinjan lääkärinä olisi järkevämpää suunnata terveyskeskuksen niukkoja voimavaroja esimerkiksi verenpaineen, diabeteksen sekä prediabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon.

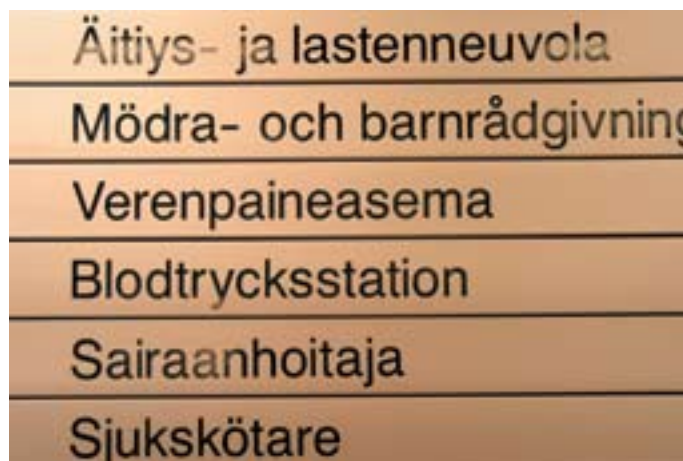
Terveydenhuollossa on heitäkin, jota eivät enää jaksa uskoa valistuksen sairauksia ehkäisevään voimaan. Krista Korhosen kokemus on toinen. Hänestä suomalaiset ovat erittäin valveutuneita, ja ainakin he yrittävät noudattaa lääkärin elämäntapajä ja hoito-ohjeita. Osa onnistuu terveemmän elämän pyynnöissä, osa ei.

Kovaa elämää lapsesta lähtien

Terveydenhuoltojärjestelmä ei voi olla yksin vastuussa terveystieteiden pyrkimysten toteuttamisesta, Krista Korhonen tähdentää. Hän ihmettelee esimerkiksi sitä, mitä haluaakaan jäsenilleen viestiä terveydestä yhteiskunta, joka myy alkoholia allella ja vaikkapa sallii ravintolayritysten olla auki hamaan aamuun. Terveydenhuoltojärjestelmä ei voi mitään sille, jos työelämä kuluttaa ihmiset loppuun tai että lapset uupuvat harrastus- ja suorituspainneissaan jo alaluokilla.

– Voi kun lapset saisivat olla ihan tavallisia lapsia, eikä heidän tarvitsi pärjätä niin mahdottomasti, Krista Korhonen toivoo. Hänestä on hälyttävää se, että kaikista koululaisista jo 20–25 prosentin arvellaan olevan erityisopetuksen tarpeessa. Onko tarve todellinen vai onko niin, että koulun vaatimukset alkavat olla liian kovat, kuuluu kriittinen kysymys. ●

**Liisa Koivula
Kuva Esko Keski-Oja**



Sosioekonomiset terveyserot - Suomen kansanterveyden keskeinen ongelma

Lähes kaikki terveysongelmat ovat yleisimpiä vähiten koulutettujen, työntekijä-ammateissa toimivien tai toimineiden ja pienituloisten keskuudessa. Vastaavasti terveimpiä väestöryhmiä ovat eniten kouluja käyneet, ylemmät toimihenkilöt ja suurituloiset. Erityisesti sosioekonomisten ryhmien väliset kuolleisuuserot ovat Suomessa jyrkemmät kuin muissa Länsi-Euroopan maissa.

Työkäisten miesten keskuudessa työntekijöiden kuolleisuus on Suomessa lähes kaksi kertaa niin suuri kuin toimihenkilöiden kuolleisuus, mutta esimerkiksi Norjassa, Englannissa ja Italiassa vastaava ero on puolta pienempi (kuva 1). Suomalainen 35-vuotias mies elää keskimäärin 74-vuotiaaksi, jos hän on työntekijä, mutta 6 vuotta pitempään – 80-vuotiaaksi – jos hän on ylempi toimihenkilö (1). Naisilla vastaava ero on yli kolme vuotta.

Tämä elinajanodotteen ero sosiaaliryhmien välillä on 1980-luvun alusta suurentunut naisilla yhdellä vuodella ja miehillä 1,4 vuodella. Korkeakoulututkinnon suorittaneiden ja enintään perustasteen koulutuksen saaneiden välinen ero elinajan pituudessa on yhtä suuri, ja se on kasvanut yhtä nopeasti kuin sosiaaliryhmien välinen ero (2). Myös tuloryhmien väliset kuolleisuuserot ovat vähintään yhtä suuret: 30 vuotta täyttäneen väestön pienituloisimman kymmenesosan kuolleisuus on miehillä 2,4-kertainen, naisilla 1,7-kertainen suurituloisimpaan kymmenesosaan verrattuna (3).

Sairastavuudessa ja toimintakyvyn rajoitteissa sosioekonomisten ryhmien välillä on yhtä suuret erot kuin kuolleisuudessa (4,5). Kuva 2 osoittaa, että keski-ikäisessä väestössä perustasteen koulutuksen saaneiden kuolleisuus on miehillä yli kaksinkertainen ja naisilla lähes kaksinkertainen korkea-asteen koulutuksen saaneisiin verrattuna. Myös keskinkertainen tai sitä huonompi koettu terveys sekä pitkäaikaissairastavuus ovat alimmassa koulutusryhmässä kaksi kertaa niin yleisiä kuin ylimmässä koulutusryhmässä. Liikkumisvaikeuksissa koulutusryhmien välinen ero on tätäkin suurempi.

Mistä sosioekonomiset terveyserot johtuvat?

Terveyden eriarvoisuuden keskeinen taustatekijä on aineellisten ja kulttuuristen

yhteiskunnassa selviytymistä edistävien resurssien epätasainen jakautuminen väestössä. Tämä eriarvoisuus aiheuttaa eri mekanismien välityksellä terveyseroja. Koulutus muokkaa mm. terveyteen liittyviä tietoja ja arvoja sekä ammattitaitoa. Se, missä ammatissa ihminen toimii, puolestaan säätelee hänen altistumistaan terveyttä vaarantaville työympäristön tekijöille, ohjaa hänen käyttäytymistään ja vaikuttaa hänen toimeentuloonsa. Taloudellinen tilanne säätelee mm. kulumismahdollisuuksia sekä asuinoloja. Hyvä sosiaalinen asema luo ylipäätään paremmat tiedolliset ja taloudelliset edellytykset asua ja työskennellä terveyden kannalta edullisessa ympäristössä ja valita terveyttä edistäviä käyttäytymismalleja.

Terveyttä vaarantavista elintavoista mm. tupakointi ja epäterveelliset juomatavat ovat yleisimpiä vähän koulutettujen ja työntekijäammateissa toimivien keskuudessa. Miesten sosioekonomisista kuolleisuuseroista noin neljännes johtuu alkoholinkäyttöön liittyvistä tekijöistä (6), ja tupakoinnin osuus on suunnilleen yhtä suuri. Naisilla alkoholinkäytön ja tupakoinnin merkitys sosioekonomisten terveyserojen aiheuttajana on vähäisempi, ja suurelta osin tämän ansiosta sosioekonomiset erot etenkin kuolleisuudessa ovat naisilla vähäisemmät kuin miehillä. Myös ylipaino ja monet terveyden kannalta epäedulliset ruokatottumukset ovat yleisimpiä vähiten koulutusta saaneilla (4).

Terveyspolitiikan keskeinen tavoite on taata kaikille kansalaisille yhtäläinen terveyspalvelujen saatavuus ja laatu. Tästä huolimatta terveyspalvelutkin osaltaan kärjistävät terveyseroja. Esimerkiksi sepelvaltimokirurgisiin toimenpiteisiin ja kaihileikkauksiin toimihenkilöt pääsevät helpommin kuin työntekijät (7), ja akuuttia infarktia hoidetaan intensiivisemmin silloin, kun potilas on suurituloisen (8).

Työterveyshuollon kattavuus on keskimääräistä huonompi pienten työnantajien palveluksessa ja lyhyissä työsuhteissa olevien – usein pienituloisten – keskuudessa.

Osa terveyseroista johtuu edellä kuvattuun nähden käänteisestä syy-yhteydestä eli terveyteen liittyvästä valikoitumisesta: huono terveys tai sen määrittäjät voivat

heikentää henkilön sosiaalista asemaa, ja vastaavasti hyvä terveys ja sen edellytykset voivat kohentaa asemaa yhteiskunnassa. Sosioekonomiset terveyserot näyttävät kuitenkin johtuvan pääosin elinoloihin ja terveyskäyttäytymiseen sekä terveyspalveluihinkin liittyvistä tekijöistä, joihin ainakin periaatteessa voidaan vaikuttaa.

Hyvä sosiaalinen asema luo paremmat terveyden edellytykset.

Terveyserojen kehitysnäkymiä

Monet viimeaikaiset ja odotettavissa olevat yhteiskunnalliset muutokset, kuten pitkittynyt joukkotyöttömyys, työelämän muutokset, tuloerojen kasvu ja suurenevan maahanmuuttajaväestön vaikeudet löytää paikkaansa suomalaisessa yhteiskunnassa, saattavat edelleen suurentaa terveyseroja, kun kasvava joukko ihmisiä on vaarassa syrjäytyä muusta yhteiskunnasta. Alkoholijuomien hintojen laskun ja saannin helpottamisen seurauksena alkoholinkulutus on nopeasti kasvamassa ja tämä kehitys uhkaa jatkua, mikä lisännee nopeasti alkoholista aiheutuvia terveyshaittoja etenkin vähän koulutettujen ja työntekijäammateissa toimivien keskuudessa. Myös tupakoinnin ja muiden terveyteen vaikuttavien elintapojen erot ovat kasvamassa (9,10). Jos nuorten aikuisten nykyiset erittäin jyrkät sosioekonomiset erot tupakoinnissa (kuva 3) säilyvät tämän sukupolven vanhentuuksessa, tupakoinnin merkitys sosioekonomisten terveyserojen aiheuttajana kasvaa entisestään sekä miesten että naisten keskuudessa. Ehkäisevien palvelujen, kuten neuvolatoiminnan ja ▶

oppilasterveydenhuollon, supistaminen aiheuttanee sekin eniten haittaa huono-osaisimmissa väestöryhmissä. Lisäksi terveydenhuollossa otetaan käyttöön uusia, entistä tehokkaampia – ja usein myös aiempaa kalliimpia – menetelmiä, joista aiemman kokemuksen valossa päässevät hyötymään ensisijaisesti sosiaalisesti parhaassa asemassa olevat henkilöt.

Miksi terveyserot ovat ongelma?

Sosioekonomisten ryhmien väliset terveyserot ovat merkittävä haaste tasa-arvoon tähtäävässä hyvinvointivaltiossa. Tällainen terveyden eriarvoisuus on keskeinen ongelma myös tavoiteltaessa mahdollisimman hyvää terveyden tasoa koko väestössä, sillä suurten väestöryhmien huono terveys heikentää merkittävästi koko väestön keskimääräistä terveyden tasoa. Suomessa ylimpien sosioekonomisten ryhmien terveys on jo kansainvälistä huipputasoa jopa suomalaisten omimpiin kuuluvassa terveysongelmassa, sydän- ja verisuonitaudeissa (11). Väestön terveys-tason merkittävä kohentaminen edellyttää sitä, että saavutetaan huomattavia edistysaskelia nimenomaan niissä väestöryhmissä, joihin koko väestön terveysongelmat kasautuvat.

Kuten kuvan 4 esimerkeistä käy ilmi, valtaosa monista väestön tavallisista terveysongelmista esiintyy enintään perusasteen koulutuksen saaneilla. Esimerkiksi päivittäin tupakoivista suomalaisista vain

runsaat 10 % kuuluu korkea-asteen koulutuksen saaneiden ryhmään ja peräti runsaat puolet on saanut enintään perusasteen koulutuksen. Monissa muissa terveysongelmissa tilanne on vielä kärjistyneempi. Voidaankin laskea, että esimerkiksi kävelyvaikeuksista kärsivien suomalaisten lukumäärä pienenesi alle puoleen nykyisestä, jos kävelyvaikeuksien ikävakiointu yleisyys pienenesi muissa koulutusryhmissä yhtä alhaiseksi kuin korkea-asteen koulutuksen suorittaneiden keskuudessa. Vastaavasti esimerkiksi diabeetikoiden ja polviartroosia sairastavien määrä koko väestössä pienenesi yli kolmanneksella, jos muiden koulutusryhmien sairastavuus alenisi ylimmän koulutusryhmän tasolle (Martelin, Sainio ja Koskinen, julkaisemattomia laskelmia). Sen sijaan ylimpien sosioekonomisten ryhmien terveyden koheneminen ei vaikuta koko väestön terveyteen läheskään yhtä paljon. Vaikka korkea-asteen koulutuksen suorittaneista enää kukaan ei tupakoi eikä heistä kukaan myöskään potisi selkärehtymää, näiden kansanterveysongelmien määrä Suomessa pienenesi vain hieman yli 10 prosentilla.

