

Interventiot terveyden edistämiseksi

Itsemurhien ehkäisyprojekti onnistui s. 5

Terveyttä ja hyvinvointia Päijät-Hämeessä s. 20

Tutkimusohjelma kansanterveyden haasteista s. 22





Terveyden edistämisessä tarvitaan interventioita.



Vaikuttavampaan suuntaan

Suomalaisten terveyttä edistetään ja suojellaan parhaiten vaikuttamalla ihmisiin ja heidän elämäänsä. Terveydenhuollossa interventiolla tarkoitetaan väliintuloa ja auttamista. Tässä Kansanterveyslehdessä numerossa esitellään interventioita. Niille kaikille on tyypillistä pitkäjänteisyys.

Ensin pitää luotettavasti tutkia, miten asiat ovat ja mitä voitaisiin tehdä. Sen jälkeen solmitaan tarvittavat yhteistyösuhteet. Ennen toimintaa pitää yhdessä arvioida, mitkä ovat oikeat ja tulokselliset toimintatavat. Varsinaisen intervention aika on vasta huolellisen valmistelutyön jälkeen. Intervention päätyttyä on arvioitava tulokseen vaikuttaneet tekijät. Koko prosessi saattaa kestää kymmeniä vuosia.

...

Erinomainen esimerkki interventiosta on professori Jouko Lönnqvistin johtama itsemurhien ehkäisyprojekti (s. 5). Se alkoi vuonna 1986. Vuonna 2005 voitiin todeta, että itsemurhien määrä oli Suomessa vähentynyt projektin aikana 40 prosentilla. Suomesta tuli itsemurhien ehkäisyn mallimaata.

Tupakka on pahimpia terveen elämän vihollisia. Tiesitkö, että 1950-luvulla 75 prosenttia miehistä poltti tupakkaa. Tänään miehistä alle 30 ja naisista noin 20 prosenttia polttaa tupakkaa. Tupakan vastainen interventio on kestänyt yli 50 vuotta ja siinä on ollut lukematon määrä eri vaiheita. Voidaan sanoa, että tähän interventioon ovat osallistuneet lähes kaikki suomalaiset. Olemme uskollisesti ottaneet vastaan tupakanvastaista valistusta ja kiristyneen lainsäädännön. Tänään suurin osa meistä ei tupakoi. Ja tästä hyötyvät kaikki suomalaiset.

...

Interventiot vaativat innostuneita ja pitkäjänteisiä toteuttajia. Mutta myös yhteiskunnan ja terveydenhoitojärjestelmän tulee olla riittävän vahva tukemaan interventiohankkeita. Teemmehän kaikki työtä saman päämäärän hyväksi. Huolestumiseen on kuitenkin aihetta. Kiire näyttää juurtuneen terveydenhoitojärjestelmäämme. Professori Lönnqvist uumoilee, ettei itsemurhien ehkäisyprojektiä ehkä enää voitaisi toteuttaa ainakaan samalla tavalla.

Sama sanoma kuuluu MIKSTRA-projektista, jonka tavoitteena on avoterveydenhuollon antibioottien oikea käyttö. Vuonna 1998 peräti 82 terveyskeskusta ilmoittautui mukaan projektiin, vain 30 voitiin ottaa mukaan. Projektivuosina 1998–2002 terveyskeskuksiin iski työvoimapula, joka ei ole vieläkään hellittänyt. On suuri pelko, että 10 vuoden seuranta-tutkimusta ei enää pystytä tekemään.

Terveydenhuollon toimijat saadaan parhaiten mukaan, jos interventiot helpottavat heidän työtään. Tutkijat asettavat toivonsa tietotekniikan kehittämiseen. Hiljattain saadun arvion mukaan tietotekniset sovellutukset auttavat MIKSTRA-projektia ja lukemattomia muita tutkimuksia aikaisintaan viiden vuoden kuluttua.

Suomalaiset ovat aina olleet erittäin suopeita lääketieteellisille tutkimuksille. Toivotaan, että tämä suopeus jatkuu. Mutta yhtä lailla sopii toivoa, että terveydenhuoltojärjestelmämme voisi myös tulevaisuudessa toteuttaa hyvin perusteltuja ja suunniteltuja interventioita suomalaisten terveyden edistämiseksi ja suojelemiseksi.

Pentti Huovinen, päätoimittaja
pentti.huovinen@ktl.fi

Tässä numerossa

- 2 Päätoimittajalta
- 3 Pääkirjoitus: Interventiotutkimusten merkitys terveyden edistämisessä

Interventiot

- 4 Miten saisin tämänkin muuttumaan? Interventiomenetelmien kehittäminen osana strategista osaamista
- 5 Itsemurhien ehkäisy Suomessa valtakunnallisena interventiona
- 8 Diabeteksen ennaltaehkäisy väestötasolla: Dehkon 2D-hanke
- 9 Lihavuus vaikeuttaa iäkkäiden liikumista
- 10 Ikääntyneiden toimintakykyä voidaan ja kannattaa edistää
- 12 MIKSTRA – avohoidon antibioottien käyttö hallintaan
- 13 Tupakasta vieroitus terveydenhuollon koulutukseen
- 15 Ruiskuhuumeita käyttävien terveysneuvonta on vaikuttava interventio
- 16 Rokotusohjelman muutosten jalkauttaminen terveydenhuoltoon
- 18 Interventiot terveyskeskuksen arjessa
- 20 Terveyttä ja hyvinvointia Päijät-Hämeen Heimossa
- 22 Suomen Akatemian tutkimusohjelma kansanterveyden haasteista käynnistyy 2008

Tartuntataudit

- 23 Legionella – antigeenitesti helpottaa diagnoosin tekoa
Yleinen pikkulasten influenssarokotus alkaa tänä syksynä
- 24 Väitöskirjat
- 26 Ajankohtaista

Interventiotutkimusten merkitys terveyden edistämässä

Kokemukset infektioitautien torjunnan keinoista ovat olleet mallina kehitettäessä kroonisten tautien ehkäisyä ja hoitoa. Mikrobin löytämisen jälkeen alkoi laajamittainen tartuntatautien torjunta, jossa ennen antibioottien keksimistä yleinen hygienian parantaminen, väestön ravitsemustilan kohentaminen sekä potilaiden eristäminen olivat keskeisiä torjuntatoimia.

Systemaattinen rokottaminen isorokkoa vastaan alkoi jo 1800-luvulla, myöhemmin syfiliksen seulonta tuli osaksi äitiyshuoltoa. Lasten rokotusohjelmat ovat olleet käytössä runsaat puoli vuosisataa. Kuluneen vuosisadan aikana säädettiin lakeja tartuntatautien torjunnasta, esimerkkinä tuberkuloosin torjuntaa koskeva lait ja asetukset. Monipuolisen toiminnan tulokset ovat nähtävissä tilastoissa, joiden pitäminen kuuluu terveydenhuollon tehtäviin.

Tartuntatautien onnistuneen ehkäisyn seurauksena ihmiset elävät pitempään. Krooniset taudit ovat kuolin- ja sairastavuus-tilastojen mukaan uusia kansantauteja. Vasta sotien jälkeen alkanut tutkimus osoitti, että sydän- ja verisuonitautien ja syövän lisääntyminen johtui elintavoista. Samalla heräsi kiinnostus näiden tautien ehkäisyyn.

Mutta miten mahdollista rokottaa haitallisia elintapoja vastaan tai vaikuttaa niihin lainsäädännöllä? Klassisen lääketutkimuksen rinnalla alkoivat hoitokokeilut, joilla pyrittiin vaikuttamaan elintapoihin. Tällaisia tutkimuksia ovat esimerkiksi sydän- tai aivohalvauspotilaan liikunnallinen kuntoutus tai verenpainepotilaalla suolarajoituksen vaikutuksen mittaaminen. Yhdysvalloissa ja Euroopassa alkoivat 1970-luvulla myös väestöön kohdistuvat hoito- ja ehkäisy tutkimukset.

Arviointi on oleellinen osa interventiota. Interventiotutkimuksen tavoitteet määräävät miten tutkimusta arvioidaan. Uuden hoitomenetelmän vaikutusten arviointi edellyttää satunnaistettua ja kontrolloitua koeasetelmaa. Näitä ovat esimerkiksi lääkehoitokokeilut, kirurgisten toimenpiteiden vertailut tai hoito-ohjelman vaikutusten mittaaminen väestössä. Näin saadut tulokset ovat vakuuttavia näyttöön perustuvia hoitosuosituksia laadittaessa.

Väestötasoisien ehkäisyohjelman vaikutusten mittaamisella on samat vaatimukset, joskin niistä joudutaan usein tinkimään. Pelkkä vaikutusten arviointi ei riitä silloin, kun toimenpide tai toimintatapa halutaan jalkauttaa terveydenhuoltoon tai osaksi ihmisten käyttäytymistä. Tarvitaan myös toteutettavuuden arviointia. Pilottitutkimuksella pyritään selvittämään asian juurruttamista tukevat tai sitä ehkäisevät seikat.

Kustannusten arviointi on osa interventiotutkimusta, mutta kustannusten suhteuttaminen vaikutuksiin on huomattavasti vaikeampaa ja usein laiminlyöty tutkimuskohde. Interventiotutkimuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa on tärkeää monitieteellinen lähestyminen.

Interventio ja sen arviointi rakentuu teoreettiselle perustalle, joka yhdistää terveys-, käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteiden sekä muiden alojen asiantuntemuksen. Samalla hyödynnetään kokemuksia muista tutkimuksista, käytetään paikallisia ja valtakunnallista tilastoja sekä muita tietolähteitä.

Pohjois-Karjala projekti (1972–1997) on esimerkki monipuolisesta yhteisinterventiosta, joka pohjautui yhteistyölle yhteiskunnan eri tahojen kanssa. Keskeisessä asemassa olivat tiedotusvälineet, koululaitos, kauppa, elintarviketeollisuus ja



Hyvässä interventiossa yhdistyvät terveys-, käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteiden osaaminen

paikalliset maataloustuottajat. Yhteistyö eri järjestöjen, kuten Sydänliiton ja Marttaliiton kanssa edisti terveellisten elintapojen vakiintumista ruohonjuuritasolla. Myös ensimmäi-

sen tupakkalain toteutettavuutta kokeiltiin. Tällöin esimerkiksi tutkittiin väestön suhtautumista tupakointikieltoon julkisissa rakennuksissa ja kulkuneuvoissa.

Perusterveydenhuollon tuki väestön terveyden edistämässä oli erittäin tärkeää. Yhteistyöhön kuului hoitoketjujen uudelleen organisointi, hoitosuosituksen laatiminen, lääkäreiden ja hoitajien koulutus, tietojärjestelmien tarkistaminen sekä satunnaistetut hoitokokeilut. Projektin toteutettavuuden, vaikutusten, kustannusten ja kustannusvaikuttavuuden laaja monitieteellinen arviointi on ollut edellytyksenä ohjelman ja sen osien valtakunnalliseen hyödyntämiseen

Kansanterveyslaitos on tällä hetkellä mukana Päijät-Hämeessä Ikihyvä -hankkeessa, valtakunnallisessa kakkostyyppin diabeteksen ehkäisyprojektissa sekä valtakunnallisessa rokotuskäytäntöä uudistavassa projektissa, joihin kaikkiin kuuluu tieteellinen arviointi. Itsemurhien ehkäisyprojekti on taas mainio esimerkki valtakunnallisesta onnistuneesta hankkeesta.

Aulikki Nissinen, tutkimusprofessori, emerita
KTL, Kroonisten tautien ehkäisyn yksikkö
aulikki.nissinen@ktl.fi

Miten saisin tämänkin muuttumaan?

Interventiomenetelmien kehittäminen osana strategista osaamista

Kansalaisten terveys on parantunut. Tiedon määrä ja toisaalta tarve ovat lisääntyneet, mutta tiedon määrä ei suoraan lisää terveyttä. Tiedon tuottaminen itsessään voi olla interventio, jos tieto on uutta, helposti saatavissa ja omaksuttavaa, ja jos tietolähde on luotettava. Yleensä tieto ei kuitenkaan yksin riitä, vaan tarvitaan muunkinlaista vaikuttamista.

Terveystieteiden sanakirja määrittelee intervention väliintuloksi tai toimenpiteeksi, jolla pyritään vaikuttamaan. Wikipedia määrittelee intervention eri toimialueilla puuttumiseksi, välittämiseksi tai väliintuloksi. Meillä on erilaisia käsityksiä siitä, mitä tarkoitamme väliin tulemisella.

Interventioiden vaikuttavuutta tulee arvioida sekä tehokkuuden että kustannusten näkökulmasta.

Usein toiminnan muuttaminen johtaa muutokseen, joka vaikuttaa vain välillisesti lopulliseen haluttuun kohteeseen. Esimerkiksi tupakoinnin lopettamiskilpailujen tai verkkopalveluiden kautta on pyritty lisäämään

väestön tupakoinnin lopettamista, mutta alentuneesta sairastavuudesta ja kuolleisuudesta syntyvät säästöt saavutetaan viiveellä, ja niihin vaikuttavat monet muutkin tekijät. Verrattuna hoitotutkimuksiin tehon osoittaminen on vaikeampaa ja kustannussäästöjä harvoin voidaan arvioida suoraan. Silti tehottomiin toimiin sijoittamista tulee välttää. Miten siis tietää mitä tehdä, millä keinoin ja missä?

Yksilön ajatuksista lain voimaksi

Interventioita tehdään monilla eri tasoilla. Kaikki suuret muutokset pohjaavat yksilön käyttäytymisen muutokseen: Käyttäytymisen merkitys on toki keskeinen yksilötason muutoksessa, mutta myös väestön elinolosuhteisiin tai terveydenhuollon ja työpaikkojen toimintatapoihin vaikuttamisen takana on yksilöitä ja heidän käyttäytymistään. Valtakunnan korkeimman

tason intervention eli lainsäädännön avulla olemme saaneet savuttomat julkiset tilat ja työpaikat, mutta lakienkin takana on ihmisyksilöiden toiminta – ne muokkautuvat asiantuntijatiedon, kansalaiskeskustelun ja yksittäisten kansanedustajien käsitysten ja kokemusten pohjalta. Johtajat tekevät päätöksiä uusiin toimintakäytäntöihin siirtymisestä, mutta työntekijät voivat vaikuttaa ratkaisevasti niiden juurtumiseen normaalitoiminnaksi.

Terveystieteiden toiminnassa interventiot ovat jokapäiväistä leipää. Sairausten hoidossa ei pitkään tarvitse miettiä, kuka potilasta hoitaa ja miten. Mutta ennaltaehkäisyyn puolella monet ydinkysymykset ovat usein vielä ratkaisematta. Keneen interventio kohdistetaan? Miten se tehdään ja kuka toimii? Ketkä kantavat vastuun? Miten tuloksia arvioidaan? Uusia työvälineitä ja menetelmiä kehitetään jatkuvasti, mutta niiden käyttöön ottaminen on hidasta.

Toimivat interventiot kaikkien käyttöön

Työkalujen, menetelmien ja arvioinnin kehittäminen asiantuntijoiden sekä kansalaisten käyttöön on iso haaste ja mahdollisuus. Siihen tarvitaan niin teoreettista tietoa kuin käytännön osaamista. Pelle Pelottoman hullunrohkea innovatiivisuuskään ei ole haitaksi – asioita pitää uskaltaa katsoa uusilla tavoilla. Kehitys niin tietotekniikassa kuin kansalaisten terveyden lukuaitodossa antavat tähän hyviä mahdollisuuksia. Terveystieteiden edistää lukemattomilla tavoilla suojateistä rokotuksiin,

mutta kohteesta riippumatta menetelmien tulisi perustua jo saatuun näyttöön niiden toimivuudesta. Siksi parhaiden, tutkittujen ja toimivien interventiomenetelmien tulisi olla kaikkien ammattilaisten ulottuvilla. Menetelmien ja käytäntöjen levittäminen asiantuntijoiden käyttöön sekä jalkauttamisen ja juurruttamisen tukeminen eri toimialoilla tulisi tehdä helpoksi.

Interventiotutkijoiden ja käytännön toimijoiden vuoropuhelu on muutoksen avain. Tuloksellisuuden arvioinnissa yhteisiä kriteerejä on tehty kansallisesti ja kansainvälisesti, ja niiden merkitystä intervention osana kannattaa painottaa. Terveystieteiden edistämisen osaaminen ei ole yksissä käsissä, mutta tutkimusta ja kehittämistä kannattaa ylläpitää keskitetysti. Interventio-osaaminen tulee nähdä osana terveydenhuollon ja terveystutkimuksen strategista osaamista niin Sosiaali- ja terveysministeriön alaisissa tutkimuslaitoksissa kuin yliopistoissakin. ●

Kristiina Patja, *asiantuntijalääkäri*
Kroonisten tautien ehkäisy-yksikkö
Pilvikki Absetz, *erikoistutkija*
Terveystieteiden edistämisen yksikkö
Kansanterveyslaitos
etunimi.sukunimi@ktl.fi

Terveystieteiden sanakirja määrittelee intervention seuraavasti: interventio: inter- + -ventio (inter la väliin + venire la tulla) väliintulo | toimenpide jolla pyritään vaikuttamaan yksilön tai ryhmän terveydentilaan tai käyttäytymiseen.