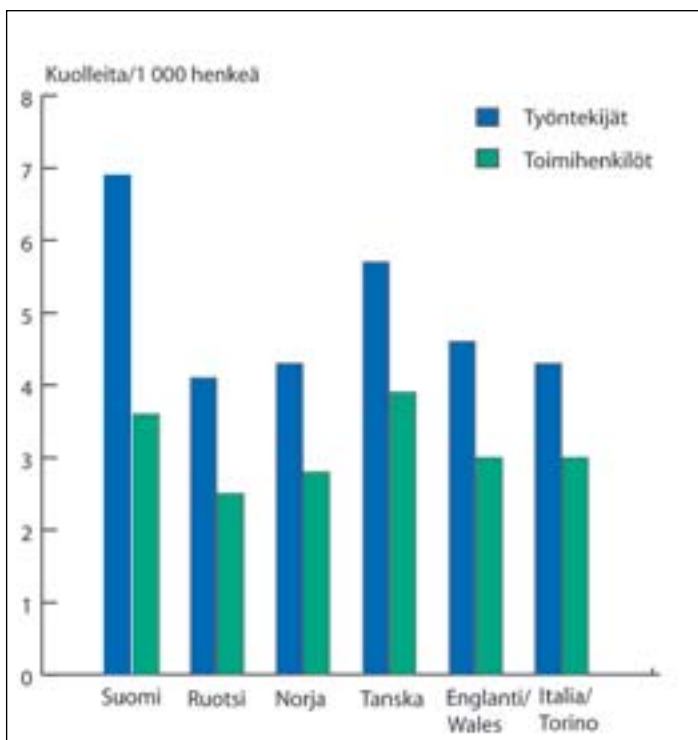
Monet koko yhteiskuntapolitiikan tärkeimmistä haasteista edellyttävät, että väestön keskimääräinen terveys ja toimintakyky merkittävästi kohenevat ja ettei kasvava osa väestöstä syrjäydy työelämästä ja muilta yhteiskunnan toimintakentiltä. Perusasteen koulutuksen saaneiden, työntekijäammateissa toimivien ja pientuloisten terveyttä on siksikin huomatta-

vasti parannettava, jotta työllisyysastetta saadaan kohotettua ja ikääntyvän väestön hoidon ja hoivan tarpeeseen kyetään vastaaminen.

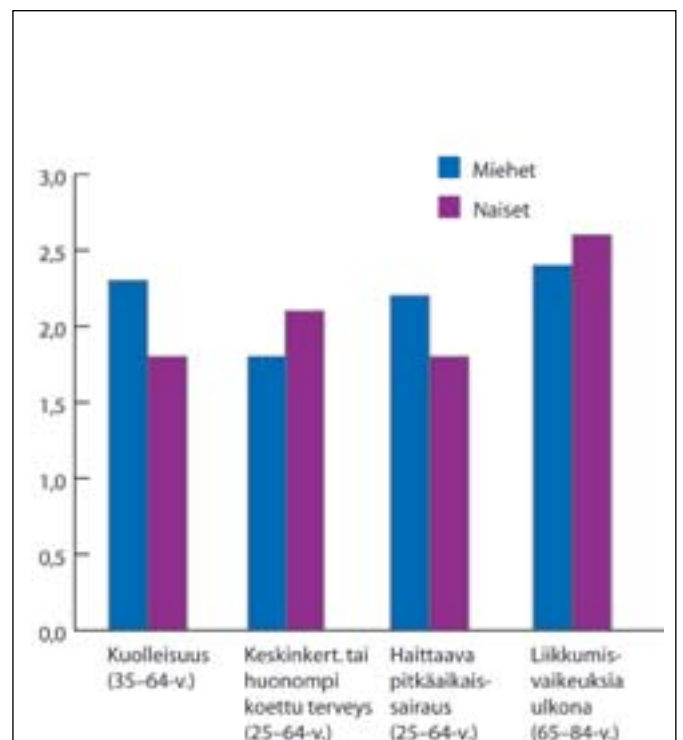
Miten sosioekonomisia terveyseroja voitaisiin vähentää?

Suomessa väestöryhmien välisten terveyserojen supistaminen on ollut terveyspolitiikan keskeinen tavoite jo usean vuosikymmenen ajan (12,13). Tulokset ovat kuitenkin olleet laihoja. Optimistisen tulkinnan mukaan voidaan arvioida, että terveyserot olisivat kärjistyneet vieläkin selvemmin, jos niiden kaventaminen ei olisi ollut tärkeä terveyspolitiikan tavoite. Tosiasia kuitenkin on, että sairastavuuden ja toimintakyvyn sosioekonomiset erot ovat säilyneet ennallaan ja kuolleisuuserot ovat kasvaneet. Edellä lueteltiin useita yhteiskunnallisia ilmiöitä ja kehityskulkuja, jotka ovat omiaan jyrkentämään terveyseroja vielä nykyisestäkin.

Tällainen kehitys ei kuitenkaan ole väistämätöntä. Suomessakin on määrätietoisella terveys- ja muulla yhteiskuntapolitiikalla kyetty supistamaan väestöryhmien välisiä terveyseroja. Koillis- ja Lounais-Suomen välisten terveyserojen kaventuminen etenkin lasten (14,15), mutta myös aikuisten keskuudessa (16,17), on siitä erinomainen esimerkki. Se, että sosioekonomisten ryhmien väliset terveyserot eivät ole terveyspolitiikan tavoitteiden mukaisesti kaventuneet, johtunee



Kuva 1. 30–59-vuotiaiden miesten kuolleisuus (tuhatta henkeä kohti) sosiaaliryhmittäin eräissä Euroopan maissa vuosina 1991–95 (viite 22).



Kuva 2. Perusasteen koulutuksen saaneiden kuolleisuus ja sairastavuus korkea-asteen koulutukseen saaneisiin (=1.00) verrattuna (viitteet 23,24,25).

ainakin osin siitä, että ylätasen tavoitteet eivät ole riittävästi heijastuneet väestön terveyden edistämisen käytäntöön ja sitä ohjaaviin alemman tason ohjelmiin. Kun 1990-luvun lopulla Kansanterveyden neuvottelukunnan ohjelmajaostossa käytiin läpi tuoreet keskeisiä terveysongelmia ja niiden vaaratekijöitä koskevat kansalliset toimintaohjelmat, ei niistä juuri löytynyt terveyserojen kaventamiseen tähtäävää sisältöä (18). Esimerkiksi Englannissa, Hollannissa ja Ruotsissa sosioekonomisten terveyserojen kaventamiskeinojen kehittämiseen, arviointiin ja soveltamiseen on kiinnitetty paljon enemmän huomiota ja voimavaroja kuin Suomessa (19).

Terveyserojen kaventamiseksi on tähänastista pontevammin haettava keinoja. Nämä keinot ovat tärkeitä myös koko väestön keskimääräisen terveydentilan kohentamiseksi. Yleisellä tasolla terveyden eriarvoisuuden vähentämiskeinot voidaan jäsentää seuraaviin osa-alueisiin:

- 1) aineellisten ja kulttuuristen voimavarojen lisääminen etenkin huono-osaisimmissa väestöryhmissä,
- 2) terveyttä edistävien elintapojen tukeminen erityisesti huono-osaisimmissa väestöryhmissä,
- 3) terveys- ja sosiaalipalvelujen kehittäminen erityisesti huono-osaisimpia väestöryhmiä paremmin palveleviksi,
- 4) yhteiskuntapolitiikan eri lohkoilla suunniteltujen ja tehtyjen ratkaisujen terveyserovaikutusten arviointi ja ratkaisujen muokkaaminen arvioinnin perusteella,
- 5) toimet, joilla tuetaan sairaiden henkilöiden yhteiskunnallisen aseman säilymistä ja paranemista (ks. myös 20,21).

Konkreettisten keinojen kehittäminen on vasta alussa (ks. esim. www.ktl.fi/teroka). Etenemisen kannalta keskeistä on kuntien, kuntayhtymien ja järjestöjen aktiivinen ja monialainen osallistuminen terveyserojen kaventamiskeinojen kehittämiseen ja arviointiin – valtiovallan tuella ja yhteistyössä keskenään sekä tutkimuslaitosten että muiden toimijoiden kanssa. ●

Seppo Koskinen

ylilääkäri

KTL, Terveyden ja toimintakyvyn osasto
seppo.koskinen@ktl.fi

TEROKA-projektiryhmä:

Ilmo Keskimäki, Stakes
Seppo Koskinen, KTL/TTO
Eila Linnanmäki, KTL/TTO
Hannele Palosuo, Stakes
Ritva Prättälä, KTL/EETO
Tuulia Rotko, Stakes
Marita Sihto, Stakes
Kaija Tuomi, TTL

Kirjallisuus

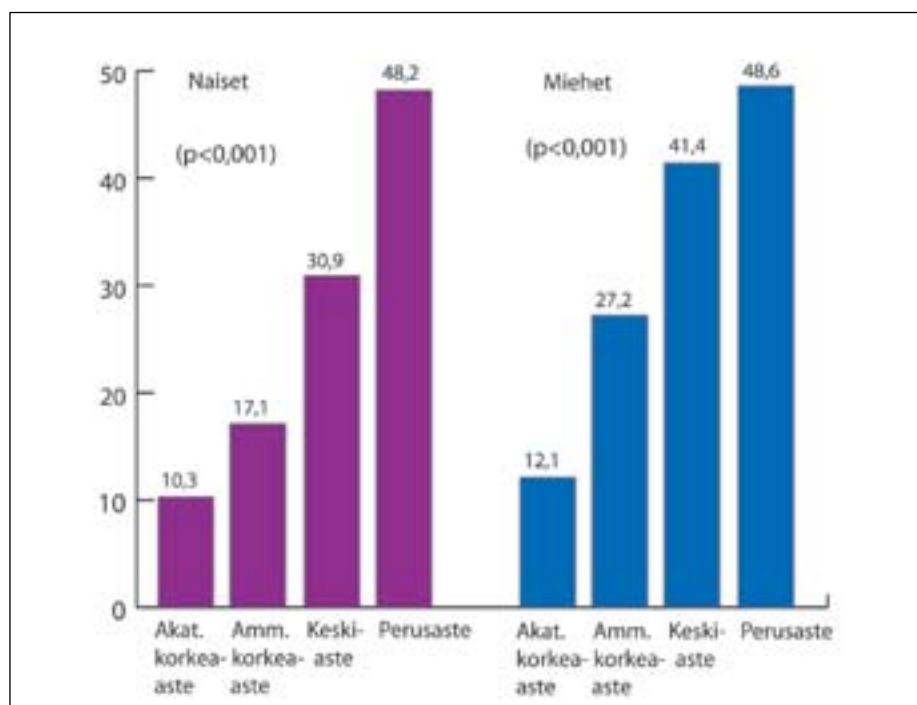
Täydellinen kirjallisuusluettelo toimituksesta ja lehden verkkosivuilta.

1. Valkonen T, Ahonen H, Martikainen P. Sosiaaliryhmien väliset erot elinajanodotteessa kasvoivat 1990-luvun loppuvuosina. Hyvinvointikatsaus 2003;2:12-8.
5. Martelin T, Koskinen S, Lahelma E. Terveyserot. Teoksessa: Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J, toim. Suomalaisten terveys. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2005(a), s. 266-76.
19. Palosuo H, Sihto M, Keskimäki I, Koskinen S, Lahelma E, Manderbacka K, Prättälä R. Eriarvoisuus ja terveyspolitiikka. Kokemuksia so-

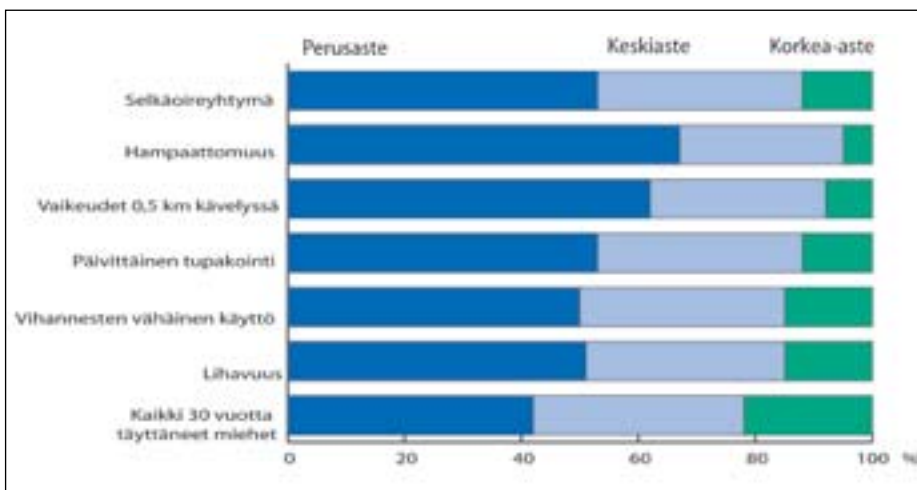
sioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:12, Helsinki 2004.

20. Koskinen S, Teperi J, toim. Väestöryhmien välisten terveyserojen supistaminen. Stakes, Raportteja 243, Helsinki 1999.
21. Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Lahelma E, Manderbacka K, Prättälä R, Sihto M, toim. Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita, Helsinki 2002.

www.ktl.fi/teroka



Kuva 3. Päivittäin tupakoivien osuus (%) 18-29-vuotiaista koulutusasteen mukaan vuonna 2001 (viite 26).



Kuva 4. Koulutusryhmien osuudet 30 vuotta täyttäneestä miesväestöstä ja sen eräistä terveysongelmista. Laskelman lähtöluvut: (4).

Työikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys

Vuoden 2005 keväällä tehdyn elintapakyselyn mukaan 60 % 15–64-vuotiaista suomalaismiehistä oli ylipainoisia. Vuonna 2004 vastaava osuus oli 53 %. Alkoholinkäyttö pysytteli edelleen jo vuonna 2004 todetulla korkealla tasolla. Käyttö jakaantui kuitenkin uudella tavalla: vähintään 8 alkoholiannosta viikossa juoneiden miesten osuus lisääntyi eniten alimmassa koulutusryhmässä.

Tiedot suomalaisten elintapamuutoksista perustuvat Kansanterveyslaitoksessa vuosittain tehtävään Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen (AVTK)–postikyselytutkimukseen, joka lähetetään 5000 henkilölle. Tutkimusta, jonka tavoitteena on terveyskäyttäytymisen pitkän ja lyhyen aikavälin muutoksien seuraaminen, on toteutettu yhtäjaksoisesti vuodesta 1978 alkaen. Vuoden 2005 keväällä kyselyyn vastasi 3287 työikäistä (15–64-vuotiaat) suomalaista (vastausaktiivisuus 66 %).

Kyselyn avulla voidaan seurata myös ajankohtaisten poliittisten päätösten vaikutuksia. Esimerkiksi vuoden 1995 tupakkalain vaikutus näkyi selvästi jo saman vuoden tuloksissa: altistuminen tupakan savulle työpaikoilla väheni huomattavasti aiempiin vuosiin verrattuna. Kun vuonna 2004 alkoholin käyttö lisääntyi, voidaan lisäyksen olettaa olevan pääosin seurausta vuoden 2004 maaliskuussa voimaan tulleesta alkoholiveron alennuksesta. Vuoden 2005 keväällä kulutus pysyi edellisenä vuonna todetulla korkeammalla tasolla.

Ravintolatupakointi

Suomalaisten suhtautuminen ravintolatupakointiin on muuttunut nopeasti. Vuonna 2004 ravintoloiden nykyisiä tupakointijärjestelyjä kannatti vielä 62 % vastaajista. Keväällä 2005 tilanne oli muuttunut niin, että täysin savuttomia ravintoloita ja baareja kannatti jo 61 %. Heistä vähän yli puolet olisi valmis sallimaan erilliset tupakointitilat, joihin ei olisi tarjoilua. Vastaajista 34 % kannatti nykyistä järjestelyä. Ainoastaan 5 % vastaajista sanoi olevansa valmis sallimaan vapaan tupakoinnin ravintoloissa.

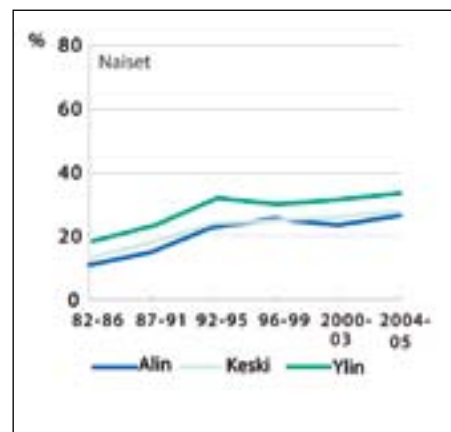
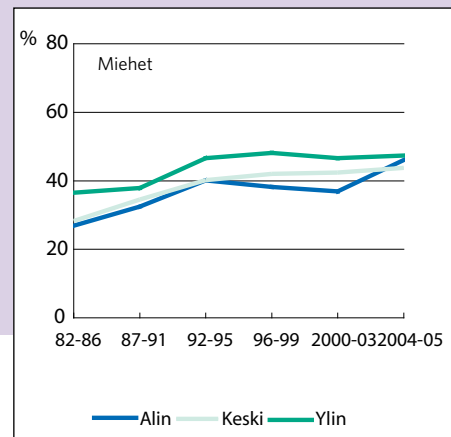
Terveyskäyttäytyminen

Työikäisten terveyskäyttäytymistutkimuksessa seurataan kroonisten kansantautien riskitekijöinä tunnettuja elintapoja: tupakointia, ruokatottumuksia, alkoholinkulutusta ja liikuntaa. Myös terveydentila, terveystietojen käyttö, hampaidenhoitotottumukset ja liikenneturvallisuus ovat seurannan tärkeitä osa-alueita.

Vuoden 2005 tuloksissa huolestuttavaa on ylipainoisten työikäisten määrän kasvun jatkuminen. Ylipainoisten miesten osuus lisääntyi vuoden 2004 tilanteesta (53 %) jo 60 prosenttiin. Naisilla nousu oli pienempää. Tutkimusjaksolla 2004–2005 alkoholin viikkokulutus lisääntyi miehillä alimmassa koulutusryhmässä. Lisäyksen vuoksi aiemmat koulutusryhmittäiset erot alkoholin viikkokulutuksessa ovat miehillä joksikin hävinneet. Naisilla korkeimmin koulutetut naiset raportoivat edelleen yleisimmin alkoholinkulutuksestaan (kuvio 1).

Tupakoivien väestöosuus on pysynyt joksikin ennallaan. Vuonna 2005 15–64-vuotiaista miehistä tupakoi päivittäin 26 % (vuonna 2004 27 %) ja naisista 18 % (vuonna 2004 20 %). Nuorista miehistä ja naisista (15–24-v.) 20 % poltti päivittäin. Päivittäin tupakoivista 55 % kertoi haluavansa lopettaa tupakoinnin. Koulutusryhmittäiset erot tupakoinnissa ovat edelleen kasvaneet. Vähemmän koulutetut tupakoivat eniten.

Ruokatottumukset ovat pitkällä aikavälillä muuttuneet ravintosuosituksen mukaiseen suuntaan. Rasvaisen maidon ja voin käyttö ovat jatkuvasti vähentyneet, ja kasviöljyn käyttö ruoan valmistuksessa on yleistynyt. Ravintosuosituksen mukaiset ruokatottumukset ovat yleistyneet kaikissa koulutusryhmissä ja



Kuvio 1. Viimeksi kuluneen viikon aikana vähintään 8 annosta alkoholia (miehet) tai vähintään 5 annosta alkoholia (naiset) juoneiden ikävakioitu osuus suhteellisen koulutuksen mukaan vuosina 1982–2005.

koulutusryhmien väliset erot ovat su-pistuneet. ●

Satu Helakorpi
tutkija

Antti Uutela
laboratorionjohtaja

Pekka Puska
pääjohtaja,
KTL, Terveystieteen tutkimusyksikkö

Lähde: Helakorpi S., Patja K., Prättälä R., Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B18/2005. PDF -versio: <http://www.ktl.fi/eteo/avtk/>

Näköala suomalaisten terveyteen



Suomi on ainoa maa maailmassa, joka pystyy seuraamaan eri tautien kehitykseen vaikuttavia tekijöitä väestössään. Suuria väestötutkimuksia käytetään suunnattaessa terveydenhoitoa ja terveyspolitiikkaa. Professori **Arpo Aromaa** on tutkinut suomalaisten terveyttä ja toimintakykyä yli 30 vuotta.

Hammasterveyden kohentuminen on yhtä lailla menestystarina kuin sepelvaltimotaudin väheneminen.

Arpo Aromaa oli mukana suunnittelemassa 80-luvulla tehtyä Mini-Suomi -tutkimusta ja sen seuraavana vaiheena toteutettua Terveys 2000 -tutkimusta.

– Tutkimusten välillä parinkymmenen vuoden aikana suomalaisten eliniän odote kasvoi noin kolmella vuodella. Tämä lisäys on kokonaan terveen ja toimintakykyisen elinajan kasvua. Tieto kumoaa luulon, että eliniän lisääntyessä raihaisten vuosien määrä lisääntyisi. Suomalaiset elävät terveempinä kuin ennen ja pidempään. Se ei kuitenkaan välttämättä tarkoita, että viimeisten vuosien terveys olisi parempi, toteaa Aromaa.

Hyvänä esimerkkinä terveyden paranemisesta Aromaa pitää hampaiston terveyttä, jota hän vertaa sepelvaltimotaudin vähenemisen menestystarina.

– Vielä Mini-Suomen aikaan aikuisten hammasterveys oli kurja, vaikka lasten hampaat olivatkin erinomaisessa kunnossa. Hoito saatiin toimimaan, ja sen tulokset näkyivät Terveys 2000 -tutkimuksessa.

Parhaillaan Aromaan ryhmä arvioi hammashuoltouudistusta ja selvittää, millaista hyötyä koko väestön ottaminen hammashoidon piiriin vuonna 2001 on tuottanut. Ihmiset näyttävät tulosten perusteella käyttävän hoitoa paremmin ja oikeampaan aikaan kuin ennen.

Yli- ja alihoitamisen haasteet

Väestötutkimukset ovat vuosikymmenien aikana osoittaneet, että monia sairauksia

joko yli- tai alihoitetaan. Ylihoitamista on riskitekijöiden aiheeton lääkahoito, esimerkiksi lääkahoito, jota ei tarvittaisi, jos ihmiset saataisiin muuttamaan elintapojaan.

Alihoitosta Aromaa nostaa tärkeimpänä esimerkkinä mielenterveysongelmat.

– Mielenterveysongelmista kärsivät ovat suurin vajaahoidettujen joukko. Tilanne ei juuri ole muuttunut 80-luvun alusta. Masennuslääkkeiden käytön lisääntymistä on pidetty haitallisena ilmiönä väärin perustein. Mielenterveyspotilaista oli 80-luvulla jollain tavalla asiallisessa hoidossa neljäsosa, tänään noin puolet. Jotta kaikki saataisiin edes lääkehoidon piiriin ja hyötymään siitä, pitäisi lääkkeiden käytön lisääntyä eikä suinkaan vähentyä, painottaa Aromaa.

Verenpaine on esimerkki sairaudesta, jossa on Aromaan mukaan sekä ali- että yllilääkintää. Hänen mielestään sama voi päteä kohonneeseen kolesteroliin. Tosin yllilääkintää ei ole tutkittu riittävästi.

Tulevaisuuden tautikirjo

Verenkiertoelinten sairauksien kuriin saamisessa auttoi hyvä tieto niiden syntymekanismeista. Seuraava haaste ovat erilaiset tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Nivelreuma on vähenemässä, samoin lonkka- ja polvinivelrikko. Jälkimmäisen saattaisi selittää raskaan työn väheneminen. Tilalle on tullut niska-hartiasiadun kuormitus, joka puolestaan ennustaa fysioterapian

tarpeen kasvua.

– Tietokoneyössä lihakset jäävät heikoiksi. Voisin

veikata, että tästä seuraa kroonistuvia vaivoja, jotka eivät ole nivelrikkoa, vaan tukirangan huonon tuen aiheuttamia kipuja.

Paljon puhuttu diabetes tulee varmasti myös lisääntymään. Aromaa on pohtinut sitä, miten liikapainon yleistyminen 20 viime vuoden aikana ei kuitenkaan näy verenpaineasojen nousuna vaikka olisi pitänyt.

– Kokonaisuuteen vaikuttavat siten muutkin tekijät, kuten ravitsemus, mikä tekee tulevaisuuden ennustamisen vaikeaksi. Uskon kuitenkin, että verenkiertoelinten taudit vähenevät vielä seuraavien vuosikymmenten aikana.

Psykinen kuormitus työelämässä lisääntyy

Toimintakykyä paljon tutkinut Aromaa on pohtinut sitä, mikä pitää ihmiset työelämässä.

– Työelämässä olevista ainakin 30 prosenttia voisi hakeutua työkyvyttömyyseläkkeelle fyysisten tai psyykkisten vaivojen perusteella. Olennaista on, että kaikki eivät halua. Millainen tulevaisuus meillä on edessämme, jos halu jättää pois töistä todella lisääntyy, kysyy Aromaa.

– Tutkimukset ovat osoittaneet, että huonoista työpaikoista lähdetään helpommin eläkkeelle. Aiemmin työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen katsottiin johtuvan henkilöstä itsestään, mutta nyt on ryhdytty ▶

miettimään mikä on työn itsensä osuus.

Aromaan mielestä työelämä pitäisi rakentaa sellaiseksi, että palkinto tulee työ-kavereista, jotka eivät kiusaa tai häiritse ja joiden kanssa voi viettää aikaa ilman, että kelloa vahditaan. Taloudellinen turva on vain osa työelämän antia.

– Pelkään jatkuvan tehostamisen johdavan siihen, että suurin osa ei pärjää. Ensin putoavat ne nuoret, jotka eivät jaksaa edes käydä koulua. Tälle 5–10 prosentin ryhmälle ei ole enää mitään järkevää tekemistä. Vanhempia työntekijöitä puolestaan saattaa jossain vaiheessa alkaa kyllästyttää uusien asioiden tulva. Osa työelämän vaatimuksista on niin kovia, ettei psyykinen suorituskyky enää riitä. Psykkistä kuormitusta on kuitenkin vaikea tutkia, ja aiempi tutkimustieto puuttuu kokonaan.

Tieto terveystieteiden ohjaajana

Aromaa on alkanut suhtautua pessimistisesti tutkimustiedon vaikuttavuuteen.

– Näyttöön perustuvasta terveystieteistä ei näytä olevan jälkeäkään. Tässä maassa aloitetaan lukuisia hankkeita pienellä rahoituksella. Suurin osa projekteista on sellaisia, joissa on haluttu vain jakaa rahaa kunnille. Liian pienet projektit eivät kuitenkaan kannata. Myös tulosten hyödyntäminen onnistuu huonosti, vaikka tutkimus olisi tähdännyt käytännön sovellukseen, toteaa Aromaa.

Aromaan mukaan terveydenhuollon heikko kohta löytyy palvelujen organisoinnista. Rahan puutteeseen ei hänen mielestään voi aina vedota.

– Osoitimme omalääkärikokeilulla jo kauan sitten, että tekemällä ihan yksinkertaisia muutoksia, voidaan samalla rahalla saada paljon paremmat tulokset. Omalääkärikokeilun lopussa huomasimme, että vähiten koulutetuista ja sairaimmista tuli yhtä tyytyväisiä kuin muista ryhmistä. Eri koulutusryhmien välinen ero tyytyväisyydessä hoitoon oli kadonnut. Omalääkärijärjestelmiä on kuitenkin lakkautettu paljon sillä perusteella, että ne ovat liian kalliita.