Itsemurhien ehkäisy Suomessa valtakunnallisena interventiona

Suomi on tunnettu korkean itsemurhakuolleisuuden maana. Itsemurhakuolleisuuden lasku vuodesta 1990 vuoteen 2005 on ollut erittäin merkittävä, 40 prosenttia. Miten tähän on tultu?

Itsemurhien absoluuttinen ja myös suhteellinen määrä nousi Suomessa koko itsenäisyyden ajan aina vuoteen 1990 asti, jolloin Suomessa tehtiin 1520 itsemurhaa eli 30,0 itsemurhaa 100 000 asukasta kohden. Sen jälkeen itsemurhien määrä on vähentynyt tasaisesti vuosittain. Vuonna 2005 maassamme tehtiin 994 itsemurhaa eli 17,9 itsemurhaa 100 000 asukasta kohden. Itsemurhakuolleisuus on laskenut 15 vuodessa peräti 40 prosentilla.

Itsemurhien ehkäisyprojekti käynnistyi 1986

Valtiovalta kiinnitti huomiota itsemurhien määrän jatkuvaan kasvuun jo 1970-luvun alussa, jolloin perustettiin kansanedustaja Ilkka Taipaleen johdolla Itsemurhakomitea pohtimaan kysymystä. Tuloksena oli asiantuntijoiden laatima mietintö, joka sisälsi varteenotettavia ehdotuksia. Osa ehdotuksista toteutui, mutta niiden suunnitelmalliseen toimeenpanoon ei tuolloin kuitenkaan vielä kiinnitetty huomiota.

1980-luvun alkupuoliskolla lääkintöhallituksen johtavien virkamiesten aloitteesta ja silloisen sosiaali- ja terveysministerin Eeva Kuuskosken tukemana itsemurhakysymykseen kiinnitettiin uudelleen huomiota. WHO:n Euroopan alueen ”Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä” -ohjelma sisälsi yhtenä tavoitteenaan itsemurhien kasvun kääntämisen laskuun.

Samanaikaisesti niin Suomessa kuin muuallakin itsemurhakysymykseen kiinnitettiin erityistä huomiota sen vuoksi,

että itsemurhista oli tullut korostuneesti nuorten ja nuorten aikuisten kasvava ongelma ja keskeinen kuolinsyy. Yli vuoden kestäneen selvittely- ja suunnitteluvaiheen jälkeen Lääkintöhallitus päätti aloittaa valtakunnallisen itsemurhien ehkäisyprojektin 1.5.1986. Projektin valtakunnalliseksi johtajaksi ja samalla Kansanterveyslaitoksen ensimmäiseksi tutkimusprofessoriksi valittiin allekirjoittanut. Samalla luotiin edellytykset mielenterveyskysymysten muokautuvalle laajemminkin Kansanterveyslaitoksen toimintaan.

Ehkäistävän ongelman perinpohjainen tuntemus

Projektin kannalta keskeinen päätös oli perustaa itsemurhien ehkäisy ajankohtaiseen ja tutkimukseen perustuvaan tietoon suomalaisista itsemurhista. Tämän vuoksi tutkimme kaikki Suomessa yhden vuoden aikana tehdyt yli 1 500 itsemurhaa käyttäen ns. psykologisen ruumiinavauksen (psychological autopsy) menetelmää.

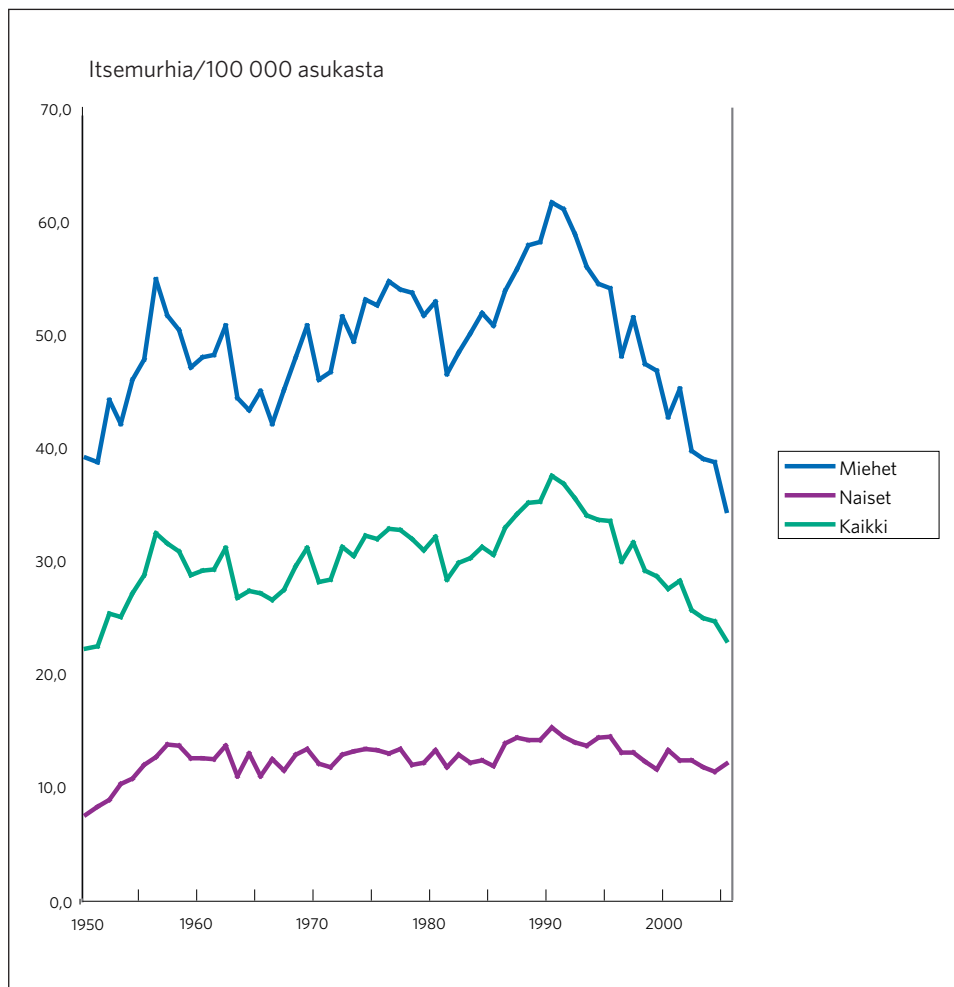
Jokaista itsemurhaa koskeva tapaustutkimus päätyi preventiivisiin johtopäätöksiin. Laajaan tutkimusprojektiin – Itsemurhat Suomessa 1987 – osallistui noin 250 mielenterveysalan asiantuntijaa kenttätutkijoina kattavasti koko maasta. Tutkitut itsemurhatapaukset käsiteltiin kunkin alueen projektiryhmässä, joka hyväksyi suositukset. Projektiryhmät koostuivat läänien johtavista virkamiehistä yhteiskunnan eri sektoreilta, joilla oli näin poikkeuksellisen hyvä mahdollisuus perehtyä itsemurhiin ja niiden taustatekijöihin



Kuvakori.com/Tero Sivula

vähintäänkin kymmenien eri tapausten avulla.

Tavoitteena oli yhdenmukaistaa eri toimijoiden näkemyksiä itsemurhasta, lisätä tietopohjaa ja muuttaa asenteita itsemurhia kohtaan tuomalla ne niin lähelle kuin mahdollista tapaustutkimusten ryhmässä tapahtuvan käsittelyn avulla. Pyrimme vaikuttamaan noin 1 000 projektissa mukana olleeseen henkilöön kokemuksellisesti (learning by experience) ja käytännöllisesti (learning by doing). Tämän lisäksi projektin aloittamista edelsi laaja itsemurhia ja niiden kohtaamista koskeva koulutus erikseen kussakin läänissä.



jossa kerätään tietoa vain ulkopuolisten hyödyksi. Itsemurhien ehkäisyn määrälliseksi tavoitteeksi asetettiin itsemurhakuolleisuuden aleneminen 20 prosentilla vuoteen 1995 mennessä. Tämä tavoite saavutettiin, mutta vasta kolme vuotta myöhemmin verrattuna implementaation alkua edeltävään vuoteen 1990. Jos vertailukohtaksi otetaan projektin alkamisvuosi 1986, niin tavoite saavutettiin vuonna 2002.

Depressio on useimpien itsemurhien riskitekijä

Preventiiviset johtopäätökset ja käytännön ehkäisytyö

Kolmen vuoden tutkimusvaiheen jälkeen läänien projektiryhmät analysoivat kaikki tapauksensa ja tekivät kirjallisen yhteenvedon alueensa itsemurhatilanteesta sekä esittivät suosituksia alueen itsemurhien ehkäisemiseksi. Tämän materiaalin sekä Kansanterveyslaitoksen tuottaman tutkimustiedon pohjalta luonnosteltiin kansallinen itsemurhien ehkäisystrategia ja toimintaohjelma, joka julkaistiin vuoden 1991 lopulla. Ehkäisystrategia perustui seitsemän keskeisen suositukseen varaan, josta yhtenä esimerkkinä on depression havaitseminen ja hyvä hoito.

Jo hyvin varhain projektin kuluessa kävi ilmi, että depression kytkeytyi riskitekijänä useimpiin itsemurhiin ja että depression oli useimmiten sekä alidiagnosoitu että alihoidettu terveydenhuollossa. Valtakunnallisen ohjelman periaatteet olivat juurtuneet vähittäin jo edeltäneiden toimintavuosien aikana paikallisten ja alueellisten kokemusten ja koulutuksen avulla.

Virallinen ohjelma edelleen vauhditti niiden käyttöönottoa implementaatiovaiheen aikana, joka toteutui noin 1 000 erilaisen alueellisen ja paikallisen koulutus- ja kehittämishankkeen avulla. On arvioitu, että projektin vaikutus kohdistui vuosien 1986–1996 aikana yli 100 000 suomalaisen asiantuntijaan yhteiskunnan eri sektoreilla ja ehkäisyä koskevat viestit välittyivät heidän sekä tiedotusvälineiden avulla koko väestöön usealla eri tavalla.

Suomi on itsemurhien ehkäisyn mallimaa

Projektin onnistunut rakenne, toimintaperiaatteet ja tavoitteen saavuttaminen

Projekti aloitettiin aikana, jolloin Suomessa terveydenhuollon hallinto toimi vielä keskitetysti. Lääkintöhallituksen pääjohtaja toimi projektin johtoryhmän puheenjohtajana ja valtakunnallisessa projektiryhmässä oli alan johtavia asiantuntijoita ja yhteiskunnan eri sektoreita edustavia johtavia virkamiehiä. Jokaisessa läänissä oli lisäksi vastaava oma projektiryhmänsä läänin kansliapäällikön, lääninlääkäriin tai sosiaali-terveysosaston osastopäällikön johdolla.

Läänin projektiryhmä ohjasi alueellista toimintaa ja valmisteli alueellista yhteenvedoa ja strategisia johtopäätöksiä. Valtakunnallisen projektin johtajan tukena oli projektin työvaliokunta sekä kussakin läänissä oma projektinjohtaja, joka ohjasi alueensa kenttätutkijoita, jotka olivat vastuussa tapaustutkimusten suorittamisesta. Tämän kaksoisrakenteen avulla sekä hallinnollinen ohjaus että asiantuntemuksen käyttö toteutuivat tehokkaasti. Projektin

Mukana yli 2 000 itsemurhan tehneen omaista

kattoi kaikki keskeiset yhteiskunnan toimintasektorit ja koostui paikallisesta, alueellisesta sekä valtakunnallisesta toiminnan tasosta.

Projektin käyttöön ei osoitettu varsinaisia erillisiä voimavaroja, vaan koko toiminta perustui olemassa olevien voimavarojen uudelleen kohdentamiseen.

Innostus oli suuri eikä alun epävarmuuden jälkeen toiminnassa ollut mitään erityisiä ongelmia. Myös poliisi, oikeuslääkärit, terveydenhuollon ja sosiaalihuollon henkilöstö sekä muut itsemurhan uhrin tunteneet ja häntä aiemmin auttaneet sekä noin 2 000 itsemurhan tehneen omaista osallistui hankkeeseen lähes poikkeuksetta yhteistyöhaluisesti.

Kuntien motivoimiseksi hankkeeseen mukaan analysoimme itsemurhakuolleisuuden kehityksen Suomessa myös kunnittain ja alueittain, niin että jokaisella alueella oli oma haasteensa hoidettavanaan. Tavoitteena oli toimia siten, että kaikki osapuolet voisivat hyötyä osallistumisestaan ja välttää kokemusta sellaisesta projektista,



Karin Smeds/Gorilla

Projektin arviointia

Projektin kotimainen arviointi tapahtui vuosina 1997–98. Tuolloin kuvattiin implementaatiovaiheen (1992–96) toimintoja ja niiden vaikutuksia. Kansainvälinen riippumaton asiantuntijaryhmä arvioi erikseen projektin toteutusta ja tuloksia vuonna 1998 päätyen hyvin myönteiseen kokonaisarviointiin.

Suomi on tullut viime vuosina tunnetuksi, ei enää korkean itsemurhakuolleisuuden, vaan itsemurhien ehkäisyn mallimaana. Suomi oli ensimmäinen maa maailmassa, joka loi kansallisen ehkäisystrategian ja toteutti sen niin, että ainakin implementaatiovaiheen aikana, ja vielä sen jälkeenkin, itsemurhakuolleisuus on laskenut merkittäväällä tavalla.

Siihen, ovatko hyvät tulokset seurausta projektista vai samanaikaisista muista muutoksista, joista osa ehkä on ollut syynä jo projektin synnyllekin, ei ole selvää vastausta. Kansanterveyslaitoksen tutkimukset ovat kuitenkin osoittaneet, että masennuksen hoidon kehittyminen on mitä ilmeisimmin vähentänyt itsemurhia maassamme. Hyvän hoidon vaikutukset näkyvät itsemurhien vähenemisenä myös psykoosien hoidossa. Alkoholin kulutuksen kasvusta huolimatta alkoholi ei enää ole samankaltainen miesten itsemurhia selittävä riskitekijä, jota se on ollut aiemmin vuosikymmenien ajan.

Myös itsemurhaa yrittäneiden ennuste näyttää parantuneen. On myös luultavaa, että suomalaisen yhteiskunnan myönteinen taloudellinen ja muukin kehitys yhdessä yleisen positiivisen ilmapiirin kehittymisen myötä on vaikuttanut suotuisasti itsemurhakuolleisuuden kehitykseen. Eniten itsemurhat ovat vähentyneet miesväestön keskuudessa. Naisten osalta kehitys ei ole ollut yhtä suotuisaa.

Voidaanko kokemuksia yleistää muihin projekteihin?

Valtakunnallisten terveysprojektien toteuttaminen tänä päivänä kattavasti koko maassa ei enää ole yhtä helppoa kuin 1980-luvulla. Hajautettu ja monimutkautunut palvelurakenne ja työvoimatilanne eivät suosi laajojen projektien toteuttamista. Väliportaan hallinto on ohentunut ja

ehkä heikentynytkin terveyssektorilla.

Edelleen on kuitenkin suositeltavaa ja jopa välttämätöntä etsiä sellaisia liittosuhteita, joissa kaikki osallistujat saavat hankkeesta konkreettista hyötyä. Tämä win-win -periaate lienee yleistettävissä kaikkiin terveyshankkeisiin. Terveiden edistämishankkeet ylipäättään hyötyisivät siitä, että niiden tukena on riittävästi keskitettyä asiantuntemusta ja ohjausta. Kansanterveyslaitoksen kaltainen laitos luo hyvät edellytykset preventiotutkimuksille ja -hankkeille maassamme. ●

Jouko Lönnqvist, tutkimusprofessori
KTL, Mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto
jouko.lonnqvist@ktl.fi

Diabeteksen ennaltaehkäisy väestötasolla: Dehkon 2D-hanke

Tyypin 2 diabetes on yleistynyt tauti, joka johtaa usein enneaikaiseen kuolemaan ja hankaliin liitännäissairauksiin. Suomessa toteutettu Diabetes Prevention Study (DPS) oli ensimmäinen satunnaistettu, kontrolloitu interventiotutkimus (1), joka osoitti että vaikuttaminen näihin tekijöihin yksilötasolla ehkäisee diabeteksen puhkeamista henkilöillä, joilla on korkea riski sairastua.

Tyyppin 2 diabetes kehittyy perintötekijöiden ja elintapojen yhteisvaikutuksesta. Keskeisimmät muutettavissa olevat vaaratekijät tunnetaan hyvin: ylipaino, erityisesti vö-
tärölihavuus, vähäinen liikunta ja epäterveellinen ruokavalio.