Aromaa ei ole kuitenkaan heittänyt pyyhettä kehään. Lääkehoidon kehittämiskeskukseen, useiden sairaanhoitopiirien ja Stakesin kanssa on meneillään hoidon kehittämistutkimus, jossa etsitään keinoja suunnata voimavaroja oikein. DONAU-hankeessa kehitetään keinoja arvioida ja mitata hoidon tarvetta sekä sitä miten hyvin hoidontarve on tyydytetty. Terveys 2000 -tutkimuksen tuottaman tiedon purkamisessa riittää työtä vielä useiksi vuosiksi ●

Maria Kuronen

Väestötutkimuksilla tietoa suomalaisten terveydestä

Väestötutkimuksilla selvitetään tautien ja toimintakyvyn vajaavuuksien yleisyyttä ja jakautumista väestössä sekä pyritään tunnistamaan riski- ja suojatekijöitä tautiryhmissä. Väestötutkimuksissa huomioidaan fyysisten ominaisuuksien lisäksi myös elinolot ja -tavat mahdollisina selittävinä tekijöinä.

Terveys 2000

Terveys 2000 -tutkimuksen päätavoite on tuottaa ajankohtainen kattava kuva työikäisen ja iäkkään väestön terveydestä ja toimintakyvystä selvittämällä tärkeimpien terveysongelmien yleisyyttä ja syitä sekä niihin liittyvän hoidon, kuntoutuksen ja avun tarvetta.

Vuosina 2000–2001 toteutettuun tutkimukseen osallistui 10 000 yli 18-vuotiaasta henkilöä. Otoksessa olivat mukana myös laitoshoidossa olevat. Kolmekymmentä vuotta täyttäneille tehtiin terveystarkastus, sitä nuoremmat haastateltiin. Tutkimuksen tietoja verrataan yli 20 vuotta aiemmin tehtyyn Mini-Suomi-tutkimukseen, jolloin saadaan kuva terveyden trendeistä.

Tutkimuksesta on valmistunut perustuloksia ja menetelmiä käsittelevät raportit, Nuorten aikuisten terveys -raportti, Lisääntymisterveysraportti ja Suun terveys -raportti.

Tähän mennessä on julkaistu noin 100 tietellistä artikkelia, ja vireillä on 30–40 väitöskirjaa.

Terveys 2000:n laajuisia väestötutkimuksia on suunniteltu tehtävän 10–14 välein vuoden.

www.ktl.fi/terveys2000/

FINRISKI

Viiden vuoden välein tehtävässä FINRISKI-tutkimuksella kerätään tietoa terveyden riskitekijöistä. Erityisesti tutkitaan sydän- ja verisuonitauti-

hin, diabetekseen, syöpään sekä astmaan ja allergiaan liittyviä tekijöitä.

Vuonna 2002 FINRISKI-tutkimukseen kutsuttiin 13 500 25–74-vuotiaasta suomalaista. Tutkittavat valittiin väestörekisteristä satunnaisotannalla. Tutkittaville lähetettiin henkilökohtainen kutsu terveystarkastukseen.

FINRISKI-tutkimuksessa mitattiin pituus ja paino, vyötärön ja lantion ympärys sekä verenpaine. Tutkittavilta otettiin myös verinäytteitä, joista tutkittiin mm. veren rasva-arvoja. Kaikki tutkimukseen osallistuvat saivat henkilökohtaisen palautteen tutkimuksen tuloksista.

Seuraava FINRISKI-tutkimus alkaa vuoden 2007 alussa. Tutkimussarjan avulla voidaan seurata vaaratekijöiden muutoksia.

Finravinto

Finravinto-tutkimukset toteutetaan FINRISKIN yhteydessä viiden vuoden välein. Tavoitteena on seurata suomalaisen aikuisväestön (25–64-vuotiaat) ruokavaliota. Tutkimus tuottaa tietoa:

- elintarvikkeiden ja ruokaryhmien kulutuksesta
- ateriarjymistä
- suomalaisten suosikkielintarvikkeista
- ravintoaineiden saannista
- ruokavalion ongelmakohdista suhteessa ravitsemussuosituksiin
- ravintoaineiden tärkeimmistä saantilähteistä

AVTK

Aikuisväestön terveyskäyttäytymistä tutkitaan vuosittain kyselytutkimuksella. Eläkeikäisten EVTK toteutetaan kahden vuoden välein.

Suomalaisten terveyttä ja elintapoja on seurattu vuodesta 1978 postikyselytutkimuksien avulla. Tutkimukseen poimitaan vuosittain 5000 Suomen kansalaisen satunnaisotos. Vastausprosentti on ollut keskimäärin 73 %. Yhteensä vuosien kuluessa on vastaus saatu 102 809 suomalaiselta.

Tutkimuksen tavoitteena on terveyskäyttäytymisen muutoksien seuraaminen väestötasolla ja eri väestöryhmissä. Tutkimusta hyödynnetään mm. arvioitaessa terveyspoliittisten toimien ja terveydenedistämishjelmien vaikuttavuutta.

www.ktl.fi/eteo/avtk

TEROKA

Terveys ei jakaannu väestössä tasaisesti. TEROKA-hankkeen päätavoite on vähentää väestöryhmien terveyseroja. Siinä kuitenkin myös seurataan terveyseroja ja analysoidaan niiden syitä sekä näissä tapahtuvia muutoksia.

www.ktl.fi/teroka

Kelan autoklinikkatutkimuksissa eri puolilla maata v. 1965 ja vuosien 1978–80 Mini-Suomi-tutkimuksessa tutkittiin yhteensä yli 70 000 henkilöä terveystarkastuksiin.

Suomalaisten terveys

Yleiskuva väestön terveydestä on koottu kirjaan Suomalaisten terveys. Uusin teos ilmestyi 2005. Neljän vuoden välein ilmestyväksi tarkoitettu teos on suunnattu terveydenhuollon kehittäjille, mutta myös jokapäiväiseen työhön. ●



Influenssapandemiaan valmistautuminen etenee

Valtakunnallinen pandemiatyöryhmä antoi 1.12.2005 väliraportin työstään valtioneuvostolle. Väliraportissa selvitetään valmistelutyön vaihe ja esitetään toimenpiteitä eri hallinnon alojen toteutettavaksi. Näihin sisältyy esitys tartuntatautien torjunnasta vastaavien resurssien vahvistamisesta alueellisella ja valtakunnallisella tasolla.

Kaksi vuotta kestänyt sarja laajoja alueellisia influenssa A(H5N1)-alatyypin aiheuttamia lintujen epidemioita Kaakkois-Aasiassa ja runsaat 130 niihin liittyntä ihmisten sairastumista ovat tuoneet aiempaa vahvemmin esiin influenssapandemian mahdollisuuden (taulukko). Vuonna 2004 STM:n toimeksiannosta laadittu selvitys Suomen valmiuksista kohdata suuria biouhkia, kuten influenssapandemia, paljasti heikkouksia valmiudessa. Valmistautumisen tehostamiseksi STM asetti keväällä 2005 kansallisen pandemiavarautumisen työryhmän, jonka tehtävänä on laatia 28.2.2006 mennessä pandemiaan varautumisen kansallinen suunnitelma, tehdä linjaukset terveydenhuollon varautumistoimenpiteistä ja varmistaa hallinnonalojen tehokas yhteistyö.

Kansallisessa pandemiavarautumisen työryhmässä on STM:n hallinnonalan organisaatioiden lisäksi edustajia maa- ja metsätalousministeriöstä, sisäministeriöstä, ulkoministeriöstä ja puolustushallinnosta. STM:n työryhmää tukee valmistelussa KTL:n pandemiatyöryhmä ja kaksi erityisesti tähän tilanteeseen perustettua työryhmää: viruslääkkeiden käyttöä valmisteleva työryhmä sekä rokotteiden hankintaa ja käyttöä koskeva työryhmä. Näiden lisäksi valmistelua tehdään epävirallisissa työryhmissä, joissa on edustajia myös muilta kuin STM:n hallinnonalalta. Maa- ja metsätalousministeriöllä on suunnitelma linnuissa esiintyvän influenssan havaitsemiseksi ja torjumiseksi.

Keskeinen osa valmiussuunnitelmaa on terveydenhuollon ja muiden hallinnonalojen valmistelun osa-alueiden vastuutahojen määrittely. Normaalitylanteessa vastuut perustuvat lainsäädäntöön. Viimeistään varsinaisessa pandemiavaiheessa

keskeisiä valmistautumisen ja torjunnan vastuualueita koskevaa päätöksentekoa joudutaan keskittämään valtioneuvostolle, joka tuolloin koordinoi eri hallinnonalojen välistä toimintaa.

Varsinaista pandemia-aaltoa saattaa edeltää ajanjakso, jolloin ilmenee yksittäisiä influenssapotilaita tai pieniä ryppäitä. Tällaisten tapausten tunnistaminen ja tartuntojen leviämisen estäminen edellyttävät vakioituja tapausmäärittelyjä, tehokasta potilaiden ohjaamista oikeaan hoitoyksikköön, nopeata ja luotettavaa virologista diagnostiikka sekä tehokasta tartuntaeritystä.

Terveydenhuollon erikoisjärjestelyt

Pandemiatilanteessa terveydenhuoltoon kohdistuva kuormitus on tavattoman suuri: yleisesti arvioidaan, että 25–35 % väestöstä saattaa sairastua jo ensimmäisen

2–3 kuukautta kestävässä pandemia-aallon aikana. Suomen väestöön suhteutettuna tämä merkitsee kymmeniä tuhansia ylimääräisiä sairaalahoitoja ja 5 000–10 000 ylimääräistä kuolemantapausta. Terveydenhuollossa pitää toteuttaa erityisjärjestelyjä, joilla potilaiden hoito voidaan turvata pandemian huipun aikana.

Perusterveydenhuollossa joudutaan järjestämään erityisiä influenssavastauttoja, joissa aloitetaan komplikaatioita vähentävä viruslääkehoito 48 tunnin kuluessa oireiden alkamisesta. Tämä edellyttää huomattavia henkilöstöjärjestelyjä. Elektivistä toimintaa vähentämällä ja varasairaalarajajärjestelyillä pyritään varmistamaan sairaala- ja tehohoidon riittävyys. Tapausten suuri määrä ja taudin tarttuvuus edellyttävät poikkeuksellisia järjestelyjä riittävän tartuntaeristykseen toteuttamiseksi. Diagnostiikka perustuu ennen kaikkea oireisiin ja kliinisiin löydöksiin varsinaisessa

Pandemioiden välinen jakso

Vaihe 1	Uusia lintuinfluenssaviruksen alatyyppejä ei ole havaittu ihmisissä. Eläimillä voi esiintyä viruksen alatyyppejä, joka on aiemmin aiheuttanut infektiota ihmisellä, mutta tartunnan riski ihmisiin on pieni.
Vaihe 2	Uusia influenssaviruksen alatyyppejä ei ole havaittu ihmisissä. Eläimissä esiintyvä viruksen alatyyppejä aiheuttaa kuitenkin merkittävän riskin tartunnoille ihmisiin.

Pandemiasta varoittava jakso

Vaihe 3 (nyt menossa)	Uuden viruksen alatyypin tartuntoja ihmisiin, mutta ei ihmisestä toiseen, TAI satunnaisia tartuntoja läheisesti altistuneesta ihmisestä toiseen
Vaihe 4	Pieniä tautiryppäitä merkiten rajoitettua tarttumista ihmisestä toiseen. Tartunnat ovat hyvin paikallisia osoittaen, että virus ei ole sopeutunut hyvin ihmiseen.
Vaihe 5	Maantieteellisesti rajoitettuja suuria tautiryppäitä merkiten viruksen lisääntyvä sopeutumista ihmiseen. Mahdollisesti virus ei ole vielä hyvin tarttuva (huomattava pandemian vaara).

Pandeemin jakso

	Pandeeminen vaihe: tartuntoja esiintyy jatkuvasti lisääntyen koko väestössä
Vaihe 6	Aikaisempien kokemusten perusteella ensimmäisen pandemia-aallon jälkeen voi seurata toinen ja mahdollisesti kolmaskin uuden viruksen aiheuttama aalto 3–9 kuukautta ensimmäisen aallon päättymisen jälkeen. Toinen aalto voi olla yhtä voimakas tai voimakkaampi kuin ensimmäinen.

Pandemian jälkeinen jakso

Paluu pandemioiden väliseen aikaan.

Taulukko. WHO:n määrittelemät vaiheet pandemian kehityksessä.

pandemiavaiheessa. Terveydenhuollon lisäksi myös muut yhteiskunnan keskeiset toiminnot voivat olla uhattuina korkean sairastavuuden vuoksi.

Viruslääkkeet ja rokotteet

Suomeen on hankittu 1,3 miljoonaa hoitokuuria oseltamiviiri-viruslääkettä. Se käytetään ennen kaikkea influenssataapusten hoitoon. Ehkäisevän käytön esteenä on sen edellyttämä suuri lääkemäärä, jolloin lääkettä ei jäisi enää riittävästi influenssatapauksien hoitoon. Suomeen pyritään hankkimaan koko väestöä varten H5N1-lintuinfluenssavirukseen perustuvaa rokotetta ('mallirokote'), joka antaisi osittaisen suojan, mikäli pandemiavirus syntyy kyseisestä viruksesta. Lisäksi Suomi pyrkii varmistamaan vuosittaisella 'jonomaksulla', että varsinaisen pandemiaviruksen pohjalta tehtävää rokotetta ('täsmärokote') saadaan mahdollisimman pienellä viiveellä pandemian alkamisesta. Koska sekä viruslääkettä että rokotetta saattaa olla käytettävissä selvästi tarvetta vähemmän, valmistelussa luodaan eettiset, lääketieteelliset näkökulmat ja yhteiskunnan olennaiset toiminnot huomioon ottavat yleiset perusteet priorisoinnille. Lopullinen priorisointi voidaan tehdä vasta pandemian käynnistyttyä, sen aiheuttavasta viruksesta kertyvien tarkempien tietojen perusteella.

Valmistuessaan valtakunnallinen influenssapandemian varautumissuunnitelma antaa perustan alueellisille ja paikallistason suunnitelmille. Suunnitelmaan liitetään tarkempia teknisiä ohjeita useilla torjunnan alueilla. ●

Petri Ruutu

tutkimusprofessori
KTL, Infektioepidemiologian osasto

Tapani Hovi

tutkimusprofessori,
KTL:n pandemiatyöryhmän puheenjohtaja
KTL, Virustautien ja immunologian osasto

www.stm.fi > Tietoa lintuinfluenssasta > Raportit > Pandemiatyöryhmän väliraportti

Sairaalainfektiot kuriin Euroopassa - suositusluonnosta pyydetään kommentoimaan

Euroopan komissio on aloittanut julkisen keskustelun potilasturvallisuudesta ja hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisystä ja torjunnasta.

Lähes joka kymmenes sairaalapotilaista saa hoitoon liittyvän infektion, sairaalainfektion.

Nämä infektiot lisäävät sairastuvuutta, kuolleisuutta ja kustannuksia. Muiden tartuntatautien tavoin sairaalainfektioita ei välttämättä noudata maiden rajoja.

Lisääntyvä potilasliikenne, ikääntyvä väestö, kansalaisten odotukset ja edistysaskeleet lääketieteellisessä hoidossa korostavat sairaalainfektio-ongelman merkitystä. Vaikka terveydenhuoltojärjestelmät ovat ensisijaisesti jäsenmaiden vastuulla, haasteet ovat yhteisiä. Eurooppalainen yhteistyö voi hyödyttää yksittäistä kansalaista ja terveydenhuoltojärjestelmää yleensä.

Sairaalainfektioiden aiheuttaman tautitaakan voidaan odottaa lisääntyvän. Tästä syystä Euroopan komissio harkitsee suosituksen antamista. Vastaava Euroopan neuvoston suositus annettiin vuonna 2001 mikrobilääkeresistenssistä. Nyt julkistetun suositusluonnoksen on laatinut kan-

sainvälinen asiantuntijaryhmä. Hoitoon liittyvien infektioiden seurannan osalta suositukset eivät ole ristiriidassa SIRO-sairaalaverkon toiminnan kanssa, päinvastoin ne tukevat sitä.

On tärkeää että myös suomalaiset asiantuntijat ja asianosaiset osallistuisivat julkiseen keskusteluun ja kommentoisivat suositusluonnosta omasta näkökulmastaan.

Kommentit pyydetään lähettämään elektronisessa muodossa oheiseen osoitteeseen 20.1.2006 mennessä: SANCO-HCAI-consultation@cec.eu.int

Oheisessa osoitteessa suositusluonnos ja lisää tietoa aiheesta: http://europa.eu.int/comm/helth/ph_threats/comm_diseases_cons01_en.htm ●

Outi Lyytikäinen,

projektipäällikkö
sairaalainfektio-ohjelma (SIRO)
KTL, infektioepidemiologian osasto

Kirjallisuutta

Lyytikäinen O, Kanerva M, Agthe N, Möttönen T. Sairaalainfektioiden esiintyvyys Suomessa 2005. *Suom Lääkäril* 2005; 60:3119-23.

Valtakunnallinen *Yersinia enterocolitica* -tutkimus käynnistynyt

Yersinia enterocolitica kuuluu tavallisimpien kuumeista vatsatautia aiheuttavien bakteerien joukkoon. Tartunnan lähde jää kuitenkin usein selvittämättä. Osa *Y. enterocolitica*-tartunnoista on lähtöisin siasta ja sianlihatuotteista. Tietoa muista elintarvikkeista *Y. enterocolitica* välittäjinä on vain vähän.

Yersinia Suomessa

Viime vuosina *Yersinia enterocolitica*-tartuntojen määrä Suomessa on vaihdellut noin 450:stä lähelle 900:ää. Määrä on lähes kaksinkertainen verrattuna kotimaisiin salmonellatapauksiin. *Yersinia*-infektio voi johtaa tarpeettomaan umpilisäkkeen poistoon tai jälkitauteihin, kuten kyhmyruusuun ja reaktiivisiin niveltulehduksiin. Viimeksi vuonna 2003 *Y. enterocolitica* aiheutti Suomessa epidemian. Sairastumisiin liittyi ateriointi työpaikkaruokalassa, mutta selvityksestä huolimatta tartuntaa välittänyttä elintarviketta ei saatu jäljitettyä. *Y. enterocolitica* -laji



Patogeeninen *Yersinia enterocolitica* O:5,27 CIN-agarilla.

Kuva Saija Hallanvuo ja Tarja Heiskanen.

on heterogeeninen ja sisältää sekä tautia aiheuttavia kantoja että ns. ympäristökantoja. Myös *Yersinia* -sukuun kuuluu useita ympäristölajeja. Niiden samoin kuin *Y. enterocolitica* ympäristökantojen osuus taudinaiheuttajina on epäselvä.

Millaisia ovat tautia aiheuttavat yersiniakannat?

KTL:ssä on alkanut tutkimusprofessori Anja Siitosen johtama monivuotinen

tutkimushanke, joka toteutetaan yhteistyönä Suolistobakteerilaboratorion ja Infektioepidemiologian osaston kanssa. Mukana tutkimuksessa ovat myös professori Mikael Skurnikin tutkimusryhmä Helsingin yliopistosta sekä Eläinlääkintä- ja elintarviketutkimuslaitos (EELA). Suomen kliinisen mikrobiologian laboratorioilla on myös tärkeä osuus: tutkimukseen tulevat kannat saadaan näistä laboratorioista. Suolistobakteerilaboratoriossa karakterisoidaan 300 kliinisistä näytteistä eristettyä yersiniakantaa käyttäen sekä bakteerin ilmiäsuun että perimään kohdistuvia tyypitysmenetelmiä. Lisäksi vertailuaineistosta tutkitaan löytyykö terveiden ihmisten ulostenäytteistä yersinioita.

Lisää tietoa riskitekijöistä ja tartuntaa välittävistä elintarvikkeista

Infektioepidemiologian osasto tekee tapaus-verrokkitutkimuksen *Y. enterocolitica* -infektion saaneille ja heidän väestörekisteristä poimituille kaltaistetuille verrokeilleen. Löydösten kliinistä merkitystä selvitetään vertaamalla kyselyllä selvitettyjä potilaiden oireita yersiniakantojen tyypitystuloksiin. Myös tartuntaa välittäviä elintarvikkeita selvitetään kyselyn avulla, ja elintarvikkeiden osuutta yersiniatartuntojen välittäjinä selvitetään yhteistyössä EELA:n kanssa.

Tuloksia ja kehitettäviä uusia menetelmiä voidaan hyödyntää epidemiaselvityksissä ja potilaiden tautidiagnostiikassa. Tulokset tulevat selventämään *Y. enterocolitican* ja sen kaltaisten *Yersinia*-lajien merkitystä kotimaisten tai matkailuun liittyvien yersinioosien aiheuttajana. Lisäksi tutkimuksella on tarkoitus tuottaa uutta tietoa riskinarviointiin erityisesti elintarviketeollisuuden käyttöön. ●

Tutkimusryhmä: Elisa Huovinen, tutkijalääkäri, Sari Jaakola, tutkimushoitaja, Markku Kuusi, epidemiologi, KTL, infektioepidemiologian osasto
Leila Sihvonon, mikrobiologi, Heini Flinck, apulaistutkija, Kaisa Haukka, erikoistutkija, Anja Siitonen, tutkimusprofessori, KTL, bakteeri- ja tulehdustautien osasto

Elisa Huovinen,
tutkijalääkäri

Leila Sihvonon,
mikrobiologi

Tartuntatautilasto löytyy jatkossa verkkosivuilta

- Osoitteesta <http://www3.ktl.fi/stat/>
- Tiedot päivitetään kerran viikossa.
- Verkkosivuilla olevat ajantasaiset tilastot mahdollistavat tietojen tarkastelun joko pikatauluista tai tilastotietokannasta.
- Erilliset Hiv ja AIDS-tilastot löytyvät seuraavasti: <http://www.ktl.fi/> - Terveyden ammattilaisille - Tilastot ja rekisterit - Tartuntatautirekisteri - vasemmalla linkki tilastoihin

HIV

Tartuntatapajakauma sukupuolittain
Sairaanhoidopiireittäin
Lääneittäin
Ikäjakauksella

AIDS

Sukupuoli- ja tartuntatapajakauma
HIV-tartunnat ja AIDS-potilaiden kuolemat Suomessa

Tartuntatautilasto kahdella eri tavalla

Pikataulut

Valmiita taulukoita yksittäisen vuoden tilanteesta. Sisältävät lukumäärät ja ilmaantuvuuden alkaen vuodesta 1995

Pikatauluja voi valita:

Kuukausittain
Sairaanhoidopiireittäin
Lääneittäin
Hengitystieviruset viikoittain

Tietokannat

Kyselyn voi tehdä itse **yksittäisestä mikrobista**, lähtökohtana: lääni, sairaanhoidopiiri, vuosi, alkaen vuodesta 1995

Kyselyyn voi valita seuraavia muuttujia: Vuosi, kuukausi, alue, ikäryhmä, lukumäärä, ilmaantuvuus, sukupuoli
TAI

Yksittäisen vuoden tilanteesta kuukausittain, sairaanhoidopiireittäin ja lääneittäin lukumäärä tai ilmaantuvuus

Kysely on valmis, mitä vielä?

- Valitun kyselyn jälkeen klikataan Hae tilasto -nappulaa.

- Tilaston rivejä ja sarakkeita voi muokata tilaston yläpuolella olevien nuolinäppäinten avulla.



- Tilaston voi myös siirtää ja tallentaa Excel-muotoon.



- Tilastosta voi tehdä yksinkertaisia kuvia.



Mistä apua pulmiin?

- Vastaamme kysymyksiin ja opastamme mielellämme tilastojen käytössä
 - Eija Kela puh. (09) 4744 8484
 - Joonas Iivonen (09) 4744 8682
- Sähköposti etunimi.sukunimi@ktl.fi



Ellen Tuomaala

Verkossa kohti savutonta elämää

Stumpin lopettamispäiväkirja oli tärkein vertais-tukeni, kertoo Pirkko Sundell.

ikeille sivuille päätyminen hakukoneen avustuksella ei ole välttämättä yksinkertaista. Hakusanoilla tupakka ja lopettaminen avautuu koko kirjo tupakka-aiheisia sivustoja. ”Tupakkariippuvuus on sairaus”, julistavat mainosbannerit. Lääkeyritykset esittelevät vieroitustiedon ohessa nikotiinipurukumiaan. Nettipelissä lopettaja kampailee vaarallista sarjamurhaajaa, tupakkaa vastaan, ja kuvagalleriasta avautuu kuvia nikotiinista ruskeaksi värjäytyneistä hampaista.

Mistä löytyvät sivut, jotka tarjoavat tupakkatietouden ohella vieroituspalveluita? Onko suomeksi olemassa vieroitusta tukevia vertaisryhmiä ja keskustelupalstoja?

Tietoa ja tukea tupakoinnin lopettajalle

Vuonna 2004 verkossa avattiin kaksi uudenlaista vieroitussivustoa. **Stumppi.fi** tarjoaa vieroituspalveluita ja tietoa aikuisille tupakoinnin lopettajille. **Happi.ws**

on nuorten sauhuttelijoiden oma vieroitussaitti. Näiden lisäksi **Tupakka.org**:ista on löytynyt neuvoja ja keskustelupalstoja tupakoinnin lopettajalle vuodesta 1999.

Vieroitussivuilta löytyy tietoa tupakkariippuvuudesta sekä tupakoinnin erilaisista vaikutuksista tupakoitsijan elämään. Myytit ja faktat nostavat esiin tupakkaan liittyviä yleisiä uskomuksia ja tosietoa. Opastusta ja neuvoja löytyy erityisesti siitä, mitä kannattaa ottaa huomioon, kun on irrottautumassa tupakkakoukusta.

Tiedon ohella lopettaja saa monimuotoista kannustusta ja tukea tupakattomuuteen. Keskustelupalstoilla voi saada vertaistukea kohtalontovereilta tupakantuskien yllättäessä. Erilaisten testien avulla voi arvioida riippuvuutensa tasoa, tupakoinnin syitä ja lopettamisen motivaatiota. Stumpin lopettamispäiväkirjaan voi merkitä oman vieroitusprosessinsa vaiheita. Happi.ws -sivuston Omahappi-lopetuskalenterista voi seurata, kuinka elimistö alkaa toimia ilman tupakkaa ja mikä tärkeintä, vähitellen puhdistua.

Internetin kautta haetaan ja jaetaan yhä suurempi määrä terveystietoa. Tupakoitsija voi myös saada tukea verkosta matkalla kohti savutonta elämää. Tupakanvastaisessa työssä verkosta löytyy vieroitussivustojen ohella terveystietomateriaaleja ja ammattilaisten tukipaketteja.