Useat tutkimukset ympäri maailmaa ovat sittemmin vahvistaneet elintapojen korjaamisen olevan tehokas keino diabeteksen ehkäisemiseksi. Juuri julkaistun DPS-tutkimuksen seurantavaiheen päätulokset osoittivat lisäksi, että elintapaintervention vaikutukset säilyivät vuosia varsinaisen aktiivisen intervention loppettamisen jälkeenkin (2). On kuitenkin vielä selvittämättä, miten näistä kliinisistä interventiotutkimuksista saatua tietoa voidaan tehokkaasti hyödyntää laajemmin väestötasolla.

D2D-hanke tuo ennaltaehkäisyn perusterveydenhuoltoon

Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma (DEHKO 2000–2010) on Suomen kansallinen diabetesohjelma. Ohjelmassa on kolme osakokonaisuutta: tyypin 2 diabeteksen ehkäisy, diabeteksen hoidon ja hoidon laadun kehittäminen, sekä diabeetikoiden omahoidon tukeminen.

Dehkon 2D -hanke (D2D) on diabeteksen ehkäisyohjelman toimeenpanohanke, jonka avulla pyritään jalkauttamaan diabeteksen ennaltaehkäisy osaksi perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon normaalia toimintaa (3). Hanke pyrkii lisäksi luomaan uusia toimintamalleja sekä vahvistamaan niitä nykyisiä terveydenhuollon toimintatapoja, joiden avulla tyypin 2 diabetesta ja sydän- ja verisuonisairauksia voidaan ehkäistä. D2D-hankkeessa toimijoina ovat viisi sairaanhoitopiiriä (Etelä-Pohjanmaan, Keski-Suomen,



Pirkanmaan, Pohjois-Pohjanmaan, ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirit), Kansanterveyslaitos ja Diabetesliitto. Hanke toteutetaan vuosina 2003–2007 viiden sairaanhoitopiirin alueilla.

Tavoitteena vaaratekijöiden vähentäminen

Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelmassa on kolme strategiaa, joissa keskeisinä tekijöinä ovat terveyttä edistävät ruoka- ja liikuntatottumukset. Korkean riskin strategia suuntaa toimenpiteitä henkilöihin, joilla on erityisen suuri vaara sairastua tyypin 2 diabetekseen. Järjestelmällisen mallin avulla pyritään löytämään riskiryhmiin kuuluvat henkilöt väestöstä ja tarjoamaan heille elintapaohjausta ja seurantaan klinisten interventiotutkimusten mallin mukaan. Mallissa korostuu työterveyshuollon ja perusterveyshuollon asema korkean riskin omaavien henkilöiden tunnistamiseksi väestössä sekä elintapa-

Strategiat perustuvat ruoka- ja liikuntatottumusten muutokseen

ohjauksen järjestämiseksi yhdessä muiden tahojen kanssa.

Varhaisen diagnoosin ja hoidon strategia pyrkii tehostamaan tyypin 2 diabeteksen varhaista tunnistamista ja järjestelmällisen

hoidon tarjoamista, ja siten estämään elämänlaatua heikentävien ja hoidoltaan kalliiden lisäsairauksien kehittymisen. Strategia sisältää konkreettiset ohjeet ja laatuksiteerit tehostettuun elintapahoitoon.

Väestöstrategian tavoitteena on edistää koko väestön terveyttä ravitsemuksen ja liikunnan keinoin siten, että tyypin 2 diabeteksen vaaratekijät vähenevät. Strategia sisältää yhteiskunnallisia ja yksilöihin suunnattavia toimenpiteitä, joilla väestön tietoisuutta diabeteksestä ja sen riskitekijöistä pyritään lisäämään.

Suomi on diabeteksen ehkäisyn mallimaa

Yhteisenä tekijänä kaikissa ehkäisyohjel-

man strategioissa on toimijoiden laaja joukko. Mukana ovat perusterveydenhuolto, työterveyshuolto, kunnat, oppilaitokset, apteekit ja järjestöt. Hankkeeseen osallistuvien toimipaikkojen henkilöstölle tarjotaan koulutusta tyyppin 2 diabeteksestä, ravitsemuksesta, liikunnasta ja hoidonohjauksesta. Lisäksi mukana olevat toimipaikat saavat apua toiminnan suunnitteluun ja kehittämiseen sekä ohjauksen tukena käytettävän aineiston.

Hankkeessa tarjottava interventio pohjautuu Diabetes Prevention Study -tutkimuksen malliin, jolla diabeteksen ilmaantuvuus väheni huomattavasti pienten, pysyvien elämäntapamuutosten avulla. Interventio-aikeita ovat muun muassa terveydenhuollon omana toimintana järjestettävä ryhmäohjaus, yksilöohjaus sekä erilaiset koulutustilaisuudet. Hanke pyrkii myös edistämään yhteistyön mahdollisuuksia kunnassa terveydenhuoltojärjestelmän ulkopuolella työskentelevien toimijoiden kanssa.

Suomi on ollut edelläkävijämaa tyyppin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyn tutkimuksessa. Kansallinen diabeteksen ehkäisyohjelma ja Dehkon 2D-hanke soveltavat kliinisten interventiotutkimusten malleja väestötasolla. Dehkon 2D-hankkeen arviointitutkimus pyrkii vastaamaan siihen, miten diabeteksen ennaltaehkäisyyn tähtäävä toiminta vaikuttaa perus- ja työterveyshuollon toimintatapoihin, ja millaisia vaikutuksia diabeteksen sairastumisriskiin näistä voidaan odottaa. ●

Markku Peltonen, yksikön päällikkö
KTL, Diabetesyksikkö

Kirjallisuutta:

1. Tuomilehto J, ym. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001;344:1343-50.
2. Lindström J, ym. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: Follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet* 2006;368:1673-79.
3. Saaristo T, ym. National type 2 diabetes prevention programme in Finland: FIN-D2D. *Int J Circumpolar Health* 2007;66:101-12.

Lihavuus vaikeuttaa iäkkäiden liikkumista

Lihavuus ja erityisesti pitkään jatkunut lihavuus on merkittävä ikääntyvien henkilöiden kävelykykyä heikentävä tekijä. Erityisen haitallista lihavuus näyttää olevan ikääntyvillä naisilla. Kävelykyky vaikuttaa olennaisesti ikääntyvän ihmisen elämänlaatuun ja hänen edellytyksiinsä selviytyä päivittäisistä toimista ilman muiden apua.

Suomessa ylipaino ja lihavuus ovat myös eläkeikäisten ongelma. Miehillä lihavuus on yleisintä 55–64-vuotiailla, joista lihavia on 28 prosenttia. Naisilla taas 65–74-vuotiaista lihavia on 34 prosenttia. Lihavien vanhusten määrään odotetaan kasvavan voimakkaasti nykyisten ylipainoisten nuorten ja keski-ikäisten saavuttaessa eläkeiän.

Tutkija Sari Stenholm tarkasteli väitöskirjatutkimuksessaan lihavuutta kävelyvaikeuksien riskitekijänä. Lisäksi hän selvitti, miten keski-ikässä todettu lihavuus ja heikentynyt fyysinen suorituskyky ennustavat kävelyvaikeuksia myöhemmällä iällä.

– Henkilöillä, jotka olivat ylipainoisia tai heidän fyysinen suorituskykynsä oli heikentynyt keski-ikässä, oli yli kaksi kertaa suurempi riski kävelyvaikeuksiin 22 vuotta myöhemmin verrattuna normaalipainoisiin ja hyväkuntoisiin keski-ikäisiin. Jos tilanne on tämä 1980-luvun keski-ikäisillä, voimme vain huolestuneena odottaa, millaisessa kunnossa 2000-luvun työikäiset ovat 20 vuoden päästä, Stenholm pohtii.

Lihavuus altistaa sairauksille ja heikentää fyysistä kuntoa

Liikapaino itsessään altistaa alaraajojen nivelet suurelle mekaaniselle kuormitukselle rasittaen niveliä ja rajoittaen liikeratoja. Verrattaessa normaalipainoisten ja lihavien henkilöiden energiankulutusta samanlaisissa tehtävissä, lihavien energiankulutus on huomattavasti suurempaa ja aiheuttaa näin nopeammin väsymisen tehtävässä. Lihavuuteen liittyy myös monia sairauksia, jotka osaltaan voivat heikentää liikkumiskykyä.

– Aikuistyyppin diabetes ja polven nivelrikko vaikeuttavat eniten lihavien henkilöiden kävelyä. Myös alhainen lihasvoima ja kohonnut tulehdusarvot heikensivät kävelysuoritusta, Stenholm havaitsi.

Kävelykykyä voi parantaa myöhemmällä iällä

Lihavuuden hoidossa painonpudotus on yleensä keskeisessä roolissa. Stenholm ei kuitenkaan suosittelen rajua painonpudotusta iäkkäille henkilöille. Tavoiteltaessa rasvakudoksen vähentymistä, on tavallista että myös lihasmassa vähenee. Lihasmassa taas on kriittinen tekijä iäkkäiden fyysisen suoriutumisen kannalta. Tämän vuoksi yli 70-vuotiaan tulisi laihtuttaa vasta lääkärin kanssa neuvoteltuaan.

Stenholm kuitenkin kannustaa ylipainosta kärsiviä ikääntyviä ihmisiä muuttamaan ruokailu- ja liikuntatottumuksiaan terveellisemmiksi ilman erityisiä laihtumustavoitteita. Erityisesti liikunta on tärkeää. Päivittäiset kävelysten ja arkiaskareiden tekeminen edistävät fyysistä kuntoa. Lihasvoimaa voi harjoittaa voimistelemalla kotona tai vielä tehokkaammin ohjatussa ryhmässä esimerkiksi kuntosalilla.

Jyväskylän yliopistossa ja Kansanterveyslaitoksessa toteutetun väitöskirjatutkimuksen kohdejoukkona olivat 55 vuotta täyttäneet suomalaiset, ja se perustui kahteen laajaan, suomalaista aikuisväestöä edustavaan terveystutkimukseen Terveys 2000 -tutkimukseen, jossa tutkittiin 3392 suomalaista, sekä sen yhteydessä tehtyyn seurantatutkimukseen, jossa tutkittiin uudestaan 22 vuotta aikaisemmin Mini-Suomi-tutkimukseen osallistuneet 1278 suomalaista. ●

Anu Vaalama, tiedottaja
KTL, Terveystieteen ja toimintakyvyn osasto

Sari Stenholm. *Lihavuus kävelyvaikeuksien riskitekijänä ikääntyvillä suomalaisilla miehillä ja naisilla. Mekanismit, pitkäaikaiset vaikutukset sekä sairauksien ja fyysisen suorituskyvyn merkitys. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, A10/2007, ISBN 978-951-740-700-7.*

Ikääntyneiden toimintakykyä voidaan ja kannattaa edistää

Ikääntymiseen liitetään monia toimintakyvyn heikkenemiseen johtavia tekijöitä. Heikko toimintakyky ei kuitenkaan ole vanhenemisen väistämätön seuraus, vaan elintavat vaikuttavat suuresti toimintakyvyn säilymiseen. Ikääntyvän väestön toimintakykyisyys -hankkeessa kehitetään uusia menetelmiä toimintakyvyn arviointiin ja parantamiseen.

Tutkimukset mukaan fyysisen aktiivisuuden ja terveellisen ravitsemuksen edistäminen tuottavat hyviä tuloksia myös ikääntyneiden parissa. Samoin on osoitettu, että sosiaaliset suhteet ja osallistuminen sosiaaliseen toimintaan ovat tärkeitä fyysistä toimintakykyä ylläpitäviä tekijöitä ikääntyneillä.

Motivaation ja taitojen puute ovat haitanneet iäkkäiden liikunta-aktiivisuutta. Liikkumattomuutta ovat ylläpitäneet myös käsitykset siitä, että liikunta ei olisi sopivaa ikääntyneille – 'vanhana on parempi levätä'. Liikkumisvaikeudet hankaloittavat kaupassa käyntiä ja ostosten tekemistä, mikä yhdessä heikentyneen maku- ja hajuaistin sekä huonon ruokahalun kanssa johtaa ravitsemuksen yksipuolisuuteen. Lisäksi terveellistä ruokaa koskevia ohjeita pidetään usein monimutkaisina ja vaikeaselkoisina, mikä luonnollisesti haittaa niiden noudattamista.

Tavoitteet määritetään itse

Ikääntyneiden toimintakyvyn edistämisessä onkin yhteen ongelma-alueeseen keskittymisen sijasta syytä katsoa haasteita laaja-alaisesti. Yksinäisyys, liikkumattomuus ja yksipuolinen ravitsemus liittyvät toisiinsa ja vahvistavat toisiaan, joten toimintakyvyn edistämisen pitää kohdentua niihin kaikkiin. Nuoremmissa ikäryhmissä henkilökohtaisten tavoitteiden asettaminen auttaa elintapamuutosten tekemisestä.

Missään ei kuitenkaan ole tehty kontrolloituja tutkimuksia, joissa ikääntyneiden toimintakykyä pyrittiin edistämään laaja-alaisesti siten, että ikääntyneet itse määrittelevät omat arkipäiväiset tavoitteensa. Ikääntyvän väestön toimintakykyisyys -hankkeessa lähdeittiin kehittämään tavoitteellisen toiminnan

työtapa (TT) ikääntyneiden liikunnan lisäämiseksi, terveellisen ravitsemuksen edistämiseksi ja sosiaalisen verkoston vahvistamiseksi (taulukko 1).

Hankkeen toteutus

Ikääntyvän väestön toimintakykyisyys -hanke toteutettiin yhteistyössä Päijät-Hämeen kuntien kotipalvelun ja terveystieteiden fysioterapian kanssa, ja siihen sisältyi laajamittainen henkilöstön koulutus uusien työtapojen käyttöön (taulukko 2).

Tutkimusvaihe toteutettiin kuudessa alueen kunnassa.

Kodinhoitajat rekrytoivat tutkimukseen tulevat henkilöt, tekivät heille perustason toimintakykymittaukset, opastivat ja kannustivat kotivoimisteluun sekä sovelsivat TT:n periaatteita tutkittavien motivoimisessa ja keinojen löytämisessä arkiliikuntaan, terveelliseen ravitsemukseen ja sosiaalisten suhteiden ylläpitoon.

Kunnan fysioterapeutit osallistuivat perusteellisempien toimintakyvyn mittausten tekemiseen sekä ohjasivat voima- ja tasapainoryhmät. Tutkimuksen interventiovaihe kesti 12 viikkoa ja kokonaisuuranta-aika oli 15 kuukautta. Lisäksi tutkimukseen kuului perusteellinen haastattelu, jossa kartoitettiin mm. terveystilannetta, elämänlaatua, sosiaalisia suhteita ja elintapoja.

Kohderymänä kotipalvelun asukkaat

Tutkimukseen otettiin yli 70-vuotiaita kotihoidon piirissä olevia kotipalvelun asiakkaita. Tutkittavat satunnaistettiin viiteen tutkimusryhmään: 1) Kotijump- pa-ryhmässä kodinhoitaja ohjasi kotivoimisteluohjelman ja seurasi sen toteutusta kotikäynnillä. 2) Voima- ja tasapaino-

Yksinäisyys, liikkumattomuus ja yksipuolinen ravitsemus liittyvät toisiinsa



Heikki Heinonen

ryhmässä harjoittelu toteutettiin fysioterapeutin ohjaamana ryhmätoimintana. Tavoitteellisen toiminnan työtapaa (TT) tutkittiin lisäksi kahdessa ryhmässä: 3) TT + kotijumpparyhmässä kodinhoitaja ohjasi yksilöllisten ravitsemukseen, liikuntaan ja sosiaalisiin verkostoihin liittyvien tavoitteiden asettamista ja tuki niiden toteutusta kotijumpan ohella. 4) TT + voima- ja tasapainoryhmässä fysioterapeutti ohjasi kunto-ohjelman ja kodinhoitaja ohjasi yksilöllisten ravitsemukseen, liikuntaan ja sosiaalisiin verkostoihin liittyvien tavoitteiden asettamista ja tuki niiden toteuttamista. 5) Vertailuryhmään kuuluville jaettiin terveelliseen ravitsemukseen ja liikuntaan sekä kaatumisen ehkäisyyn tarkoitettu 'Turvallisia vuosia' -vihkonen.

Fyysistä toimintakykyä mitattiin käyttäen Toimiva-testiä, Bergin tasapainotestiä ja ns. Guralnikin testiä (Short Physical Performance Battery, SPPB). Kaikki nämä mittarit sisältävä toimintakyvyn testaus tehtiin kolme kertaa: ennen interventiota, heti intervention jälkeen ja 12 kuukautta intervention päättymisestä. Lisäksi kodinhoitajat tekivät Guralnikin testin myös puoli vuotta intervention päättymisestä. Kaatumisia seurattiin koko tutkimusjakson ajan päiväkirjojen avulla.

Vanhusten huono toimintakyky yllätti

Tutkimuksen kenttävaihe toteutettiin pääosin vuonna 2006 ja viimeiset seuranta-mittaukset tehdään vuoden 2007 syksyllä. Tutkimukseen osallistui 172 henkilöä, joiden keski-ikä oli 82 vuotta. Intervention tuloksia tullaan raportoimaan vuoden 2008 aikana, mutta alkumittauksissa havaittu tutkittavien heikko fyysinen toimintakyky ja suurentuneessa kaatumisriskissä olevien suuri määrä yllätti tutkijat.