Stumpin vieroitusammattilaisten osiossa sijaitsee vieroituksen resurssiverkosto, josta löytyy vieroitusammattilaisia, -ryhmiä ja -klinikkoita yhteystietoineen. Sieltä löytyy myös tapauspankki, johon on koottu erilaisia ammattilaisten kohtaamia vieroitustapauksia. Kysy asiantuntijalta -palstalla voi esittää kysymyksiä erikoislääkäreistä ja vieroitusammattilaisista koostuvalle raadille. Materiaalipankista löytyy esitteitä ja julkaisuja, kuvapankki, koulutusmateriaaleja ja kirjallisuusvinkkejä.

Nuorten sivustosta vastaa niiden tuottaja, Syöpäjärjestöt. Stumpin sivut tuotettiin Kansanterveyslaitoksen ja terveysjärjestöjen yhteistyönä, ja niiden päärahoittajana toimi Sosiaali- ja terveysministeriö. Tupakkavieroituksessa puhelinpalvelu ja netti täydentävät toisiaan. Stumppi-puhelinpalvelu on verkkovieroituksen edeltäjä, johon lopettaja voi soittaa ilmaiseksi ja keskustella tupakkavieroitukseen erikoistuneiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Nettipalvelujen ylläpitäjät ovat saaneet voittopuolisesti myönteistä palautetta sivustostaan. ”Etenkin lopettamispäiväkirjaa on kiiteltu. Mahdollisuus pitää päiväkirjaa lisättiin Stumppiin sivuvierailijan ehdotuksen perusteella”, toteaa Stumpin taustatuki Hanne Heikkinen KTL:stä. Stumpissa vierailee kuukausittain keskimäärin 15 000 yksittäistä kävijää.

Verkossa tehdään myös tupakointia ennaltaehkäisevää työtä. Yläaste- ja lukioikäiset ovat erityisen kriittisessä iässä tupakoinnin aloittamisen suhteen. **MCUrho.fi** ja **Työkälypakki.net** ovat netissä sijaitsevia tupakkaan liittyviä terveyskasvatuspaketteja. Ne on suunnattu nuorille ikäryhmille, esimerkiksi kouluopetuksen oheismateriaalina käytettäväksi.

Verkolla on tiettyjä etuja puolellaan. Nettisivusto on käytettävissä kellon ympäri tai maantieteellisten etäisyyksien päästä, kunhan yhteys verkkoon on olemassa. Anonymiteetti voi helpottaa käyttäjäksi rekisteröitymistä. Vieroituskäytössä verkon tärkein voimavara liittyy kuitenkin interaktiivisuuteen. Ammattilais- ja vertaistuki, testit ja henkilökohtaiset päiväkirjat

toimivat vuorovaikutteisesti – lopettaja saa niistä omakohtaista palautetta. Vie-roitus verkossa on tutkimusten mukaan todettu sitä tehokkaammaksi, mitä räätä-löidympää palvelua tupakoinnin lopettaja netistä saa.

Tupakoinnin lopettajan näkökulma

Vantaalainen **Pirkko Sundell** päätyi Stumpin sivuille pari viikkoa tupakoinnin lopettamisen jälkeen. Sundell oli polttanut säännöllisesti parikymmentä vuotta kahden lapsen raskausaikoja lukuun ottamatta. Kaksi vuotta aiemmin sairastettu syöpä sai Sundellin pohtimaan tupakoinnin lopettamista. Tähän kannustivat omalla esimerkillään myös pitkään polttaneet isä ja veli, jotka lopettivat sauhuttelun. Tupakoinnin haitalliset vaikutukset näkyivät myös jatkuvana tupakkakäskänä ja pahana olona.

Pari aiempaa tupakkalakkoa vuoden sisällä olivat kariutuneet. Uusimman lopetusyrityksen myötä vuodenvaihteen jälkeen hän päätyi etsimään tietoa verkosta. Ensin hän vieraili Tupakka.orgin sivuilla palstoilla, joissa oli mahdollista osallistua ajankohtaisiin keskusteluihin. ”Stumpin lopettamispäiväkirjasta tuli kuitenkin tärkein vertaistuen lähde”, Sundell toteaa. ”Siellä oli mahdollista purkaa tuntejaan, kommentoida muiden lopettajien päiväkirjoja sekä saada omiin kirjoituksiinsa palautetta. Tämä tuki valtavasti omaa lopettamista. Lisäksi verkko oli käytössä aina sopivalla hetkellä. Verkossa ei tullut häirinneeksi ketään juuri kun itse tukea tarvitsi.”

Sundellin viimeinen päiväkirjamerkin-tä elokuulta kertoo sen, miksi saitti ei ole enää ahkerassa käytössä: ”Nyt kun olen ollut yli 8 kuukautta ilman tupakkaa alan olla jo sen verran vahvoilla, että päiväkirjaani en enää tarvitse.” ●

Ellen Tuomaala

tutkija

KTL, Kroonisten tautien ehkäisy-yksikkö

Stumppi -puhelin arkisin
klo 13-18 puh. 0800 148 484.

www.stumppi.fi
www.happi.ws
www.tupakka.org
www.mcurho.fi
www.tyokalupakki.net

Teemu Möttönen

Humalahakuinen juominen lisää masennusta

Vaikka alkoholin käytön haittoja ja yhteyttä masennukseen on tutkittu paljon, ei juomatapaan ole juurikaan kiinnitetty huomiota. Uusi tutkimus osoittaa, että alkoholin runsas kertakäyttö liittyy masennukseen vaikka kulutettu alkoholin kokonaismäärä ja eräät muut masennukseen liittyvät tekijät vakioidaan. Yhteyden saattaa selittää krapulavaiheeseen liittyvä aivojen serotoniinipitoisuuden lasku.

Useimmissä väestötutkimuksissa alkoholinkäyttöä on arvioitu keskimääräisen kulutuksen avulla, jolloin erilaiset juomatavat jäävät huomiotta. Kaksi annosta alkoholia joka ilta tai 14 annosta alkoholia kerran viikossa: kokonaiskulutus on sama, mutta juomatapa kovin erilainen. Alkoholin juomatavalla on kuitenkin havaittu olevan itsenäistä vaikutusta kuolleisuuteen ja koettuun terveydentilaan silloinkin, kun käytetyn alkoholin

määrä on keskimäärin sama. Aikaisemmassa tutkimuksessaamme huomasimme, että alkoholia runsaasti kerralla käyttävillä oli suurempi kokonaiskuolleisuuden ja sydäntautikuolleisuuden riski, vaikka alkoholin kokonaiskulutus oli sama.

Tässä tutkimuksessa selvitimme alkoholin juomatavan yhteyttä masennukseen sen jälkeen kun alkoholin kokonaiskulutus oli vakioitu. Aineistona käytimme vuoden 1997 FINRISKI-väestötutkimuksen aineistoa, jossa on yhteensä 3 124 henkilöä. Masennusta arvioimme 21 kysymyksen

Beck Depression Inventory (BDI) -kysymyssarjalla, jossa masennuksen rajaksi asetettiin 10 pistettä tai enemmän. Tutkittavien itse täyttämän kyselylomakkeen avulla selvitetiin alkoholin juomatilheys ja kulutusmäärä.

Tutkittavat jaettiin alkoholin käytön lopettaneisiin, alkoholista aina pidättyneisiin, alkoholia runsaasti kerralla käyttäviin ja kohtuudella kerralla käyttäviin. Naisilla kohtuukäytön rajana pidettiin alle neljää alkoholiannosta juomakertaa kohti ja miehillä alle kuutta annosta.

Alkoholin käytön kokonaan lopettaneilla ja kerralla runsaasti alkoholia käyttävillä oli enemmän masennusta kuin muilla. Juomatavan lisäksi myös ikä lisäsi masennusoireilua. Suurin masennuksen riski oli vanhoilla naisilla ja miehillä jotka käyttivät yhdellä juomakerralla runsaasti alkoholia. Tutkimuksessa huomioitiin sukupuolen, iän ja kulutetun alkoholin kokonaismäärän lisäksi koulutustaso, siviilisääty, työttömyys ja krooninen sairastavuus, joilla kaikilla tiedetään olevan yhteys sekä alkoholin kulutukseen että masennukseen.

Krapulassa aivojen serotoniinipitoisuus on matala

Humalatilaa usein seuraavat krapulajaksot saattavat selittää runsaaseen kertakulutuksen liittyvän lisääntyneen masennusoireilun. Samoin kuin kliinisessä masennuksessa, myös krapulavaiheessa aivojen serotoniinipitoisuus on matala. Runsas kertajuominen aiheuttaa humalatilaa, josta seuraavien vieroitusoireiden aikana aivojen serotoniinipitoisuus laskee aiheuttaen masennusta. Usein vieroitusoireisiin liittyvä masennus on kuitenkin lyhytaikainen. Masennusoireiden on huomattu selvästi helpottuvan tai kokonaan häviävän neljän viikon aikana alkoholin käytön lopettamisesta. Toistuvat vakavat vieroitusoireet ja krapulajaksot yhdistyneenä heikkoon sosiaaliseen tukeen pidentävät kuitenkin masennusoireilua, ja krapulajaksojen toistuessa riittävän usein masennusoireilusta saattaa tulla pysyvää.

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että alkoholin runsas kertajuominen on itsenäisesti yhteydessä masennukseen. Vähäinen tai keskimääräinenkin kulutus voi johtaa masennukseen, jos alkoholia nautitaan humalahakuisesti.

Kysyessä potilaan alkoholin käytöstä lääkärin tulisi kiinnittää huomiota myös juomatapaan silloinkin, kun potilaan kokonaiskulutus ei täytä riskikulutuksen

Masennuksen riski oli suurin vanhoilla naisilla ja miehillä, jotka joivat kerralla runsaasti alkoholia.

kriteerejä. Alkoholin käytön riskejä selvittävässä AUDIT-testissä kysytään kuinka usein potilas on juonut kerralla kuusi tai useampia alkoholiannoksia. Vastauksen perusteella lääkäri voi arvioida runsaaseen kertakulutukseen liittyviä terveysriskejä.

Ennestään tiedetään, että alkoholin suurkuluttajilla on enemmän masennusta kuin alkoholia kohtuudella käyttävillä. Yhteyden on eräissä tutkimuksissa arvioitu selittyvän yhteisillä perimään ja ympäristöön liittyvillä altistavilla tekijöillä. Toisissa tutkimuksissa taas on löytynyt syy-seuraussuhde alkoholin käytön ja masennuksen välille. On esitetty, että miehillä alkoholin runsas käyttö altistaisi myöhemmälle masennukselle, kun taas naisilla masennus ilmenee useimmiten ensin ja altistaa myöhemmälle alkoholin suurkulutukselle. Lyhytaikainen alkoholin käyttö mahdollisesti lieventää masennusoireita, mutta pitkään jatkunut oireiden lievitys alkoholin avulla johtaa useimmiten masennuksen pahentumiseen.

Alkoholia runsaasti käyttävien lisäksi myös alkoholista kokonaan pidättyneillä on havaittu olevan enemmän psyykkistä sairastavuutta kuin alkoholia kohtuudella käyttävillä. Tätä on selitetty sillä, että osa raittiista väestöstä on entisiä alkoholisteja, jotka raitistuessaan ovat luopuneet alkoholin käytöstä kokonaan, mutta joiden terveydentilaan alkoholin pitkäaikainen käyttö on jo ehtinyt vaikuttaa. ●

Laura Manninen
tutkija

Erkki Vartiainen
tutkimusprofessori

Tiina Laatikainen
ylilääkäri
KTL, Kroonisten tautien ehkäisyn yksikkö

Kari Poikolainen
tutkimusjohtaja
Alkoholitutkimussäätiö

Manninen L, Vartiainen E, Laatikainen T, Poikolainen K. Heavy drinking occasions and depression. Alcohol and Alcoholism. Tutkimus julkaistaan lähiaikoina.

Uusia julkaisuja

Kansanterveyslaitoksen B-sarjassa on ilmestynyt useita uusia raportteja ja tutkimuksia, joista osa julkaistaan vain sähköisesti. Painotuotteita myy Editan Netmarket. Julkaisut löytyvät pdf-muodossa osoitteesta: www.ktl.fi/julkaisut > Kansanterveyslaitoksen julkaisusarja B

Satu Helakorpi, Kristiina Patja, Ritva Prättälä, Antti Uutela. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2005 - (AVTK-raportti), B18/2005. ISBN 951-740-540-5.

Minna Similä, Olli Taskinen, Satu Männistö, Marjaana Lahti-Koski, Marjatta Karvonen, Tiina Laatikainen, Liisa Valsta. Terveyttä edistävä ruokavalio, lihavuus ja seerumin kolesteroli karttoina. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B20/2005, 36 sivua ISBN 951-740-575-8 (pdf). Katso erillinen esittely Ajankohtaista-osiossa.

Urpo Kiiskinen, Liisa Suominen-Taipale, Arpo Aromaa ja Sisko Arinen. Koettu suunterveys ja hammashoitopalvelujen käyttö hammashoitouudistuksen aikana, B22/2005, ISBN 951-740-567-7.

Katso myös:

Heli Reinivuo, Clarissa Bingham, Tommi Korhonen, Heikki Pakkala. Elintarviketaulukko – Tiedot ravintokoostumuksista. Kansanterveyslaitos ja Ota-va, 2005. ISBN-951-1-20630-3.

Harri Mustaniemi. Saappaat savessa – Pohjois-Karjala projektin tuloksia tekemässä. Pohjois-Karjala projektin tutkimussäätiö. KM-Yhtymä, 2005. ISBN 952-91-8990-7.

Historiikki kertoo siitä käytännön työstä, johon kansanterveystyömme suurin menestystarina perustuu.



Suosittelua varhaisempi lisäruokien aloittaminen imeväisiässä yhteydessä β -solujen autoimmunitettiin?

Imeväisruokinnan kansalliset ja kansainväliset suositukset ovat Suomessa vielä saavuttamatta. Yksinomaisen imetyksen kesto 3 565 tutkitulla lapsella oli vain 1,5 kk, ja vain joka toinen lapsi sai vielä puolen vuoden iässä äidinmaitoa. Perheiden sosioekonomiset erot heijastuvat vahvasti imeväisruokintaan; yli 30-vuotiaan, hyvin koulutetun ja tupakoimattoman äidin tyttövauvalla on suurin todennäköisyys tulla ruokituksi suositusten mukaisesti imeväisiässä. Aikainen altistus marjoille, hedelmille ja juureksille oli yhteydessä diabetekseen kytkeytyvien autovasta-aineiden ilmaantuvuuteen laajimmassa tähän saakka raportoidussa syntymäkohortissa. Tämä täysin uusi havainto vaatii lisätutkimuksia. Seuraava askel on tutkia löydöksen toistettavuus isommalla aineistolla ja

selvittää heijastaako kyseisten ruoka-aineiden varhainen aloitusikä joitakin muita, vielä määrittelemättömiä ympäristö- tai elintapatekijöitä.

Äitien raskaudenaikainen ravintovalmisteen käyttö oli runsasta, mutta osittain väärin painottunutta. Nuorten, vähän koulutettujen ja tupakoivien äitien ruokavalioli kauimpana suosituksista. DIPP-ravintotutkimukseen kehittämämme raskaudenajan ruoankäytön frekvenssikyselylomakkeen luotettavuus ja toistettavuus osoittautuivat verrattain hyviksi. Runsaimmin käytetyt ruoka-aineet, joilla on eniten merkitystä ravinnon ja sairauksien välisiä yhteyksiä tutkittaessa, luokitutuivat hyvin. Tutkimus tuotti kansainvälisestäkin merkittävää tietoa raskaudenajan ruoankäytön tutkimisen metodologiasta.

Ainutlaatuisessa tutkimusasetelmassa, jossa lasten ruokavaliosta puuttuivat kaikki lehmänmaitoaltisteet ensimmäisen puolen vuoden aikana, löydettiin vain muutama yhteys äidin raskauden tai imetyksenäikaisen maitotuotteiden käytön ja lapsen maitovasta-aineiden välillä. ●

Erkkola Maijaliisa. Diet in early life and antibody responses to cow's milk and type 1 diabetes associated autoantigens (Ravinto raskauden aikana ja imeväisiässä ja lapsen vasta-aineet lehmänmaidolle ja nuoruustyypin diabetekseen kytkeytyville autoantigeeneille). Kansanterveyslaitoksen julkaisu, A24/2005 ISBN 951-740-550-2

Lihavuuteen yhdistetty geeni löytyi perimän laajuisella haulla

Lihavuuden ja siihen liittyvien aineenvaihdunnan häiriöiden molekyylogeneetiikkaa selvitettiin suomalaisessa ja ruotsalaisessa väestössä. Väitöskirja koostuu neljästä osatyöstä. Ensimmäisessä työssä sairaalloisen lihavasta ruotsalaisesta potilasjoukosta ei löytynyt yhtään lihavuuden selittävää mutaatiota melanokortiini-4 reseptori (MC4R)- ja pro-opiomelano-kortiini (POMC)-geeneistä. Sen sijaan yhden nukleotidin muutokset (single nucleotide polymorphism=SNP) POMC-geenissä olivat yhteydessä alentuneeseen leptiinipitoisuuteen normaalipainoisilla henkilöillä.

Rasvakudoksessa ilmenevän Lpin1-geenin mutaatio aiheuttaa hiirellä rasvakudoksen puutoksen sekä sokeri- ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöitä. Tutkimme ihmisen LPIN1-geenin ilmentymistä rasvakudoksessa sekä geenialueen DNA-muutoksia suomalaisessa lihaviin ja nor-

maalipainoisten henkilöiden tapaus-verrokkiaineistossa ja perheaineistossa, jossa on useita dyslipidemisia potilaita jokaisessa perheessä. Havaitimme LPIN1-geenin ilmentymisen rasvakudoksessa olevan yhteydessä seerumin insuliini- ja sokeritasoihin sekä geenin sisäisten DNA-muutosten assosioituvan seerumin insuliinipitoisuuksiin ja painoindeksiin erityisesti miehillä. Tutkimus on ensimmäisen osoitus LPIN1-geenin yhteydestä lihavuuteen ja sokeriaineenvaihdunnan säätelyyn ihmisillä.

Väitöskirjan tärkein löydös tehtiin kolmannessa osatyössä, jossa tarkkaroitettiin suomalaisessa aineistossa lihavuuteen kytkeytyvät kromosomialue kromosomissa Xq24. Kahdessa erillisessä potilasaineistossa näkyi ero alleelifrekvensseissä lihaviin ja normaalipainoisten henkilöiden välillä SLC6A14-geenin sisäisen SNP:n kohdalla. SLC6A14-geeni on

toinen lihavuuteen yhdistetty geeni, joka on löytynyt koko genomien haun tuloksena. Väitöskirjatyön viimeisessä osassa tutkittiin koko perimän geenihauissa lihavuuteen, sepelvaltimotautiin, familiariseen kombinoituun hyperlipidemiaan, pieneen seerumin HDL-kolesterolipitoisuuteen ja korkeaan triglyseridipitoisuuteen kytkeytyviä kromosomialueita (2q31, 8q23, 10q11, 16q24.1-24.2, 20q13.11, Xq24). HDL-kolesterolipitoisuus kytkeytyi kromosomiin 10q11. Lisäksi kromosomi 10q11 alueen markerit assosioituivat matalaan HDL-kolesterolipitoisuuteen ja kohonneisiin triglyseridipitoisuuksiin viitaten mahdollisesti yhteisiin altistaviin DNA-muutoksiin. ●

Suviolahti Elina. Search for genetic variants conferring susceptibility to obesity and related metabolic traits. Kansanterveyslaitoksen julkaisu, A25/2005 ISBN 951-740-576-6.

Väitöskirjat löytyvät osoitteesta:

www.ktl.fi/julkaisut > Kansanterveyslaitoksen julkaisusarja A

Kartat kertovat ruokavaliosta ja terveysriskeistä eri puolilla Suomea

Ruoankäytössä sekä lihavuuden ja kohonneen kolesterolitason yleisyydessä on alueellisia eroja Suomessa. Ruokavalio on lähimpänä suositeltua pääkaupunkiseudulla ja Itä-Suomessa, naisilla useammin kuin miehillä. Länsi-Suomessa joka toinen on vyötärölihava. Kaupungeissa keskimääräinen energian saanti ja painoindeksi on pienempi kuin muilla alueilla.

Kansanterveyslaitoksen Terveys 2000, FINRISKI 1997 ja FINRISKI 2002 -tutkimuksiin perustuva kartasto havainnollistaa ravitsemukseen ja kroonisten sairauksien riskitekijöihin liittyviä alueellisia ilmiöitä.

Ruokavalion laatua arvioitiin viiden ominaisuuden avulla: kasvien, hedelmien ja marjojen, kalan ja ruisleivän kulutuksen (kartta 1 a ja b) sekä tyydyttyneen rasvan ja suolan saannin perusteella. Myös parhailla alueilla, pääkaupunkiseudulla ja Itä-Suomessa, on ruokavalion laadussa parantamisen varaa.

Sekä naisten että miesten keskimääräinen painoindeksi ylittää normaalipainon ylärajana pidetyn 25 kg/m² kaikkialla Suomessa. Kaupungeissa keskimääräinen energian saanti ja painoindeksi ovat pienemmät kuin muilla alueilla. Vyötärölihavuuden rajat ylittävien osuus on suurin Pohjanmaalla ja paikoin Itä-Suomessa ja pienin Etelä-Suomessa ja Lapin läänissä (kartta 2 a ja b).

Keskimääräinen seerumin kolesterolipitoisuus ylittää asetetun tavoitteen, alle 5 mmol/l, kaikilla alueilla ja on korkeampi Pohjois-Suomessa muuhun maahan verrattuna. Kuitenkin myös Etelä-Suomessa on korkeamman kolesterolitason alueita. Kaupungeissa kolesterolitaso on matalam-

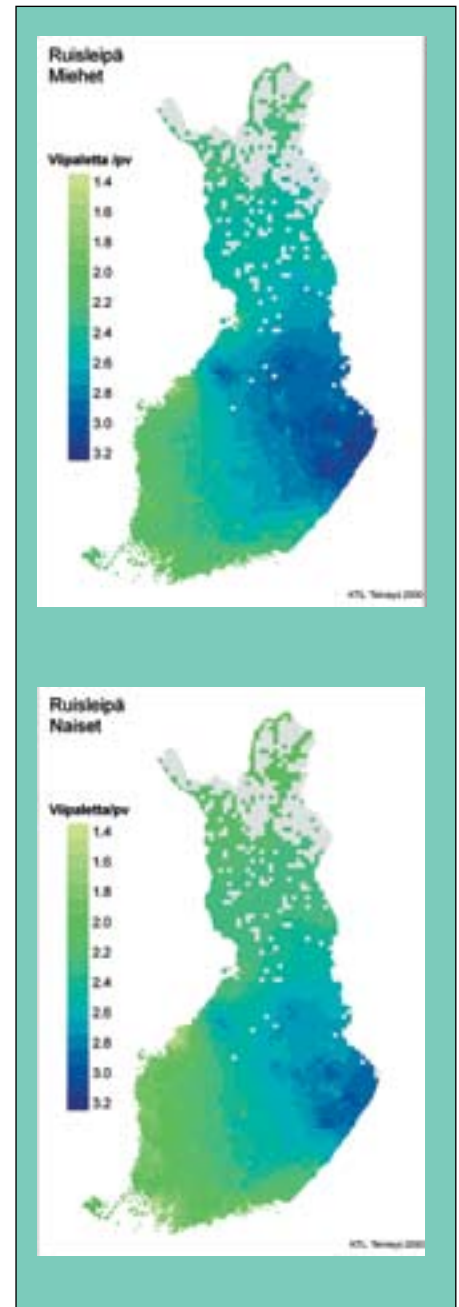
pi kuin muilla alueilla ja naisilla matalampi kuin miehillä.

Kartat on tarkoitettu taustatiedoksi asukkaiden ravitsemustilanteesta alueellisille päättäjille, ravitsemuksen asiantuntijoille ja tutkijoille. Karttoja tulkittaessa on hyvä muistaa, että vaihtelu yksilöiden välillä alueen sisällä on suurempaa kuin alueiden välinen vaihtelu.

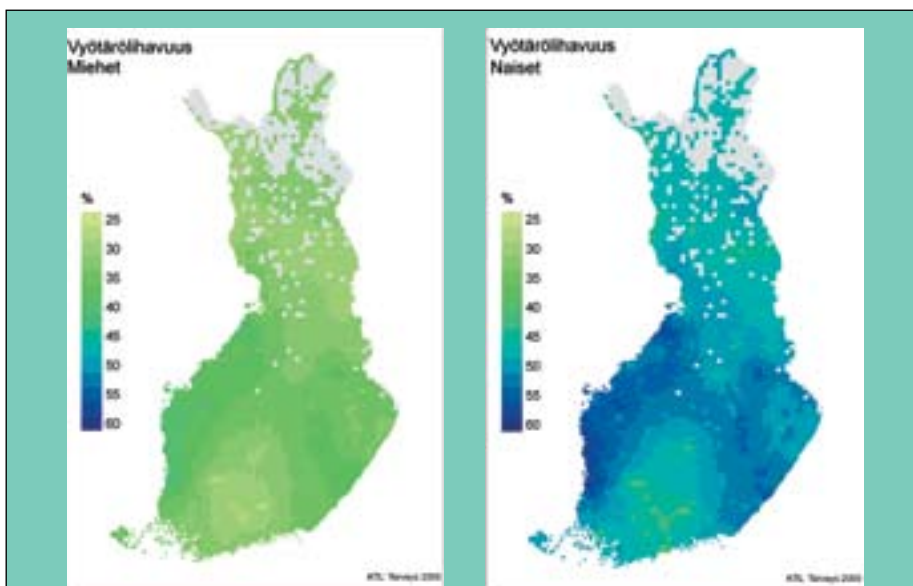
Koko Suomessa tulee edelleen edistää kasvien, hedelmien, marjojen ja täysjyväviljatuotteiden käyttöä, tyydyttyneen rasvan korvaamista pehmeillä tyydyttymättömillä rasvoilla ja suolan käytön vähentämistä. Myös lihavuuden ehkäisy ja hoito on tärkeää koko maassa. Terveiden edistäminen kannattaa erityisesti suunnata suurten kaupunkien ulkopuolella asuviin ja miehiin. ●

Minna Similä, Olli Taskinen, Satu Männistö, Marjaana Lahti-Koski, Marjatta Karvonen, Tiina Laatikainen, Liisa Valsta. Terveyttä edistävä ruokavalio, lihavuus ja seerumin kolesterolitason karttoina. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B20/2005, ISBN 951-740-575-8.

Raportti löytyy verkkosivuilta: www.ktl.fi > Julkaisut > B-sarjan julkaisut > B20/2005. Karttoihin liittyvä kalvosarja osoitteessa: www.ktl.fi > Tietoa terveydestä > Ravitsemus > Kalvosarjoja



Kartta 1. Ruisleipä on tärkeä kuidun lähteen suomalaisessa ruokavaliossa.