Toimintakyvyn mittaamisen menetelmät ovat osoittautuneet käyttökelpoisiksi kotihoidossa, ja mittausten avulla voidaan tunnistaa korkeassa kaatumisen riskissä olevia henkilöitä.

Heikkokuntoiset hyötyvät

Näyttää siltä, että myös jo hyvin heikkokuntoisten vanhusten toimintakykyä kyettään parantamaan. Kun tutkimusryhmien väliset erot on analysoitu, saadaan tietoa siitä, mikä toimintatavoista tuottaa parhaat tulokset lyhyellä ja pitkällä tähtäimellä ja mitä kuntien kannattaa ryhtyä toteuttamaan. Tuetaanko ikääntyneitä jumppaamaan yksin, ryhmässä vai arkielämän tavoitteellisella toiminnalla rikastettuna?

Ohjelman toteutusta arvioidaan kahdella tasolla. Lahden ammattikorkeakoulu

Taulukko 1.

Toimintakykyhankkeen tavoitteena on kehittää ja arvioida kotipalvelun ja kuntoutuksen käyttöön soveltuvia työkaluja:

1	Mittareita heikentyneen toimintakyvyn ja korkean kaatumisriskin omaavien henkilöiden tunnistamiseksi.
2	Voima- ja tasapainoharjoitteluohjelmia ikääntyneiden liikkumiskyvyn parantamiseksi ja kaatumisten ehkäisemiseksi.
3	Tavoitteellisen toiminnan työtapaa (TT) arkiliikunnan suunnitelmalliseksi lisäämiseksi, ravitsemuksen monipuolistamiseksi ja sosiaalisten verkostojen vahvistamiseksi.

Taulukko 2.

Ikääntyvän väestön toimintakyisyys -hankkeessa toteutettu koulutus

Kotihoidon henkilöstö	<ul style="list-style-type: none"> - kuntouttavan työtteen VALSSI I -koulutus (Ikäinstituutti) - fyysisen toimintakyvyn mittaaminen - kotivoimistelun ohjelma ikääntyneille (Ikäinstituutti) - tavoitteellisen toiminnan työtapaa
Fysioterapeutit	<ul style="list-style-type: none"> - fyysisen toimintakyvyn mittaaminen - voima- ja tasapainoryhmien vetäminen - tavoitteellisen toiminnan työtapaa

toteuttaa syksyllä 2007 kodinhoitajien ryhmähaastatteluja, joissa nostetaan esiin intervention toteutukseen liittyviä vahvuuksia ja haasteita. Ryhmähaastattelussa luotujen teemojen pohjalta tehdään kyselylomake toteutuksen tarkemmaksi arvioimiseksi.

Interventio jatkuu

Huolimatta tutkittavien keskimääräisesti korkeasta iästä ja sangen heikosta fyysisestä suoritustasosta hankkeen tuottamat kokemukset ja alustavat tulokset ovat rohkaisevia. Toimintakyvyn mittausten ja edistämiseen soveltuvia työkaluja löytyy, ja niiden käytöllä on positiivisia vaikutuksia.

Tulosten ja toteutuksen arviointi antavat perustan kehittää työtapoja ja laajentaa kohderyhmää koskettamaan myös niitä ikääntyneitä, jotka eivät vielä tarvitse kotihoidon palveluja.

Jatkossa toimintatapoja tullaan soveltamaan Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveyspiirin 2006 aloittamassa Hyve-hankkeessa, jonka tarkoituksena on juurruttaa tutkittuja terveyden edistämisen menetelmiä osaksi arkitoimintaa. ●

Heikki Heinonen, erikoistutkija
KTL, Terveyden edistämisen tutkimusyksikkö
heikki.heinonen@ktl.fi



Ikääntyvän väestön toimintakyisyys -hankkeen pääyhteistyökumppaneita ovat kuntien lisäksi olleet Kansanterveyslaitos ja Helsingin yliopiston Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia Lahdessa. Ikäinstituutti osallistui koulutuksen järjestämiseen ja antoi asiantuntija-apua suunnittelussa.

MIKSTRA - avohoidon antibioottien käyttö hallintaan

MIKSTRA-ohjelmassa tutkittiin mikrobilääkkeiden käyttöä ja pyrittiin vaikuttamaan lääkityskäytäntöihin, sillä Suomessa kirjoitetaan vuosittain avohoidossa liki kaksi ja puoli miljoonaa antibioottireseptiä. Neljä viidestä kuudesta käytetään hengitystieinfektioiden hoitoon. Kuitenkin tutkimusten mukaan osa infektioista paranisi ilman antibioottihoitoa ja osa voitaisiin hoitaa edullisemmilla lääkkeillä tai lyhyemmällä kuureilla.

Stakesin ylilääkäri, LT **Ulla-Maija Rautakorpi** kiinnitti huomiota terveyskeskuslääkärinä ollessaan artikkeliin, jossa kerrottiin antibioottien käytön suurista eroista Pohjoismaissa.

– Mitään järkevää selitystä en äkki-päätäen keksinyt, joten päätin tutkia vähän, että mihin niitä antibiootteja meillä käytetään.

Tutkimuskohde laajeni omasta terveyskeskuksesta, ja tietoa tavallisten infektioiden tutkimuksesta ja hoidosta kerättiin lopulta 20 terveyskeskuksessa Pirkanmaalla. Tutkimus valmistui 1994.

Samaan aikaan KTL:n tutkimusprofessori **Pentti Huovinen** Lääkelaitoksen mikrobilääketyöryhmän kanssa pohti keinoja antibioottien käytön selvitykselle ja seurannalle Suomessa. Antibioottien runsas käyttö on vähitellen johtanut lääkkeille vastustuskykyisten bakteerien lisääntymiseen maailmalla. Siksi on tärkeää ennakoida tilanne ja tehdä ohjaavia toimenpiteitä niin kauan kun Suomessa resistenssitilanne on vielä hyvä.

– Antibioottien käyttöaiheita ei tuolloin oltu kartoitettu, mutta eri tahoilla oli virinnyt tarve tutkia tilannetta. Ja sitten erilaisten sattumienkin kautta samaa aihetta pohtivat ihmiset löysivät toisensa, sanoo Rautakorpi.

MIKSTRA-hanke oli siis luonnollinen jatke useammalle, jo aloitetulle tutkimustyölle. Lähtökohdiana oli kohdentaa, ja mahdollisesti vähentääkin, mikrobilääk-

keiden käyttöä täsmentämällä hoitosuosituksia.

Suosituksista käytännöiksi

Duodecimin Käypä hoito -hankkeessa tiedettiin entuudestaan, että hoitosuositusten julkaiseminen sinänsä ei yleensä johda hoitokäytäntöjen muutokseen, vaan niiden toteutumista pitää jotenkin tukea. Pirkanmaa-tutkimuksen pohjalta toisaalta tiedettiin, että kaikilta osin tavallisten avohoidon infektioiden hoito ei ole ihan parasta mahdollista, vaan korjattavaa löytyy.

– Käypä hoito -hankkeella oli tarve testata hoitosuosituksen juurruttamista ja meillä oli tarvetta kartoittaa infektioautien määrittystä ja hoitoa laajemmin koko maassa ja tutkia voidaanko hoitokäytäntöjä ohjata optimaalisempaan suuntaan. Yhdistimme siis intressit, sanoo Rautakorpi.

Jotta hoitokäytännöt muuttuisivat, suositusten tulee olla selkeästi kohdennettuja. MIKSTRA-ohjelmassa keskityttiin tutkimaan, miten käytännöistä saatava palaute ja terveyskeskuksissa tapahtuva täydennyskoulutus soveltuvat hoitosuosituksen juurruttamiseen.

Tavoitteena oli löytää toimintamalli, jonka avulla voitaisiin jatkuvasti seurata tavallisten infektioiden hoitokäytäntöjä ja päivittää niitä uusien tarpeiden ja lisääntyvän tiedon mukaan.

– Terveyskeskukset ja lääkärit suhtau-

tuivat hankkeeseen hurjan myönteisesti. Viiden vuoden aikana mukana oli 30 terveyskeskusta, jotka olivat hyvin sitoutuneita hankkeeseen. Aihe myös koettiin itselle läheiseksi ja tärkeäksi, kuvailee Rautakorpi.

Hankkeessa koulutettiin kouluttajalääkäreitä, jotka käytännössä toteuttivat työpaikoillaan terveyskeskuksissa tapahtuvan Käypä hoito -suositukseen nojautuvan koulutuksen. Kouluttajien koulutus toteutettiin osittain yhdessä ROHTO-hankkeen kanssa. Lääkäreitä kannustettiin arvioimaan omia hoito- ja toimintakäytäntöjään ja muuttamaan niitä tarvittaessa hoitosuosituksen viitoittamaan suuntaan. Koulutusmuotona käytettiin interaktiivisia pienryhmämenetelmiä.

– Koulutusyhteistyö ROHDON kanssa oli hyvin hedelmällistä; verkostot menivät osittain limittäin, sillä osa MIKSTRAN kouluttajalääkäreistä siirtyi myöhemmin ROHTO-kouluttajiksi ja päinvastoin.

Lisää tietoa ja keskustelua

Antibioottien runsas käyttö on johtanut siihen, että usein potilas odottaa vastaanotolla automaattisesti saavansa lääkemääräyksen. Käytännössä lääkärit ovat joskus kokeneet suurena ongelmana sen, kuinka kertoa potilaalle ettei antibioottihoitoa tarvita. Siksi mikrobilääkkeiden hallittu käyttö edellyttää tiedon leviämistä myös väestön keskuudessa.

MIKSTRA-hankkeesta tiedotettiin ja sen etenemistä esiteltiin aktiivisesti, koska haluttiin että väestön tietoisuus lisääntyisi ja antibioottilääkitykseen liittyvät käsi-

Tavoitteena on seurata tavallisten infektioiden hoitokäytäntöjä

tykset ja odotukset muuttuisivat. Yleistä ilmapiiriä haluttiin muokata niin, että lääkärille tulisi helpommaksi tarjota potilaalle lääkkeetöntä vaihtoehtoa silloin, kun antibioottilääkitystä ei tarvita.

– Toisaalta meidän tutkimusaineistomme perusteella vähän näyttää siltä, etteivät lääkärit välttämättä tunnista potilaiden odotuksia, erityisesti silloin kun potilas ei mielellään söisi antibiootteja. Aiheesta ei ilmeisesti keskustella vastaanotolla avoimesti.

MIKSTRAn potilashaastatteluiden perusteella lääkkeet pääsääntöisesti haetaan ja kuuri syödään. Suomessa ei kuitenkaan ole tehty laajempaa tutkimusta siitä, miten paljon kirjoitettuja reseptejä jätetään lunastamatta.

Laajan hankkeen hyödyt ja haasteet

Tutkimusterveyskeskuksissa jokainen infektioita hoitava lääkäri piti kirjaa omista hoitokäytännöistään. Tietoa kertyi noin 34 000 vastaanottokäynnistä, 29 000 potilaskyselystä ja vajaasta 7 000 haastattelusta. Potilaat olivat myös aktiivisesti mukana tutkimuksessa – 80 prosenttia palautti kyselylomakkeet, joilla selvitettiin vastaanotolle tulon syitä, oireita sekä kommentteja saadusta palvelusta. Paranemista seurattiin myös jälkikäteen puhelinhaastattelujen avulla.

– Viisi vuotta meni kauhean nopeasti. Suurta työtä lähdettiin tekemään pienillä

resursseilla, joka loppupäässä sitten kohtautui aineiston kasvaessa niin suureksi. Julkaisutoiminta on tästä syystä jäänyt vähän jälkeen, toteaa Rautakorpi.

Esimerkiksi analyysit koulutuksen vaikutuksesta lääkäreihin yksilötasolla ovat vielä kesken, samoin kuin potilaskyselyiden analysointi. Keskeisiä tuloksia aineistosta julkaistaan vielä lähimmän vuoden aikana aika paljon, myös hankkeen loppuraportti.

– Intervention näkökulmasta tuloksissa oli yllättävää se, että vaikka terveyskeskukset pysyivät hyvin mukana, ennen kuin viiden vuoden hanke oli saatu päätökseen, puolet lääkäreistä oli vaihtunut. Tämä oli jossain määrin odotettavissakin näin pitkässä hankkeessa, mutta tässä mitassa ilmetessään se myös laimentaa tuloksia huomattavasti. Terveyskeskus organisaation näkökulmasta hankkeen vaikutus jää odotettua pienemmäksi.

– Hoitosuosituksen implementaatio-tutkimuksissa muutosvaikutus on yleensä ollut 6–15 prosentin luokkaa ja juuri siihen haarukkaan meni muutos terveyskeskustasolla meilläkin, laskee Rautakorpi.

Jos puolestaan tarkastellaan koulutuksen muutosvaikutuksia niihin lääkäreihin, jotka olivat mukana koko hankkeen ajan, tulokset ovat hiukan lupaavampia.

Tutkimuksesta saadun tiedon perusteella voidaan antaa kohdennettuja ohjeita hoidon laadun parantamiseksi tulevaisuudessa. Parhailaan keskustellaan siitä pitäisikö nyt rakentaa esimerkiksi sähköiseen

Suomessa antibioottikuuri useimmiten syödään



sairauskertomukseen nojautuva järjestelmä, jossa seurattaisiin jatkossa infektioiden diagnostiikkaa ja antibioottien käyttöä valtakunnallisesti ja mahdollisesti annettaisiin kohdennettuja ohjeita ja suosituksia.

– Aihepiiri on edelleen sydäntä lähellä, myöntää Rautakorpi. ●

Kati Matikainen, tiedottaja
Kansanterveyslaitos

Kirjallisuutta

Ulla-Maija Rautakorpi: Common infections in Finnish primary health care (Tavalliset infektiot suomalaisessa perusterveydenhuollossa) Acta Universitatis Tamperensis; 1137, Tampereen yliopisto, Tampere 2006.

<http://acta.uta.fi>

MIKSTRA: www.mikstra.fi

Tupakasta vieroitus terveydenhuollon koulutukseen

Terveysdenhuollon ammattilaisilla on erinomainen tilaisuus auttaa potilaitaan lopettamaan tupakointi, mutta jos lääkärit ja hoitajat eivät usko, että tupakoijat haluavat lopettaa, motivaatio puuttumiseen on heikko. Toinen este terveydenhuollossa on aikapula. Tämän vuoksi tarvitaan terveydenhuollon ammattilaisille ja opiskelijoille tarkoitettuja helpokäyttöisiä välineitä tukemaan potilaita, jotka haluavat lopettaa. Vuonna 2002 julkaistu ”Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot” Käypä hoito -suositus antoi tähän hyvän pohjan välineiden kehittämiseksi.

Suosituksen julkaisemisen jälkeen Kansanterveyslaitoksessa käynnistettiin

Pääosa tupakoijista haluaisi lopettaa, mutta lopettaminen ei ole helppoa merkittävän psykologisen, fysiologisen ja sosiaalisen riippuvuuden takia. Tästä huolimatta lyhyenkin vieroituksen kohdistuvan intervention on todettu parantavan lopettamisen ennustetta.

”Tupakointi, riippuvuus ja lopettamisen tukeminen” -hanke yhdeksi työvälineeksi suosituksen juurruttamiseen. Ensin luotiin tietokanta tupakoinnin terveysvaikutuksista jaoteltuna lääketieteen erikoisalojen mukaan. Tietokanta, joka on rakennettu osana www.stumpi.fi tupakoinnin lopettamissivustoa, sisältää myös perustiedot tupakkariippuvuudesta ja vieroituksesta.

Moniammatillinen opetus

Eri terveydenhuollon ammattilaisten perusopetukseen soveltuvaa opetusmateriaalia on kehitetty alusta alkaen monitieteellisenä yhteistyönä Kansanterveyslaitoksen, Kuopion yliopiston ja ammattikorkeakoulu Savonian kanssa. Internetpohjaista interaktiivista oppimiskokonaisuutta on ▶

rakennettu Kuopion yliopiston Moodle-oppimisympäristöön wiki-teknologiaa hyödyntäen.

Opetussisältöä sovelletaan eri käyttäjäryhmille, ja koulutustilaisuuksista tehdään mahdollisimman moniammatillisia. Tämä auttaa opiskelijoita ymmärtämään eri ammattiryhmien roolia ja mahdollisuuksia tupakoinnin lopettamisen tukemisessa ja sitä kautta sisäistämään oman roolinsa hoitoketjussa. Lokakuussa 2007 Kuopion yliopistossa järjestettävään opintokokonaisuuteen osallistuu sekä terveydenhuollon, lääketieteen että farmasian opiskelijoita. Opiskelijat ovat olleet aktiivisesti mukana koulutuksissa, ja palaute on ollut hyvää.

Lopettamisen tukeminen laajalti perusopintoihin

Hankkeen yleiskoordinaatiovastuu on Kuopion yliopistolla ja Kansanterveyslaitos toimii asiantuntijana. Oppimiskokonaisuutta käytetään tällä hetkellä lääketieteellisten tiedekuntien perusopetuksessa Helsingissä, Kuopiossa, Turussa ja Tampereella. Terveydenhuoltoalan opetukseen soveltuva mallia pilotoidaan vuoden 2007 aikana Seinäjoella, Lahdessa, Savonlinnassa ja Kuopiossa. Vuonna 2008 hanketta laajennetaan ainakin kymmeneen ammattikorkeakouluun. Koordinoivana tahona toimii Savonia ammattikorkeakoulu Kuopiossa. Kuopion yliopiston sosiaalifarmasian laitos koordinoi farmasian perusopetuksen oppimiskokonaisuutta. Ensimmäinen koulutus farmasian opiskelijoille toteutettiin Kuopiossa vuonna 2006. Hammaslääketieteen opiskelijoille järjestettiin ensimmäinen koulutus Helsingissä keväällä 2007.

Oppimiskokonaisuuden sisällyttämisen terveydenhuollon jatko- ja täydennyskoulutukseen on seuraava askel, ja kurssi on Kuopion yleislääketieteen koulutuksen etäopintojen osa. Duodecim rakentaa verkkokurssia tupakasta vieroituksesta parhaillaan.

Tupakkaopetuspaketin moniammatillisuus on ollut voimavara. Yhteistyöverkosto on ollut asiantunteva, toimiva ja innostunut. ●

Patrick Sandström, tutkija
KTL, Kroonisten tautien ehkäisyn yksikkö
patrick.sandstrom@ktl.fi

Tupakoinnin vieroituskoulutus - oppimiskokonaisuuden sisältö:

Etukäteistehtävä

Opiskelijat tutustuvat tietokannassa olevaan teoretiseen tietoon. Tietotaso tarkistetaan interaktiivisella nettipohjaisella monivalintatentillä, joka kattaa kaikki lääketieteen erikoisalut.

Seminaari

Puolipäiväseminaari keskittyy käytännön välineiden antamiseen vieroitustoiminnan tueksi. Koulutus on moniammatillinen, esimerkiksi niin, että lääkäri alustaa riippuvuudesta sekä vieroituksessa käytettävistä lääkkeistä ja menetelmistä, vieroitushoitaja sekä farmaseutti teorian käytännön sovellutuksesta. Potilastapauksien pohtiminen roolipeleinä tai pienryhmäkeskustelun kautta on keskeinen osa seminaaripäivän ohjelmaa. Lopuksi tapauksia puretaan isossa ryhmässä.

Jälkikäteistehtävä

Seminaarin jälkeen opiskelijat suorittavat moniammatillisen nettipohjaisen pienryhmätehtävän. Tehtävänä voi olla vieroitusstrategian ja käytännön toimien suunnittelu omalla paikkakunnalla. Millä tavalla vastuuta kannattaisi jakaa terveydenhuollon sisällä? Millaisia haasteita voi tulla eteen suunnittelussa ja käytännön toteutuksen aikana? Tehtävän kautta opiskelijat reflektivat omaa oppimistaan ja saavat kokonaisvaltaisemman kuvan vieroituksesta.

Patrick Sandström, tutkija
KTL, Kroonisten tautien ehkäisyn yksikkö
patrick.sandstrom@ktl.fi

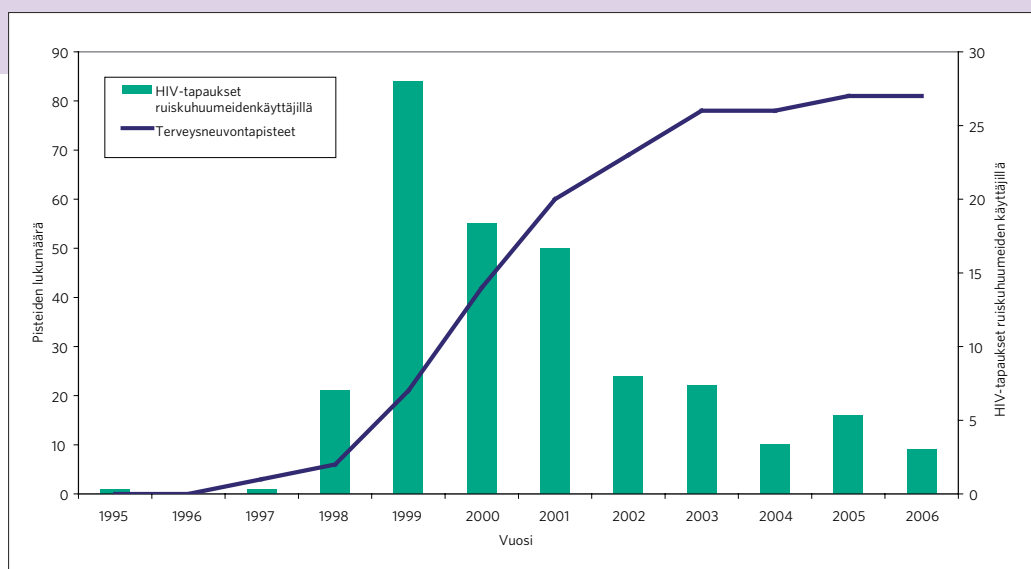


Lääketieteen ja farmasian opiskelijat harjoittelivat asiakas/potilasneuvontaa Kuopiossa lokakuussa 2006.

Ruiskuhuumeita käyttävien terveysneuvonta on vaikuttava interventio

Vuonna 1998 Suomessa todettiin ensimmäistä kertaa HIV-epidemia ruiskuhuumeita käyttävillä. Onneksi tilanteeseen oli osattu varautua, ja epidemian katkaisemiseen tähtäävälle interventiolle oli olemassa valmis malli: terveysneuvonta- ja pistosvälineidenvaihtopiste.

Kuvio 1. HIV ruiskuhuumeiden käyttäjillä ja terveysneuvonnan lisääntyminen.



Helsinkiin perustettiin jo vuonna 1996 ensimmäinen ruiskuhuumeiden käyttäjille

suunnattu matalan kynnyksen terveysneuvontapiste, jossa muiden terveysneuvontapalvelujen lisäksi tarjottiin mahdollisuus käytettyjen pistosvälineiden vaihtamisen uusiin steriileihin välineisiin. Vuonna 1998 epidemian levitessä terveysneuvontapalvelua ryhdyttiin tarjoamaan laajemmin. Mallia monistaen terveysneuvontapisteiden verkosto on kasvanut yli 30 paikkakunnalle ympäri maata. Vuonna 2004 tartuntatautiaseutukseen lisättiin perusterveydenhuollolle velvoite järjestää ruiskuhuumeidenkäyttäjille suunnattua terveysneuvontaa ja pistosvälineiden vaihtoa.

Terveysneuvontapisteiden kautta tavoitettiin vuonna 2005 arviolta 11 800 käyttäjää, joille kertyi yli 80 000 käyntiä. Pisteissä ohjataan edelleen hoitoon muualle, tehdään yksinkertaisia hoitotoimenpiteitä ja erilaisia tartuntatautien laboratoriotutkimuksia sekä annetaan rokotuksia. Pistosvälineitä vaihdettiin vuonna 2005 n. 1,9 miljoonaa, joista yli 90 prosenttia palautuivat käytettyinä.

Ennalta ehkäisy on kustannustehokasta

HIV-infektio ja hepatiitit leviävät suku-

puolittartuntareittiä paljon tehokkaammin verivälitteisesti ruiskuhuumeiden pistosvälineiden yhteiskäytössä. Kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet, että veriteitse tarttuvia tauteja voidaan ehkäistä oikein toteutetuilla toimilla. Tarve ennaltaehkäisyyn on suuri, sillä Suomessa arvioitiin vuonna 2005 olevan noin 19 000 pistosvälineiden ongelmakäyttäjää.

Terveysneuvontatoiminnan vaikuttavuutta tartuntatautien torjunnassa arvioidaan parhailaan Kansanterveyslaitoksessa. Vaikka arviointi on edelleen kesken, useat tekijät viittaavat toiminnan olevan vaikuttavaa ja kustannustehokasta. Tartuntatautien seuranta- ja hoitotietojen sekä kohdennettujen esiintyvyydetutkimusten avulla on voitu osoittaa, että käyttäjien joukossa 1990-luvun lopulla puhjennut HIV-epidemia laantui nopeasti ja ettei HIVin esiintyvyys koskaan nousut yli 1–2 prosenttiin. Myös hepatiitti C:n esiintyvyys on Suomessa laskenut useassa ikäryhmässä. Ilmaantuvuu-

den laskun ja terveysneuvontatoiminnan määrän kasvun välillä on selkeä ajallinen käänteinen assosiaatio (kuviota 1).

Entä jos haittoja ei ehkäistä?

Suomea voidaan vertailla Viroon, missä HIVin esiintyvyys ruiskuhuumeiden käyttäjillä oli vuonna 2005 tehdyn tutkimuksen mukaan Tallinnassa noin 54 prosenttia ja Kohtlajärvellä noin 90 prosenttia. Esiintyvyys on kasvanut lähes nollatasosta hyvin suureksi vain viidessä vuodessa. Virossa onkin aloitettu pistosvälineiden vaihto vasta viime vuosina. Samaan aikaan vasta murto-osa hoitoa tarvitsevista saa hoitoa HIV-infektioon. Interventiona toiminta käynnistyi auttamatta liian myöhään ja liian pienin resurssein.

Mikäli HIVin esiintyvyys olisi Suomesakin noussut ruiskuhuumeiden käyttäjillä viidessä vuodessa esimerkiksi 50 prosentin tasolle, tämä olisi voinut merkitä noin 8 000 HIV-tapausta lyhyen ajan kuluessa. Tautitaakka olisi viisinkertaista nykyiseen verrattuna.

Kansainväliset arviot HIV-potilaan hoidon vuosikustannuk-

Myös hepatiitti C:n esiintyvyys on laskenut

sista länsimaissa ovat 10–50 000 euroa. Suomessa ei ole tehty tarkkoja arvioita yhden HIV-tapauksen aiheuttamista kokonaiskustannuksista. Kuitenkin jo karkea laskelma osoittaa, että jos vuosittaiset HIV/AIDS hoito- ja tutkimuskustannukset arvioidaan varovaisesti noin 15 000 euron suuruiseksi potilasta kohti, olisivat edellä esitetyn tyyppisen epidemian vuosittaiset lisäkustannukset julkiselle terveydenhuollossa noin 80 miljoonaa euroa. Tähän lukuun verrattuna terveysneuvontaintervention kulut ovat huomattavan paljon pienemmät.

Hoitokulujen lisäksi yhteiskunnan kustannuksia kasvattavat sairastuneiden varhaiseläkkeet ja menetetty työpanos. Maissa joissa AIDS on yleinen, sen aiheuttamat välilliset kustannukset on arvioitu hyvin korkeiksi. Länsimaissa HIV-infektio on muuttumassa krooniseksi mutta parantumattomaksi taudiksi, jonka seuranta- ja lääkehoitokustannukset kasvavat tartunnan saaneiden määrän kasvaessa. Ennaltaehkäisyllä voidaan vähentää tautitaakkaa ja saavuttaa kustannussäästöjä. Vaikka intervention vaikuttavuuden arviointiprosessi on kesken, on hyvin todennäköistä että se tullaan osoittamaan varsin kustannustehokkaaksi ja ylläpitämisen arvoiseksi. ●

Mika Salminen, yksikön päällikkö
KTL, HIV-yksikkö
mika.salminen@ktl.fi

Kirjallisuutta

1. Levy AR, ym. The direct costs of HIV/AIDS care. *Lancet Infect Dis* 2006; 6:171-7.
2. Wodak A, Cooney A. Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: a comprehensive review of the international evidence. *Subst Use Misuse* 2006;41:777-813.
3. Partanen P ym. Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2002. *Yhteiskuntapolitiikka* 2004;69:278-86.
4. Salminen M. HIV-epidemiat Venäjän lähi-alueilla ja Baltian maissa. *Kansanterveyslehti* 2006(4):16-7.
5. Uusküla A ym. HIV and Risk Behaviour among Injecting Drug Users in Two Cities (Tallin, Kohtla-Järve) in Estonia. (Study Report). *UNAIDS Epidemic Update* 2005:1-35.

Rokotusohjelman muutosten jalkauttaminen terveydenhuoltoon

Rokotuskattavuus on Suomessa korkea. Siksi rokotuksin ehkäistävät taudit ovat maassamme harvinaisia. Tämä on osoitus siitä, yleinen rokotusohjelma toteutuu erinomaisesti. Lähes vuosikymmenen muuttumattomana pysynyttä rokotusohjelmaa on viimeisen viiden vuoden uudistettu useaan kertaan. Uudistusten yhteydessä on pyritty luomaan uudenlaisia toimintatapoja muutosten jalkauttamiseksi käytäntöön.



Kansanterveyslaitoksen keskeinen tehtävä rokotusohjelman muutosten toteuttamisessa on tukea terveydenhuollon toimijoita. Olennaista on, että tieto uusista suosituksista saadaan nopeasti sekä kunnan päätöksentekijöille että käytännön työn tekijöille. Kun tieto saavuttaa nopeasti eri toimintatahot, rokotusohjelman muutosten edellyttämät toimet voidaan suunnitella ja toteuttaa kunnissa hallitusti ja resurssit kohdentaa järkevästi. Esimerkiksi influenssarokotuskampanjan aikana kuntalaisten mahdollisuus saada influenssarokote vaivatta parantaa rokotuskattavuutta ja todennäköisesti vähentää sairaskäyntien aiheuttamaa kuormaa terveysasemilla influenssaepidemian aikana.

Yhteyshenkilöt jalkauttamisen ytimessä

Rokotusohjelman uudistamisprosessin alussa 2000-luvun alkupuolella KTL:n rokoteosasto pyysi kuntien johtavia lääkäreitä nimeämään kunnastaan/kuntayhtymästään rokotusohjelman käytännön toteuttamisen yhteyshenkilöitä. Rokotusyhteyshenkilöiden verkosto on tarpeellinen, jotta tieto rokotusohjelman muutoksiin liittyvissä asioissa saataisiin KTL:sta nopeasti suoraan sinne, missä rokotustoiminta tapahtuu.

Lasten ja nuorten rokotusohjelman

Rokotusyhteyshenkilöinä 275 terveydenhoitajaa

yhteyshenkilöinä on 275 pääasiassa lastenneuvoloissa toimivaa terveydenhoitajaa. Koska influenssarokotuskampanja toteutetaan

yleensä muualla kuin lastenneuvolassa, koottiin myös influenssarokotuksista vastaavien verkosto. Tässä verkostossa on kaikkiaan noin 280 yhteyshenkilöä.

Laajaa rokotusohjelman muutosta valmistellessaan rokoteosasto jakoi ajantasaista tietoa yhteyshenkilöille lähetetyin kirjein ja verkkosivujensa välityksellä. Rokotusyhteyshenkilöiden kokemuksia rokotusohjelman toteuttamiseen liittyvän viestinnän toteutumisesta selvitettiin kyselylomakkeella keväällä 2005, vajaa puoli vuotta rokotusohjelman mittavan muutoksen jälkeen (1).

Painoa paikalliseen yhteistyöhön

Selvityksen perusteella rokotusohjelman muutosta koskeva tiedotus oli tavoittanut rokottavan henkilöstön, ja koulutussisältö oli vastannut rokottavan henkilöstön tietotarpeita. Kirjepostin sijasta yhteyshenkilöt toivoivat ensisijaisesti sähköistä viestintää ja tiedotuksen laajempaa kohderyhmää, jotta tieto ajankohtaisista asioista leviäisi nopeasti mahdollisimman monelle kentällä työtä tekeväille.

Nykyään kun rokotuksia koskeva uu-

si suositus tai ohje julkaistaan Kansanterveyslaitoksen verkkosivuilla, lähetään siitä sähköpostiviesti yhteyshenkilöille. Yhteyshenkilön aktiivinen rooli tiedon välittäjänä ja lähikouluttajana oman alueensa terveyskeskuksissa ja muissa rokotuksia antavissa yksiköissä on uusien suositusten ja ohjeiden onnistuneen jalkauttamisen kulmakivi.

Rokotetoimitusten ja rokotuskampanjoiden sujumisen kannalta on erittäin tärkeää, että lääkekeskukset / sairaala-apteekit ja terveyskeskukset pitävät yhteyttä toisiinsa esimerkiksi rokotusyhteyshenkilöiden välityksellä. Paikallisen yhteistyön kehittäminen kannattaa.

Tietoa rokotteista

Kansanterveyslaitoksen rokoteosasto jakaa tietoa rokotteista lukuisia eri kanavia käyttäen. Verkkosivuilla oleva rokotuksia ja rokotteita koskeva ajantasainen tieto on nopeasti terveydenhuollon ammattilaisten saatavilla. Yksityiskohtaiset rokotteiden käyttöön liittyvät ohjeet mm. annostelusta, antotavasta ja vasta-aiheista on koottu Rokottajan käsikirjaan, joka on käytettävissä sekä painettuna että jatkuvasti päivitettävänä verkkoversiona (www.ktl.fi > terveyden ammattilaisille > rokottaminen > rokottajan käsikirja).