Kartta 2. Vyötärölihavuutta arvioidaan vyötärö-lantiosuhteella: raja miehillä 1,0 ja naisilla 0,85. Kartta näyttää, kuinka suuri osuus väestöstä ylittää nämä rajat.

Gatesin säätiö tukee maailman kansanterveyslaitosten yhteistyötä

Emoryn yliopisto (Atlanta, USA) ja Suomen Kansanterveyslaitos ovat saaneet ensi vuodelle 902 554 USA:n dollarin apurahan Bill ja Melinda Gatesin Säätiöltä Kansanterveyslaitosten maailmanjärjestön työtä varten.

Vuonna 2002 Rockefellerin Säätiön tuella käynnistynyt yhteistyö on kasvanut maailman kansanterveyslaitosten verkostoksi. Uusi järjestö (International Association of National Public Health Institutes, IANPHI) hyödyntää niin kehittyneissä kuin kehitysmaissa toimineiden kansainvälisten kansanterveyden asiantuntijoiden kokemuksia.

Tällä hetkellä järjestön yhteistyön piirissä on 35 kansallista kansanterveyslaitosta, joiden osaamisalueet täydentävät toisiaan. Suomen KTL on tehnyt merkittävää työtä sydäntautien ja muiden kroonisten tautien kuolleisuuden vähentämiseksi ja esimerkiksi Nigerian laitos voi välittää arvokasta tietoaan menestyksellisestä työstään HIV:n ja AIDSin ehkäisyssä kehitys-

maissa. Akateemiset laitokset, kuten Emoryn yliopisto, tarjoavat koulutus-apua ja opetuskokemusta sellaisista kansanterveystyön perustehtävistä kuten terveysseuranta, laboratoriotuki, terveysviestintä, terveyspolitiikka, epidemiologia ja terveyskasvatus.

”Myönnetty apuraha on merkittävä ja auttaa olennaisesti uutta järjestöä vahvistamaan työtään ja toteuttamaan konkreettisia hankkeita”, sanoo KTL:n pääjohtaja Pekka Puska. Uuden järjestön säännöt hyväksytään lopullisesti Maailman kansanterveyslaitosten pääjohtajien kokouksessa Rio de Janeirossa tammikuun lopulla.

Professori Jeffrey Koplan, USA:n kansanterveyslaitoksen entinen pääjohtaja, joka toimii Emoryn Yliopiston Terveystieteiden keskuksen varadekaanina, on apurahan pääsaajana yhdessä KTL:n pääjohtajan professori Pekka Puskan ja KTL:n tutkimusprofessori Pekka Jousilahden kanssa. Järjestön keskuksisto on Suomen Kansanterveyslaitoksella. ●

KTL-säätiö kansanterveys-hankkeita tukemaan

Kansanterveyslaitoksen pääjohtaja Pekka Puska on perustanut KTL-säätiön tukemaan kansanterveys-hankkeita. Lisävarojen turvin Kansanterveyslaitoksen tutkija- ja asiantuntijaryhmät voivat tehostaa työtä suomalaisten terveysongelmiensa selvittelyssä ja sairauksien ehkäisyssä.

Säätiön peruspääomaksi pääjohtaja Puska on lahjoittanut saamansa Y. Jahns-sonin säätiön lääketieteen tunnustuspalkinnon ja pohjoismaisen kansanterveys-palkinnon varoilla 25.000 euroa. Säätiön pyrkimyksenä on kehittyä merkittäväksi kansanterveys-hankkeiden rahoittajaksi.

Kuusikymmentävuotispäiväänsä 18.12.2005 viettänyt pääjohtaja Puska toivoi huomionosoitukset KTL-säätiölle. ●

Suomi sopinut pandemiarokotteesta hollantilaisen rokotevalmistajan kanssa

Kansanterveyslaitos allekirjoitti 20.12.2005 täsmärokotetta koskevan viisivuotisen ennakkovaruussopimuksen hollantilaisen influenssarokotevalmistajan Solvay Pharmaceuticals B.V:n kanssa. Sopimuksella hollantilainen valmistaja sitoutuu toimittamaan Suomeen 5,5 miljoona annosta influenssapandemian aiheuttavaa virusta vastaan suunnattua täsmärokotetta sopimusjärjestyksessä sitä mukaa kuin rokotetuotanto etenee.

Pandemiarokotteen valmistus alkaa pandemiaviruksen eristämisen jälkeen. Suomi on neljäntenä sopimusjonossa, ja rokotetoimitukset Suomeen alkavat valmistajan arvion mukaan noin kuusi kuukautta rokotetuotannon alkamisesta. Ilman sopimusta rokotteen saantiin ja hintatasoon liittyy paljon epävarmuutta. Solmittu ennakkovaruussopimus ei estä Suomea osallistumasta mahdollisen yhteispohjoismaisen rokotetuotantolaitoksen

rakentamiseen, koska rokotevalmistus alkaa aikaisintaan viiden vuoden kuluttua.

Influenssalääkkeen ja pandemiarokotteiden hankinta on osa Suomen pandemiavaruutumista yhtenä tärkeänä tautia rajoittavana toimenpiteenä. ●

Lisätietoja: www.stm.fi > Tietoa lintuinfluenssasta > Raportit > Pandemiatyöryhmän väliraportti

Influenssapandemiovirusta vastaan tehtävä täsmärokote tulee Suomeen Hollannista.



Rokotukset puutiaisaiivotulehduksen torjumiseksi alkavat Ahvenanmaalla

Ahvenanmaalla toteutetaan puutiaisaiivotulehduksen torjumiseksi määräaikainen rokotuskampanja 1.1.2006–31.12.2010 Kansanterveyslaitoksen antamien ohjeiden mukaan. Maksutomat rokotukset aloitetaan tammi-kuussa 2006.

Rokotuskampanja perustuu sosiaali- ja terveysministeriön yleisiä rokotuksia ja tartuntatautien raskaudenaikaisia seulontoja koskevan asetuksen 421/2004 väliaikaiseen muutokseen. Kampanjan aikana rokotuksiin ovat oikeutettuja kaikki 7 vuotta täyttäneet henkilöt, joiden kotikunta on Ahvenanmaalla olevassa kunnassa. Myös Ruotsissa opiskelevat ahvenanmaalaiset kuuluvat suosituksen piiriin. Ne, joiden kotikunta ei ole Ahvenanmaalla olevassa kunnassa, joutuvat entisen käytännön mukaisesti kustantamaan tämän lääkärin määrällä hankittavan rokotteen itse.

Puutiaisaiivotulehdus (engl. ”tick-borne encephalitis” = TBE) on viruksen aiheuttama keskushermoston tulehdustauti, josta Suomessa on käytetty myös nimeä Kumlingen tauti. Virus tarttuu punkin puremasta. Tartunnan voi saada myös infektoituneen lehmän, vuohen tai lampaan pastöroimattomasta maidosta. Tauti aiheuttaa merkittävää, pitkäaikaistakin sairastavuutta ja voi johtaa pysyvään vammautumiseen. Rokotteita taudin torjumiseksi on ollut saatavilla jo pitkään.

Suomessa tartunnan voi saada punkin puremasta vain maantieteellisesti rajatuilla alueilla. Viime vuosina Suomessa on diagnosoitu 15–40 tapausta vuosittain, näistä noin puolet Ahvenanmaalla. Riski sairastua puutiaisaiivotulehdukseen on maakunnassa suuri, ja sairastuvuus on kansainvälisesti vertailtuna erittäin korkea.

Puutiaisaiivotulehdusta esiintyy yksittäistapauksina myös muualla Suomessa: Turun saaristossa, Kokkolan seudulla,

Helsingin ulkosaarilla sekä Lappeenrannan ja Imatran seudulla. Tartuntariski on merkittävä myös Ruotsissa Tukholman saaristossa ja sieltä etelään lähinnä rannikolla (myös Gotlannissa ja Öölannissa), Baltian maissa ja osissa Keski-Eurooppaa. Siperiassa esiintyvä viruksen muunnos aiheuttaa vakavampia taudinkuvia.

Kampanja on osa yleistä rokotusohjelmaa. Kansanterveyslaitos hankkii rokotteet keskitetysti ja toimittaa ne Ahvenanmaalle. Rokotusten toteuttaminen on paikallisten terveyskeskusten vastuulla.

Tietoa puutiaisaiivotulehdusrokotteesta löytyy Rokottajan käsikirjasta 2005 (Duodecim ja Kansanterveyslaitos) sekä Internet-osoitteesta www.ktl.fi >Julkaisut>Rokottajan käsikirja. ●

Satu Rapola
erikoistutkija
KTL, Rokoteosasto

koulutusta

Matkailulääketieteen kurssi

**20.–21.4.2006 Biomedicum,
Haartmaninkatu 8, Helsinki**

Kohderyhmä: Lääkärit ja hoitajat, jotka antavat matkailijoille neuvontaa ennen matkaa tai hoitavat heidän terveysongelmiaan matkan jälkeen.

Järjestäjät: David Livingstone-seura (DLS), HY:n Haartman-instituutti, Kansanterveyslaitos

Kurssin vastuuhenkilö: Heli Siikamäki

Hinta: 1 pv 120 euroa, 2 pv 200 euroa, DLS:n jäsenille alennus
Kurssille otetaan 200 osallistujaa.

Ilmoittautuminen: 26.3.2006 mennessä <http://www.fsih.fi> tai Päivi Vanha-aho, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, paivi.vanha-aho@duodecim.fi, puhelin (09) 6188 5305, faksi (09) 6188 5260

Ohjelma osoitteessa <http://www.fsih.fi>

Vesi- ja ruokamyrkytys- epidemian selvityspäivät

25.4.–26.4.2006 Mikkeli

Kohderyhmä: Terveystarkastajat, tartuntatauti- ja hygieniahoitajat
Selvityspäivien tavoitteena on syventää kurssille osallistuvien osaamista vesi- ja ruokamyrkytys-epidemioiden selvityskäytännöissä. Pääpaino on kunnassa tapahtuvassa selvitystyössä ja sen organisoimisessa.

Kurssille otetaan 40 osallistujaa, kurssimaksua ei peritä.

Ilmoittautuminen: 24.2.2006 mennessä.

Lisätietoja: Koulutussuunnittelija Päivi Tyrväinen, puh. 015 355 6749, paivi.tyrvaainen@mikkeli.ami.fi tai tulosaluejohtaja Maria Närhinen, gsm 040 842 0804, maria.narhinen@mikkeli.ami.fi

Tarkemmat tiedot aikataulusta, ohjelmasta ja ilmoittautumisesta: <http://www.mikkeli.ami.fi/epidemiapaivat>

Kansanterveyslaitos Lääkäripäivillä 2006

Tervetuloa osastolle 6c13 tapaamaan KTL:n asiantuntijoita.

Maanantai 9.1.2006 Ympäristöterveys

Ympäristön riskien hallinta, Jouni Tuomisto
Hometalo-ongelmat, Aino Nevalainen

Tiistai 10.1.2006 Liikunta ja ravinto

Liikunta ja terveys, Katja Borodulin
Fineli – elintarvikkeiden koostumustietopankki, Heli Reinivuo, Tero Hirvonen
Suomalaisten ravitseminen karttoina, Liisa Valsta

Keskiviikko 11.1.2006 Tupakka, alkoholi, huumeet

Nuorten tupakoinnin riskitekijät, Marjaana Pennanen, Laura Kestilä
Tupakasta vieroitus ja tupakan terveysvaikutukset, Kristiina Patja, Patrick Sandström
Alkoholihaittojen varhainen toteaminen ja hoito, Hannu Alho, Mauri Aalto
Huumeet testit työelämässä, Sirpa Mykkänen, Pirjo Lillsunde

Torstai 12.1.2006 Sairaalainfektiot ja influenssa

Sairaalainfektiot ja MRSA, Outi Lyytikäinen, Jaana Vuopio-Varkila
Influenssarokotteen kehittäminen, Rose-Marie Ölander, Thedi Ziegler
Suomen varautuminen pandemiaan, Tapani Hovi

Tilaa lääkäreille ilmainen Kansanterveys-lehti osoitteesta:

www.ktl.fi/kansanterveyslehti

Kansanterveyslaitos

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

Kansanterveys

KTL:n tiedotuslehti
www.ktl.fi/kansanterveyslehti

Päätoimittaja

Pentti Huovinen
Kansanterveyslaitos
PL 57, 20521 Turku
puh. (02) 331 6601, 0400 442 637
faksi (02) 331 6699
pentti.huovinen@ktl.fi

Toimitussihteeri

Maria Kuronen
Mannerheimintie 166
00300 Helsinki
puh. (09) 4744 8743
faksi (09) 4744 8746
maria.kuronen@ktl.fi

Tartuntatautirekisteri

puh. (09) 4744 8484
faksi (09) 4744 8468
eija.kela@ktl.fi

Epidemiakonsultaatiot

puh. (09) 4744 8557

Rokotusneuvonta

Matkailijoiden rokotukset
ark. klo 10-12, puh. (09) 4744 8485
Yleisen rokotusohjelman neuvonta
ark. klo 9-12, puh. (09) 4744 8243
Rokoteturvallisuus, haittavaikutukset
ark. klo 10-12, puh. (09) 4744 8487

Ympäristöongelmaneuvonta

puh. (017) 201 325

Ulkoasu: Reija Jokinen, Uusimaa Oy/Studio

Painopaikka: Uusimaa Oy, 2006

ISSN 1236-973X

Osoitteenmuutokset ja tilaukset www.ktl.fi/kansanterveyslehti.
Lehden aineistoa lainattaessa on lähde aina mainittava.