Rokoteosasto on tuottanut verkkosivuille myös koulutusmateriaalia, lehdistötiedotteita, julisteita ja esitelehtisiä paikallista käyttöä varten. Lisäksi verkkosivuille on koottu tietokanta puhelinneuvontaan tulleista kysymyksistä ja niihin laadituista vastauksista (www.ktl.fi > terveyden ammattilaisille > rokottaminen > usein kysytyt kysymykset). Mikäli käytännön työssä eteen tullut ongelma ei ratkea verkkosivuille kootun tietopaketin avulla, rokoteosaston neuvontapuhelimen terveydenhoitajat auttavat terveydenhuollon ammattilaisia.

Tiedotusvälineet ovat aktiivisesti yhteydessä rokoteosaston asiantuntijoihin. Median välityksellä tietoa saadaan välitettyä nopeasti ja laajalle.

Oma terveysasema on kuntalaisten asiantuntija

Kuntalaisten ensisijainen tietolähde rokotuksiin liittyvissä kysymyksissä on oma terveysasema. Kansanterveyslaitoksen verkkosivut ovat myös kansalaisten käytettävissä.

Koulutettujen asiantuntijoiden lisäksi on eri foorumeilla nykyisin mahdollista nähdä aktiivisia asiantuntijoina esiintyviä mielipidevaikuttajia, joilla ei ole asianmukaista koulutusta. Kansalaisten ei ole aina



Kuvakori.com/Barbro Wikström

helppoa erottaa oikeaa tietoa väärästä, ja tästä seuraa hämmennystä ja kysymyksiä.

Huolestuneille vanhemmille on pystytävä antamaan tieteelliseen tutkimukseen perustuvaa tietoa esimerkiksi internetin sekalaisen tarjonnan vastapainoksi. Rokotusasioissa terveydenhuoltohenkilöstön tehtävä onkin rokotusten toteuttamisen lisäksi toimia vaikuttajana, asiantuntijana, tutkimukseen perustuvan tiedon välittäjänä ja väärinkäsitysten oikaisijana.

Suomalaiset luottavat terveydenhuoltopalveluihin ja suhtautuvat myönteisesti rokotuksiin. Tämä perustuu suurelta osin siihen, että rokotukset annetaan kunnallisissa lastenneuvoloissa, joiden asiantuntevia palveluja väestö arvostaa.

Terveydenhuoltohenkilöstön osaamisella ja myönteisellä asenteella on merkittävä vaikutus rokotussuosituksien toteutumiseen.

Lopuksi

Vastuullisen rokotustoiminnan tavoite on ehkäistä tartuntatauteja ja niiden sairastamisesta johtuvaa inhimillistä kärsimystä tarjoamalla maksuttomia rokotuksia kaikille. Tartuntatautiin ehkäiseminen on yhteiskunnalle aina halvempaa kuin niiden sairastamisesta koituvat kustannukset.

Rokotusohjelman menestyksellinen toteuttaminen on mahdollista, kun tavoite on kaikilla tartuntatautiin torjuntaan osallistuvilla kirkkaana mielessä. ●

Satu Rapola, erikoistutkija
KTL, Rokoteosasto

Kirjallisuutta

1. Hulkko, T. Organisaatioiden välinen viestintä Kansanterveyslaitokselta terveyskeskuksiin. Pro gradu -tutkielma. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 5/2006. www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/julkaisusarjat/kansanterveyslaitoksen_julkaisuja_b/

Interventiot terveyskeskuksen arjessa

Perusterveydenhuollossa toteutettujen interventioiden kirjo on laaja. Interventioilla pyritään vaikuttamaan työntekijöiden toimintaan muuttamalla käytäntöjä. Toisaalta työntekijät tekevät itse interventioita hoitaessaan potilaita ja antaessaan elintapaneuvontaa.



Terveyskeskuslääkäri Risto Kurosenlle interventio on vahva sana, jossa voi kuulla myös jonkinlaista uhkaa.

Interventio tuo ensimmäiseksi mieleen projektit ja hankkeet, joihin ainakin perusterveydenhuollossa ollaan oltu jo pitkään väsyneitä. Hankkeet työllistävät ennestään työstä rasittuneita, mutta vaikuttavat harvoin pysyvästi toimintaan.

Kurosen mielestä terveydenhuoltoon ei kannatakaan tuoda projekteja tai hankkeita ilman, että on tarkkaan mietitty, miten ne viedään käytäntöön. Vaikka idea olisi periaatteessa hyvä, ulkopuolisen toteuttamana se herättää helposti vastustusta. Onnistumisen edellytyksenä on, että joku omassa talossa pitää tärkeänä saada asia jalkautettua. Olkoon tämä sitten esimies, ylilääkäri tai kollega, joka on suunnitellun intervention aihepiirin vastuulääkäri.

Hyvänä esimerkkinä onnistuneesta interventioista, jolla pyrittiin muuttamaan terveyskeskuslääkäreiden työskentelyä, Kurosen pitää Mikstraa (ks. s. 12).

-Tuntematon jostakin ylä- tai ulkopuolelta ei tullut kertomaan, mitä mikrobilääkkeitä meidän tulee käyttää, vaan asian esitti interaktiivisesti oman talon lääkäri.

Tiedosta on pitkä matka toimintaan

Terveyskeskustyön ohella Risto Kurosen tekee työtä myös Valtit-hankkeessa, jolla pyritään jalkauttamaan valtimotautiriskin liittyviä Käypä hoito -suosituksia. Suomessa luotetaan Kurosen mielestä ehkä liikaa lääkäreiden omaan moraaliin suositusten omaksumisessa.

- Meillä on käsitys, että lääkärit tutustuvat heti uuteen työtään koskevaan KH-suositukseen ilman erillistä kehotusta tai tukea. Ennen ehkä näin olikin, mutta nyt suositusten suuri määrä ja terveyskeskuslääkäreiden lisääntynyt työtaakka aiheuttavat sen, ettei omaehtoiseen perehtymiseen voida enää täysin luottaa.

Valtit-hankkeessa, samoin kuin minkä tahansa muun intervention jalkauttamisessa, on Risto Kurosen mielestä tiedon levittäminen vain pieni osa kokonaisuutta. Kyse on hyvin suureksi osaksi asenteiden ja toimintatapojen muokkauksesta. Suosituksen vieminen käytäntöön lähtee joskus jopa päättäjätasolta ja etenee sieltä terveydenhuollon johtoon. Työntekijätasolle päästään vasta, kun ylilääkärit ja -hoitajat suhtautuvat asiaan myönteisesti. Interventio tai jalkauttaminen tapahtuu hyvin monella tasolla ja erilaisia keinoja käyttäen.

Elintapoihin vaikuttamiseen tarvitaan työvälineet

Perusterveydenhuollolta odotetaan yhä enemmän myös terveyttä edistävää toimintaa. Terveyttä edistävän tai sairauksia ennalta ehkäisevä työtavan omaksuminen perusterveydenhuollossa edellyttäisi Kurosen mukaan ainakin lääkäreiltä suurta työkuulttuurin muutosta.

- Interventioita on monenlaisia. On eri asia kehottaa käyttämään amoksisilliinia ensisijaislääkkeenä poskiontelotulehduk-

sen hoitoon KH-suosituksen mukaan, kuin sanoa, että muuttakaa toimintatapanne ennalta ehkäiseväksi.

Kurosen opiskeluaikana lääkärikoulutuksessa ei opetettu elintapaneuvonnan antamista. Elintapojen, tupakoinnin tai ylipainon, puheeksi ottaminen on tietysti helpointa silloin, kun se liittyy potilaan sairauteen. Työhön tarvitaan kuitenkin myös muuta tukea ja muitakin välineitä kuin vain lääkärin puhe.

- Tyypin 2 diabeteksen ehkäisystä puhutaan nyt paljon, ja meillä on näyttöä sen onnistumisesta elintapamuutoksilla. Uskon, että moni lääkäri miettii tällä hetkellä, mitä hänen pitäisi asialle tehdä.

Tiedon levittäminen on vain pieni osa interventiota

Suuren riskin potilaiden tunnistaminen riskitestilomakkeella ei vielä riitä. Sen jälkeen tarvitaan elintapaneuvonnan prosessi, johon potilaan voi oh-

jata. Tämä puolestaan edellyttää selkeää työnjakoa lääkärin ja hoitajien kesken. Ensimmäisen askel on kuitenkin se, että lääkäri on tietoinen siitä, että elintapaneuvonta toimii.

Kurosen oma terveyskeskus Asikkalassa ei kuulu DEHKO:n D2D-hankkeeseen, eikä riskitestilomaketta käytetä aktiivisesti. Kaikki aika menee tällä hetkellä sairauden hoitoon, eikä tautiprosessin alkupäähän ehditä puuttua.

- Väestövastuutoiminta ei anna kovin paljon mahdollisuuksia perehtyä uusiin asioihin, sillä työ jonka jätät vaikkapa koulutuksen takia tekemättä, on edessä kuitenkin. Jos tyypin 2 diabetes tulee aiheuttamaan suuren osan terveydenhuollon menoista tulevaisuudessa, pitäisi sen ehkäisy priorisoida ja terveydenhuoltoa resursoida sen mukaan. Toisaalta on realistista ajatella, että terveydenhuolto pystyy jatkossakin keskittymään ensisijaisesti suuren riskin potilaisiin. Väestötasolla ennalta ehkäisy edellyttää laaja-alaista väestöstra-

tegiaa, jonka toteutuksessa ovat mukana mm. kansalaisjärjestöt, pohtii Kuronen.

Hankkeista jotain pysyvääkin

Päijät-Hämeessä ei ole vielä vaivuttu hankkeidensa määrittämiseen. Alueen suurista hankkeis-

ta, Ikihyvä Päijät-Häme ja Valtit, aiotaan ottaa hyöty irti, ja niissä kehitetyt työkalut tulevat käyttöön koko alueella. Terveystieteen edistäminen liitetään mukaan kaikkeen sosiaali- ja terveysalan toimintaan (ks. s. 20). Esimerkiksi tyyppin 2 diabeteksen

ennaltaehkäisytyö Päijät-Hämeessä tulee perustumaan hankkeiden tuottamille työkaluille. ●

Maria Kuronen, toimitussihteeri
Kansanterveys-lehti

Elintapaohjaus ryhmissä on tuloksellista mutta raskasta työtä

Terveystieteen Erja Nokelainen on vetänyt yli 50-vuotiaille verenpaine- ja diabeteksen suunnattuja elintaparyhmiä litin terveysasemalla jo kolmen vuoden ajan. Elintaparyhmät ovat osa Päijät-Hämeen Ikihyvä-hanketta.

Hankkeen alussa terveystieteilijät saivat kahden päivän mittaisen ryhmävetäjäkoulutuksen. Hankkeen aikana terveystieteilijöillä on ollut säännöllisiä seurantakoukkuja, jossa käsitellään työhön liittyviä ongelmia ja annetaan vinkkejä työhön. Tuesta huolimatta yksinäinen työ on osoit-

tautunut raskaaksi.

- Vaikka sain koulutusta ja saatoinkin milloin tahansa ottaa yhteyttä hankkeen tutkijoihin, tunsin silti olevani hyvin yksin ryhmää vetäessäni, kertoo Nokelainen.

Elintaparyhmien vetämisen tulisi Nokelaisen mielestä olla parityöskentelyä, sillä työssä pitäisi voida käydä läpi ryhmässä eteen tulleita asioita jonkun toisen kanssa.

- Kirjoitin ryhmäkokousten jälkeen päiväkirjaan päällimmäiset tunteukseni siitä, mikä meni hyvin ja mitä pitäisi kehittää. Yksin ei kuitenkaan pääse eteenpäin eikä ohjaajana kehity ilman kollegan palautetta.

Myös mahdollisuus jakaa vetovastuuta auttaisi jaksamaan paremmin.

- Pidän ryhmien vetämisestä vaativana ja raskaana, sillä ryhmässä pitää tehdä samaan aikaan työtä yhden ihmisen sijaan 7-10 asiakkaan kanssa. Heistä jokaista tulisi tukea, että elintapojen muuttamisen prosessi voisi käynnistyä.

Ryhmäohjaus on tulevaisuuden työtap

Erja Nokelaisen mielestä ryhmissä annettu elintapaohjaus on tuloksellista ja suuntautuminen ryhmäohjaukseen on välttämätöntä. Terveystieteen huollossa ei riitä työntekijöitä ohjaamaan jokaista elintapaneuvontaa tarvitsevaa yksilöllisesti.

Ikihyvä-ryhmät on suunnattu yli 50-vuotiaille, mutta Nokelainen haluaisi ryhmätoimintaa jo 30-40-vuotiaille. Ohjausta tarvitaan myös äitiys- ja lastenneuvolaan.

- Meidän tulisi antaa elintapaohjausta aina vain aikai-

semmin, sillä esimerkiksi tyyppin 2 diabeteksen riskitekijät ovat näkyvissä jo 10 vuotta ennen taudin puhkeamista. Tulokset olisivat aivan toiset, jos voisimme tukea ihmisiä elintapamuutoksessa jo siinä vaiheessa.

Muutos lähtee yksilöstä

Kolmen vuoden aikana Erja Nokelaiselle on selvinnyt, millä ehdoilla elintapojen muuttaminen onnistuu.

- Elämän pitäisi olla vakaata, että elintaparemontille olisi tilaa. Muutos ei ole temppe, joka tehdään noin vain, vaan ryhmän aikana pitää olla valmis työstämään ja ajattelemaan asioita. Siksi en suosittelisi ryhmää esimerkiksi sellaiselle henkilölle, joka tekee työtä ja opiskelee samanaikaisesti, tai sellaiselle, jonka päällimmäisenä ajatuksena on saada uusi työpaikka.

Toinen onnistumisen ehto on oma oivallisuus muutoksen tarpeesta. Muutosprosessi alkaa siitä, kun ryhmäläinen ymmärtää, että hänen vointinsa on seurausta hänen omista valinnoistaan.

Ryhmäläisten motivaatio muuttaa elämänsä saattaa olla alussa hyvin erilainen, sillä osa tulee ryhmään lääkärin määräyksestä. Tämä ei Nokelaisen mielestä välttämättä ole huono asia, sillä joskus oivallus siitä, miten monet asiat vaikuttavat terveyteen ja miten pienilläkin muutoksilla voi parantaa selvästi vointiaan, herää ryhmän aikana.

Toisinaan Nokelainen näkee kuitenkin selvästi sen, ettei ryhmäläinen ole valmis ottamaan vastuuta elämästään.

- Olen kuullut monta versiota lauseesta ”En syö mitään ja silti lihon”. Lauseen kuullessani tiedän, ettei tämä ihminen ole vielä valmis myöntämään muutoksen tarvetta, kertoo Nokelainen. ●

Maria Kuronen, toimitussihteeri
Kansanterveys-lehti

litin kunta kuuluu Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymään



Terveyttä ja hyvinvointia Päijät-Hämeen Heimossa

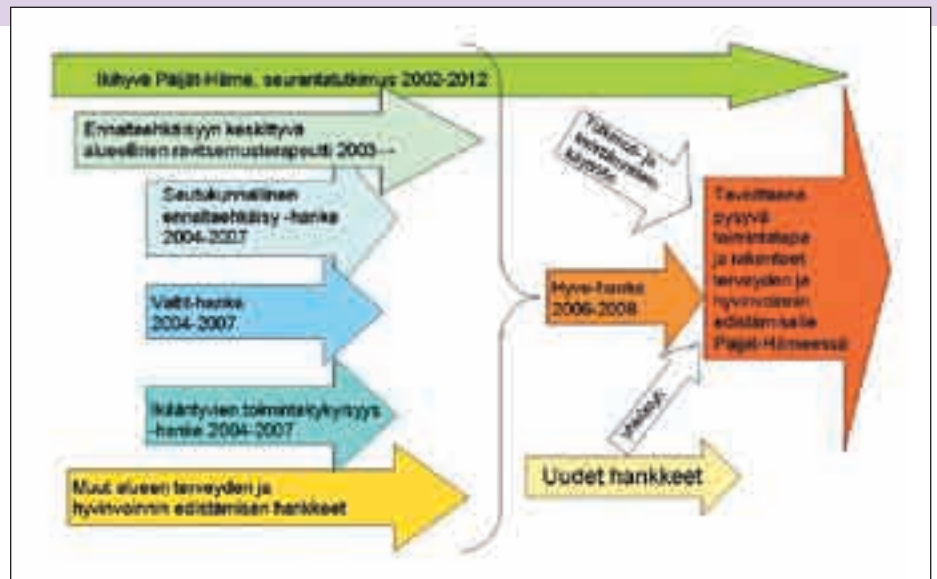
Päijät-Hämeen kunnat vaativat voimakkaasti terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämisen huomioimista, kun alueen sosiaali- ja terveyshuoltoa lähdettiin yhdessä kehittämään. Tavoitteena on ilmapiiri, jossa päättäjät ovat sitoutuneet tekemään terveyttä edistäviä päätöksiä, työntekijät kokevat terveyttä edistävän työn omakseen ja kuntalaiset ovat motivoituneet huolehtimaan terveydestään ja hyvinvoinnistaan, vaikka tulokset eivät välittömästi näy sairauksien vähenemisenä.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystalveluja kehitetään parhaillaan kolmivuotisessa Heimo hyvinvointipiiri -hankkeessa. Terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin kehittämistyöstä vastaa osahanke Hyve. Hankkeessa luodaan alueelle toimintamalli, jolla varmistetaan, että terveyttä ja hyvinvointia edistettäessä keskitytään oikeisiin asioihin, käytetään yhteneväisiä työtapoja ja seurataan niiden vaikutuksia, ja että työhön on riittävät resurssit. Samalla tehdään terveyttä ja sosiaalista hyvinvointia edistävä työ mielekkääksi osaksi kaikkea toimintaa ja nostetaan sen arvoa. Maakunnan terveyden edistämistyön kärkihanke Ikihyvä Päijät-Häme tarjoaa hyvän perustan kehitykselle.

Hyvät käytännöt käyttöön

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen nähdään usein niin laajasti, että sen käytännön toteutusta on vaikea hahmottaa. Siksi on tärkeä miettiä, mitä halutaan kehittää ja keskittyä siihen. Hyveessä ensimmäisen vaiheen painopistealueiksi on valittu valtimosairauksien ehkäisy, erityisesti tyyppin 2 diabetes ja ikääntyneiden toimintakyvyyden tukeminen. Painopisteet on valittu lähinnä neljästä syystä.

- 1) Tyyppin 2 diabetes, joka on suurimpia valtimotautien riskitekijöitä, lisääntyy nopeasti. Samoin ikääntyvien määrä lisääntyy huimaa vauhtia.
- 2) Molempien painopisteiden osalta on tutkimusnäyttöä, että elintavat, kuten ruokavalio ja liikunta, ovat tärkeitä niin ennaltaehkäisyssä kuin hoidossakin.
- 3) Toimintojen kehittäminen koskettaa monia toimijoita niin julkisia, yksityisiä kuin järjestöjäkin.
- 4) Päijät-Hämeessä on jo vuosien ajan tehty tutkimus- ja kehittämistyötä juuri näillä painopistealueilla osana Ikihyvä Päijät-Häme -hankekokonaisuutta.



Kuvio 1. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvä kehittämistyö Päijät-Hämeessä

Ikihyvään kuuluvissa Valtit, Seutukunnallinen ennaltaehkäisyyn kehittäminen ja Ikääntyneiden toimintakykyisyyden tukeminen -hankkeissa on kehitetty ja tutkittu toimintatapoja, joiden käyttöönotto osaksi normaalia toimintaa on nyt ajankohtaista. Hyveen tehtävänä on siis luoda toimintamalli, joka varmistaa, että hyvät käytännöt otetaan käyttöön, niiden vaikuttavuus saadaan näkyviin ja toiminnot kehittyvät (kuvio 1).

Hyve varmistaa, että hyvät käytännöt otetaan käyttöön

Hyvettä monella tasolla samaan aikaan

Hyveessä toimitaan samanaikaisesti usealla tasolla, jotta samansuuntaiset viestit leviävät mahdollisimman laajalle (kuvio 2). Myönteisen ilmapiirin syntyminen yhteisöön tukee ammattilaisten työtä ja tekee siitä entistä vaikuttavampaa.

Päättäjien ja virkamiesjohdon kanssa

sovitaan tavoista, joilla terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen tulee esille strategioissa ja erityisesti niissä asiakirjoissa, jotka velvoittavat toimimaan sovitulla tavalla.

Työntekijöiden kanssa kehitetään työkäytäntöjä niin, että terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen saadaan näkyväksi osaksi työtä ja sen vaikuttavuutta voidaan arvioida.

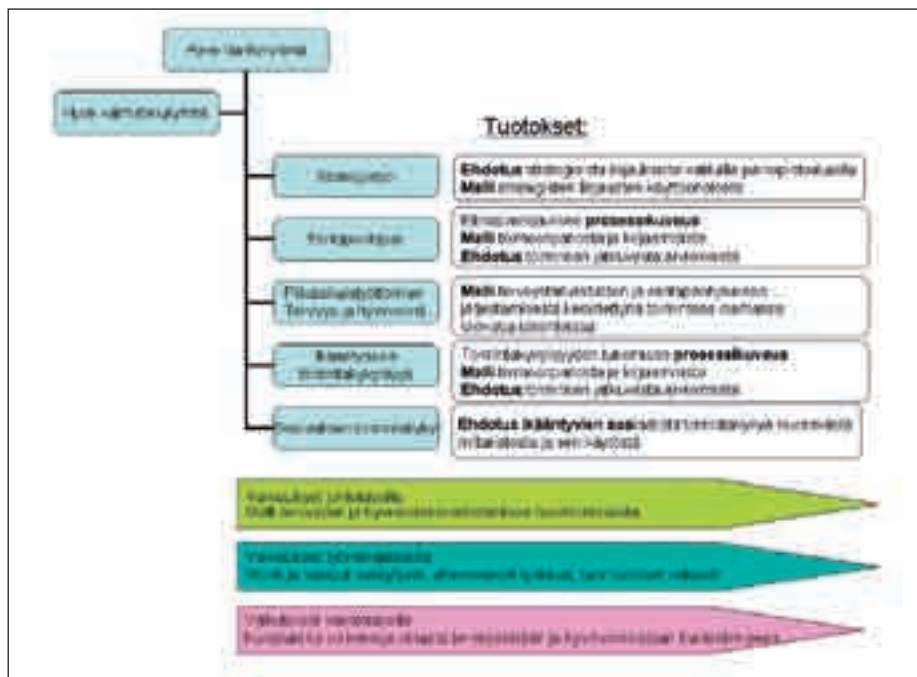
Väestön mahdollisuutta ottaa vastuuta omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan tuetaan vastuunottoa ja omahoitoa tukevilla työvälineillä sekä väestöön kohdistuvalla viestinnällä.

Johtamisen, työntekijöiden ja väestön tasoilla tehtävän kehittämistyön avulla mallinnetaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen kokonaisuutta koko Päijät-Hämeen alueella.

Terveyden edistäminen osaksi kaikkea toimintaa

Hyve on jaettu viiteen eri sisältöalueeseen keskittyväksi työryhmäksi (kuvio 2).

Kuvio 2. Hyveen organisoituminen ja kehittämistoiminnalla tavoiteltavat tulokset



- 1) Strategiatyöhön keskittyvä työryhmä laatii ehdotuksen siitä, miten terveyttä ja hyvinvointia edistävät asiat saadaan sellaisiin asiakirjoihin, jotka velvoittavat toimimaan suunnitelman mukaisesti. Työryhmä on myös laatinut luonnoksen strategisista linjauksista, joissa keskeisinä ovat yhteneväiset työtavat ja työvälineet, niin että asiakkaan vastuunotto tulee mahdolliseksi ja työntekijöiden osaaminen varmistetaan. Kaikkeen toimintaan tavoitellaan terveyttä edistävää työtapaa.
- 2) Elintapaohjausprosessin työryhmä on laatinut ehdotuksen järjestelmällisestä elintapaohjauksen mallista, joka mahdollistaa yhteneväisten työtapojen ja -välineiden käytön ja huomioi työntekijöiden osaamisen. Prosessissa keskeistä on riskienkilöiden tunnistaminen, elintapaohjauksen toteuttaminen ja toiminnan vaikuttavuuden seuranta. Yhteneväisillä kirjaamisen menetelmillä tehdään työn vaikuttavuus näkyväksi. Tässä prosessissa huomioidaan myös muiden kuin terveys- ja sosiaalitoimen roolit (muut hallintokunnat, järjestöt, yksityiset toimijat).
- 3) Pitkäaikaistyöttömien terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen keskittyvän työryhmän perusideana on kehittää yhteneväinen toimintatapa työttömien terveydentilan arviointiin ja erityisesti elintapaohjaukseen. Tässä huomioidaan työttömien tukemisen olemassa olevat rakenteet, joihin nyt kehitettävä toiminta linkitetään.
- 4) Ikääntyvien toimintakykyisyyden tukemiseksi laaditaan prosessi ja suunnitellaan sen toimeenpano vastaavalla tavalla kuin elintapaohjauksessa.
- 5) Sosiaalisen toimintakyvyn työryhmä puolestaan kehittää helppokäyttöisen mittariston, jolla voidaan arvioida ikääntyneen sosiaalisen toimintakyvyn ulottuvuuksia. Tarkoituksena on myös selvittää mittariston toimivuutta normaaleissa asiakastilanteissa.

Lisäksi tehdään viestintäkeinoihin ja -taitoihin liittyvää yhteistyötä mm. yliopiston ja teknologiayritysten kanssa, jotta terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvät asiat kyettäisiin esittämään väestöä kiinnostavasti ja niin että asian tärkeys ymmärretään myönteisellä tavalla.

Hyveen kehittämistyön linjauksista vastaa hankeryhmä, joka myös ohjaa, valvoo ja tukee hankkeen etenemistä. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämistyötä tehdään

yhteistyössä alueen vankan tuntemuksen omaavien toimijoiden ja Ikihyvän asiantuntijaverkoston kanssa.

Mitä Hyveeltä odotetaan?

Kun koko Heimo -hyvinvointipiiri on ollut suuressa myllerryksessä, on Hyveenkin hanketyö edennyt hieman suunniteltua hitaammin. Sisällöllinen suunnittelu on vaatinut laajoja keskusteluja eri toimijoiden kanssa. Yhteinen näkemys ja sitoutuminen asian eteenpäin viemiseen ovat kuitenkin jo syntyneet.

Hyveen tuloksena terveyden edistämisen organisoituminen alueella haahmotuu, vastuut ja roolit selkiytyvät, terveyttä ja hyvinvointia edistävää työtä tehdään tavoitteellisesti ja systemaattisesti, ja kirjaamisjärjestelmien kehittämisen myötä terveyttä edistävän työn vaikutuksia saadaan esille jo lyhyelläkin aikavälillä. Työn selkiyttämällä pyritään siihen, että työn mielekkäisyys lisääntyy ja asiakkaat ovat tyytyväisiä. Kuntalaisilla itsellään on keinoja tai taitoa muuttaa ja ylläpitää terveempiä elintapoja. ●

Raisa Valve, erikoistutkija, projektipäällikkö
 HY, Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia, Lahti

Uusi seutukunnallinen perusta palvelujen järjestämiselle

Päijät-Hämeessä sosiaali- ja terveyspalveluja kehitetään kolmivuotisessa Heimo hyvinvointipiiri -hankkeessa (2006-2008). Tavoitteena on järjestää palvelut maakunnallisena yhteistyönä lähellä kuntalaisia. Laajan kehittämistyön ensimmäisenä tuloksena Päijät-Hämeessä aloitti kaksi uutta perusturvapiiriä ja kaksi uutta organisaatiota vuoden 2007 alussa. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä tuottaa erikoissairaanhoidon palvelut 15 jäsenkunnalle. Kahdeksan kuntaa (Artjärvi, Hartola, liitti, Myrskylä, Nastola, Pukkila, Orimattila ja Sysmä) on siirtänyt myös sosiaali- ja perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisen yhtymälle. Viiden kunnan (Asikkala, Hollola, Hämeenkoski, Kärkölä ja Padasjoki) sosiaali- ja perusterveydenhuollon palvelut tuottaa Peruspalvelukeskus Oiva -liikelaitos. Alueen kaupungit Lahti ja Heinola järjestävät peruspalvelunsa itse.



Suomen Akatemian tutkimusohjelma kansanterveyden haasteista käynnistyy 2008

Suomen Akatemiassa on kahden vuoden ajan suunniteltu tutkimusohjelmaa, jonka keskeisenä tavoitteena on tuottaa sovelluskelpoista tietoa kansanterveyden parantamiseksi. Ohjelma seuraa pitkälti Maailman Terveysjärjestön Euroopan alueen 'Gaining Health' -strategiaa.

Tutkimusohjelmassa painotetaan varhaista vaikuttamista ennen sairauden haittojen kehittymistä. Sairauskeskeistä lähestymistapaa pyritään välttämään, sen sijaan painotetaan hyvinvointia, toimintakykyä ja koettua terveyttä. Muutama hyvin tunnettu syytekijä on useiden keskeisten kansanterveysongelmien taustalla. Ylipaino, alkoholi ja tupakka aiheuttavat myös Suomessa huomattavan osan menetetyistä terveistä elinvuosista. Niiden vaikutukset tunnetaan jo varsin hyvin, mutta ohjelmalla pyritään lisäämään tietoa siitä kuinka niiden aiheuttamia haittoja voitaisiin vähentää. Näin ollen terveyskäyttäytyminen, sosiaaliset tekijät, terveyteen liittyvät asenteet ja uskomukset ovat keskeisiä tutkimuskysymyksiä.

Ohjelma hakee toimintamalleja

Toimintamalleja kaivataan sekä yksilötason että yhteiskunnallisen tason vaikuttamisen tueksi. Myös perinnöllisten tekijöiden vaikutuksista terveyteen tiedetään varsin vähän, sillä tutkimuskysymykset ovat yleensä painottuneet varsin suppeasti yksittäisen sairauden riskiin.

Terveyden edistäminen ja useita sairauksia ennustaviin tekijöihin kohdistuvat interventiot ovat ohjelman olennainen osa, joskin ohjelman kesto ja käytettävissä oleva budjetti rajoittavat sattunnaistettujen kokeiden osuutta. Useita toimintamalleja on jo aiemmissa tutkimuksissa osoitettu vaikuttaviksi. Näiden toteutuksen tehostaminen on yksi tapa parantaa terveydenhuollon vaikuttavuutta ja siten kohentaa kansanterveyttä.

Tietoa tarvitaan toimintamallien vaikuttavuudesta

Keskeisellä sijalla ohjelmassa ovat käytössä olevien toimintamallien vaikuttavuuden selvittäminen, uusien toimintamallien suunnittelu ja niiden tehokkuuden arviointi sekä jo toimiviksi osoitettujen käytäntöjen

soveltaminen.

Ohjelmaan kuuluu myös ei-kokeellinen tutkimus ja sen odotetaan kattavan eri alojen analyttistä, vertailevaa tutkimusta. Tavoitteena on tuoda yhteen kansanterveys-tutkimuksen sekä käyttäytymis-, sosiaali- ja biotieteiden lähestymistapoja. Ohjelmassa korostetaan suomalaisen yhteiskunnan tarjoaman infrastruktuurin ja erityisosaamisen hyödyntämistä.

Ohjelma jakautuu neljän teema-alueeseen

'*Terveyden determinantit*' kattaa sekä biologiset että sosiaaliset tekijät, jotka vaikuttavat terveyteen ja mahdollisesti terveyttä edistämään tarkoitettujen toimenpiteiden tuottamaan hyötyyn.

'*Elinkaari tutkimukset*' kattavat pitkän aikavälin seurantatutkimukset, joissa selvitetään eri kehitysvaiheisiin ja ikäkausiiin liittyviä alttiuksia ja herkkiä vaiheita. Myös usean sukupolven kattava seuranta kuuluu tähän kokonaisuuteen.

'*Terveyden eriarvoisuus*' koskee terveyden epätasaista jakautumista väestössä. Riskitekijät kasautuvat samoille väestöryhmille eivätkä toimenpiteet helposti tavoita huonoimmassa asemassa olevia.

'*Tulevaisuuden haasteiden ennustaminen*' on osioista voimakkaimmin menetelmällisesti painottunut. Siinä pyritään kehittämään uusia tapoja hyödyntää seurantatietoja ja sairausrekistereitä uusien terveysongelmien ennakoimiseksi.

Haku avautuu vuoden 2008 alkupuolella

Ohjelma jatkaa osin samojen tutkimuskysymysten käsittelyä kuin Akatemian aiemmat tutkimusohjelmat: Terveyserot (TERO 1998-2000), Terveyden edistäminen (TERVE 2001-2004) ja Terveydenhuolto-tutkimus (TERTTU 2004-2007). Päällekkäisyyttä pyritään välttämään parhaillaan

käynnissä olevien (Elintarvikkeet, ravinto ja terveys, ELVIRA) tai valmisteltavien ohjelmien kanssa (kuten Lasten hyvinvointi ja terveys). Tämän vuoksi Kansanterveyden haasteet -ohjelma painottaa lapsuudessa tapahtuvien altistusten vaikutusta aikuisiän terveyden kannalta, mutta ei lasten terveyttä.

Tutkimusohjelman haku avautuu vuoden 2008 alkupuolella. Suunniteltu kesto on neljä vuotta ja budjetin suuruus 9–10 miljoonaa euroa. Yhteiskunnallinen vaikuttavuus on ohjelman yksi keskeinen perustelu ja sisällön muotoutumiseen vaikuttanut seikka. Jatkossa uusia tutkimusohjelmia aloitetaan aiempaa vähemmän, keskimäärin 1–2 vuodessa. Näin pyritään mahdollistamaan suurempi rahoitusvolyymi ja jatkossa mahdollisesti myös pidempi kesto.

Vuorovaikutusta arvioijien ja hakijoiden välillä

Akatemian toimintaperiaatteiden mukaisesti hakemusten arvioinnista vastaa ulkomaisista asiantuntijoista koostuva kansainvälinen paneeli. Hakemusten arvioinnissa pyritään mahdollistamaan entistä helpommin vuorovaikutus arvioijien ja hakijoiden välillä.

Arvioinnissa painotetaan tieteellisen tason lisäksi kansanterveydellistä merkitystä ja sovelluskelpoisuutta. Ensisijaisesti rahoitetaan konsortioita, joiden toivotaan kattavan useita eri lähestymistapoja sekä teema-alueita. Konsortio voi kattaa esimerkiksi useita saman terveysongelman hallintaan tähtääviä toimenpiteitä tai yhden toimintamallin arvioinnin eri näkökulmista. ●

Anssi Auvinen, ohjelmaryhmän puheenjohtaja

Sirkku Saarikoski, ohjelmapäällikkö Suomen Akatemia

Lisätietoa tutkimusohjelmasta antaa tarvittaessa ohjelmapäällikkö Sirkku Saarikoski, Suomen Akatemia (puh. 09 7748 8325; sähköposti: etunimi.sukunimi@aka.fi).

Legionella - antigeenitesti helpottaa diagnoosin tekoa

Thaimaa:	Kolme suomalaista, kaksi ruotsalaista ja yksi norjalainen sai legionellatartunnan vuoden- vaihteessa 2006–2007 Phuketissa hotelli Grand Tropicassa.
Burgia:	Kesä-heinäkuussa kaksi suomalaista ja kolme brittiläistä matkailijaa sairastui legionelloosiin oleskeltuaan hotelli Trakia Plazassa Sunny Beachillä Bulgariassa.
Risteilylaiva:	Elokuussa Tukholmaan seilanneella risteilylaivalla todettiin useampi legionelloositapaus.

Suomessa todetaan 7–20 legionelloosia vuosittain, mutta todennäköisesti tautitapauksia on enemmän. Legionelloosin ajatellaan olevan lähinnä matkailijoiden tauti, joka iskee iäkkääseen, tupakoivaan tai immuunipuutteeseen henkilöön. Kuitenkin vain noin 20 prosenttia kaikista Suomessa todetuista legionellooseista liittyy matkustukseen. Legionelloosi pääsee uutisiin silloin, kun se todetaan matkailijoilla, ja ehkä siksi lääkäritkin muistavat legionellan mahdollisuuden lähinnä silloin kun potilas on matkustanut ulkomailla.

Legionelloosin voi kuitenkin saada myös kotona. Suomessa jopa 30 prosentin suurten kerrostalojen lämminvesijär-

jestelmissä kasvaa legionelloja. Myös puolessa tutkituista suomalaisista jäädytysvesijärjestelmistä on legionellabakteereja. Legionelloosi voi olla myös sairaalainfektio. Jo yhden varmistetun sairaalaperäisen legionelloosin kohdalla on tarpeen etsiä tartunnan lähde ja tutkia muut altistuneet potilaat.

Nykyään diagnostiikkaan on käytössä virtsan legionella-antigeenin osoitus, joka on viljelyä huomattavasti nopeampi menetelmä. Se on positiivinen usein jo taudin alkuvaiheessa toisin kuin seerumin vasta-aineet, jotka nousevat hitaasti. Huolimatta legionella-antigeenitestin käyttökelpoisuudesta lääkärit käyttävät sitä nykyisin lähin-

nä erotusdiagnoosissa, kun pneumonia on komplisoitunut ja epäily legionelloosista herää. Ottaen huomioon, että legionelloosi on Suomessa alidiagnostoitu ja siihen liittyy merkittävää kuolleisuutta, on perusteltua harkita virtsan legionella-antigeenitestin tekemistä rutiinisti sairaalahoitoa vaativilta keuhkokuumeepotilailta. ●

Marjut Asikainen, tartuntatautilääkäri
KTL, Infektioepidemiologian osasto
marjut.asikainen@ktl.fi

Kirjallisuutta

1. Kanerva M, ym. Legionelloosin seuranta ja torjunta tehostuvat. Suom Lääkäril 2003;58:4915-9.

Yleinen pikkulasten influenssarokotus alkaa tänä syksynä

Syksystä 2007 alkaen kaikki 6–35 kuukauden ikäiset lapset saavat maksuttoman influenssarokotuksen osana yleistä rokotusohjelmaa. Lasten rokotukset alkavat loka-marraskuun vaihteessa.

Lapset, jotka eivät aiemmin ole saaneet influenssarokotetta, tarvitsevat yhteensä kaksi rokoteannosta noin kuukauden välein. Pikkulasten rokottaminen on tärkeää, koska influenssan ilmaantuvuus on heillä suuri, ja 40 % sairastuneista saa jälkitautilta bakteeriperäisen korvatulehduksen. Ehkäisemällä influenssaa rokotuksin ehkäistään myös sen jälkitauteja ja vähennetään näin taudin aiheuttamia lääkärikäyntejä, mikrobilääke- ja sairaalahoitoja.

Lasten influenssaa on kliinisesti vaikea erottaa muista korkeakuumeisista hengitystietulehduksista, ja vasta viimeaikainen

tutkimustieto on osoittanut influenssan aiheuttavan heille merkittävän tautitaakan. Noin viidennes lapsista sairastaa influenssan vuosittain. Influenssavirus paljastaa bakteereille sopivia kiinnittymispaikkoja hengitysteiden limakalvoilla ja altistaa näin myös bakteeritaukeille kuten keuhkokuumeelle ja korvatulehdukselle. Lähes puolet saa bakteeriperäisen jälkitaudin, yleisemmin korvatulehduksen. Pikkulapsille annetaankin runsaasti antibioottihoitoja juuri bakteerien aiheuttamiin influenssan jälkitauteihin.

Lisäksi pienet lapset joutuvat sairaala-

hoitoon influenssan vuoksi yhtä usein kuin nykyisin rokotettavat riskiryhmät. Sairaalaan joutumisen syytä ovat sepsisepäily, alahengitystieinfektio, astman vaikeutuminen sekä kuumeouristus. Influenssa onkin yksi tärkeimmistä kuumeouristusten laukaisijoista. Harvinaisia influenssaan liittyviä vakavia komplikaatioita ovat esimerkiksi aivoaineen tulehtuminen eli enkefaliitti ja sydänlihaksen tulehdus. Suomalaisessa 683 lapsen aineistossa enkefaliitti diagnosoitiin viidellä lapsella, joista neljä toipui täysin (1).

Lapset hyviä tartuttamaan

Influenssa-aallon tullessa Suomeen lapset saavat influenssan todennäköisemmin kuin aikuiset. Lapset erittävät influenssaviruksia pidempään, jopa kahden viikon ajan oireiden alkamisesta. Myös influenssavirusten määrät lasten nenänieluissa ovat korkeammat. Lapset ovatkin merkittävimpiä influenssan levittäjiä esimerkiksi perheeseen. Kaikkein herkimmin sairaalahoitoa vaativaan influenssaan sairastuvat alle 6 kuukauden ikäiset lapset. Heillä rokote ei kuitenkaan ole riittävän tehokas, eikä sitä siksi ole rekisteröity. Rokottamalla vanhempia lapsia vähennetään viruksen kiertoa pikkulasten joukossa, ja näin epäsuorasti suojataan myös alle puolivuotiaita.

Influenssarokotteen teho pikkulapsilla

Viruksen muuntumisen vuoksi joka syksy otetaan käyttöön uusi rokote. Maailman terveysjärjestö (WHO) valitsee rokotteen viruskannat kiertäviä viruksia vastaavaksi jo helmi-maaliskuussa, eikä silloin vielä voida olla täysin varmoja siitä mitkä virukset lopulta saapuvat Suomeen. Siksi rokotteen teho epidemian aikana kiertäviä viruksia kohtaan ei aina ole paras mahdollinen. Yleensä teho on kuitenkin hyvä.

Yhdysvalloissa on verrattu vain yhden, tai suositellun kahden annoksen saaneita 6–23 kuukauden ikäisiä lapsia (2). Huomattavaa on, että yhden annoksen jälkeen he sairastivat kuumeisia infektioita, keuhkokuumetta ja todettua influenssaa influenssakauden aikana yhtä paljon kuin

rokottamattomat. Kaksi annosta saaneilla suoja kuumeista hengitystieinfektiota vastaan oli sen sijaan lähes 70 % ja todettua influenssaa ja keuhkokuumetta vastaan vielä parempi, yli 85 %.

Koska rokote ehkäisee influenssaviruksen tihutöitä limakalvolla, se ehkäisee välillisesti myös bakteerin aiheuttamia korvatulehduksia. Rokotetuilla on influenssakautena ollut jopa kolmannes vähemmän korvatulehduksia kuin rokottamattomilla. On muistettava, että influenssarokote suojaa vain influenssaviruksen aiheuttamilta infektioilta, kaikkia hengitystieinfektioita se ei poista.

Rokottaminen käytännössä

Kun influenssarokote annetaan lapselle ensimmäistä kertaa, lapsi saa yhteensä kaksi pistosta noin kuukauden välein. Seuraavina vuosina pistoksia tarvitaan vain yksi. Toinen pistos tarvitaan, koska ensimmäisellä kerralla influenssaviruksen kohdatessaan lapsen elimistö ei pysty tuottamaan suojaa.

Influenssarokote aiheuttaa pistokohdan kipua, turvotusta ja punoitusta noin joka neljännelle rokotetulle. Noin joka kymmenes alle 2-vuotiaista saa kuumeen. Oireet ilmaantuvat 1–2 vuorokautta rokotuksesta, ovat yleensä lieviä ja paranevat itsestään. Tarkempia ohjeita rokotuksesta löytyy KTL:n verkkosivuilta www.ktl.fi/influenssarokotukset.

Jos lapsi saisi valita

Korkean sairastuvuuden ja lukuisten jälkitautien vuoksi pikkulasten influenssarokottaminen on kustannustehokasta, ja säästää suomalaisaineistoon perustuvan tutkimuksen mukaan terveydenhuollon

kustannuksia hieman yli 10 euroa lasta kohden (3). Tähän ei ole laskettu mukaan vanhempien poissaoloja tai muita epäsuoria kustannuksia. Lasten influenssarokottaminen ei näin ollen kuluta nettoresursseja, ja kuitenkin estää heiltä merkittävän

määrän sairauksia. Influenssarokote on tällä hetkellä tehokkain korvatulehduksia estävä rokote. Lastenlääkärit ovat jo vuosia suosittelleet rokotetta päiväkotilapsille sekä korvatulehduskierteisille lapsille, nyt sitä voidaan tarjota kaikille. ●

Tuija Leino, erikoistutkija
KTL, Rokoteosasto
tuija.leino@ktl.fi

Kirjallisuutta

1. Peltola V, Ziegler T, Ruuskanen O. Influenza A and B virus infections in children. Clin Infect Dis 2003;36:299–305.
2. Allison MA, Daley MF, Crane LA, ym. Influenza vaccine effectiveness in healthy 6–21-month-old children during the 2003–4 season. J Pediatr 2006; 149:755–62.
3. Salo H, Kilpi T, Sintonen H, ym. (2006) Cost-effectiveness of influenza vaccination of healthy children. Vaccine 2006; 24:4934–41.

Kaikki rokotuksista -kurssi

4.–5.2.2008, Marina Congress Center, Helsinki

Kenelle?

Terveydenhoitajille, lääkäreille, ammattikorkeakoulujen terveysalan opettajille ja muille terveydenhuollon ammattihenkilöille

Sisältö

Käytännönläheinen kurssi tarjoaa kattavan tietopaketin rokotteista ja rokottamisesta, mm

- Mihin rokotuksia tarvitaan?
- Mihin rokotteiden aikaansaama suoja perustuu?
- Rokotteiden turvallisuus: minkälaisia haittoja rokotteet voivat aiheuttaa?
- Käytännön ohjeita, kysymyksiä ja vastauksia
- Millainen rokotusohjelma Suomessa on nyt ja mitä uutta siihen on tarjolla?

Osallistumismaksu on 120 euroa 15.12.2007 mennessä ilmoittautuneille ja 15.12 jälkeen ilmoittautuneille 160 euroa. Ilmoittautuminen alkaa lokakuun alussa.

Lisää tietoa kurssista saat osoitteesta
<http://www.congrex.fi/rokotus2008>

Tekonivelleikkausten jälkeiset infektiot

Suomessa tehdään vuosittain yli 15 000 lonkan tai polven tekonivelleikkausta, joilla parannetaan potilaiden toimintakykyä ja helpotetaan kipua. Vaikka leikkauksen jälkeisten infektioiden ilmaantuminen on selvästi vähentynyt tekonivelkirurgian alkuaikoihin verrattuna, edelleen osa leikkauksista voi johtaa infektiin.

Hoitoon liittyvien infektioiden seuranta on keskeinen osa niiden ehkäisyä. Suomessa sairaalat ovat voineet osallistua vapaaehtoiseen Kansanterveyslaitoksen valtakunnalliseen sairaalainfektio-ohjelmaan (SIRO) vuodesta 1999 lähtien. Vuosina 1999–2002 leikkausalueen infektioiden esiintyvyys lonkan ja polven tekonivelleikkausten ja reisiluun murtumien leikkausten jälkeen oli 3,3 %. Vakavien infektioiden, joita ovat syvät haavainfektiot ja nivelen/luun infektiot, esiintyvyys oli 0,9 %. Infektioista yli puolet todettiin potilaan sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Pääosa vakavista infektioista todettiin potilaan tullessa uudelleen sairaalahoitoon.

Vuosina 2001–2004 asetetuista lonkan tai polven tekonivelistä 7 % oli asetettu kaksipuolisessa toimenpiteessä, jolloin molempiin lonkkiin tai polviin oli asetettu tekonivel samassa leikkauksessa. Kaksipuolisissa leikkauksissa potilaat olivat nuorempia ja terveempiä kuin yksipuolisissa. Vakavien infektioiden esiintyvyydessä ja

kuolleisuudessa ei havaittu eroa yksi- ja kaksipuolisten leikkausten välillä.

SIRO-seurannassa sairaalat keräävät tietoja leikkausalueen infektioista käyttäen yhteisiä määritelmiä ja menetelmiä. Infektiotapauksia etsitään myös potilaiden kotiuduttua sairaalasta. SIRO-seuranta-tietojen laatu oli validaatiotutkimuksessa samaa tasoa kuin muiden maiden kansallisissa seurantajärjestelmissä: SIRO-seurannan herkkyyks oli 75 % ja tarkkuus lähes 100 %. Infektioiden toteamiskäytännöt vaihtelevat jonkin verran sairaaloittain, mikä saattaa vaikuttaa seurantatuloksiin. Tulevaisuudessa sairaaloiden tietojärjestelmien kehittyminen voi helpottaa sairaalainfektioiden seurantaa ja parantaa sen laatua.

Seurantatietoihin yhdistettiin myös tietoja Lääkelaitoksen implanttirekisteristä ja Potilasvaikutuskeskuksesta. Rekisterien yhdistämistutkimuksen perusteella arvioitiin, että Suomessa esiintyy noin 200 leikkauksen jälkeistä tekonivelinfektioita vuosittain.

Huotari Kaisa. *Leikkausalueen infektioiden seuranta lonkan ja polven tekonivelleikkausten sekä reisiluun murtumaleikkausten jälkeen Suomessa. Kansanterveyslaitoksen julkaisusarja A7/2007. ISBN 978-951-740-703-8*

Suomessa esiintyy noin 200 leikkauksen jälkeistä tekonivelinfektioita vuosittain

Suun Actinomyces-bakteerit aiheuttavat luultua useammin implantin tulehtumisen

Gram-positiiviset Actinomyces-bakteerit toimivat streptokokkien ohella primaarivaiheen kolonisoitujina suun eri pehmyt- ja kovakudospinnoille muodostuvissa biofilmeissä. Kiinnostus Actinomyces-lajeja kohtaan on lisääntynyt, koska aiemmasta kirjallisuudesta poiketen niiden on havaittu olevan osallisena myös erilaisissa infektioissa. Lajien luotettava tunnistaminen on kuitenkin ollut vaikeaa.

Väitöskirjatyön ensivaiheessa kehitetty luotettava laji-tason identifiointi loi edelleen perustan tutkimukselle, jossa selvitettiin eri Actinomyces-lajien osuutta ja merkitystä suun pinnoille muodostuvissa biofilmeissä sekä terveyden että infektioiden kannalta.

Tutkimustulokset osoittivat aktinomykestien esiintyvyyden lapsilla nousevan kolmasosasta jopa 97 %:iin kahden en-

simmäisen elinvuoden aikana. Ylivoimaisesti yleisin Actinomyces-löydös jokaisella näytteenotokerralla oli A. odontolyticus, jota esiintyi yleisesti jo kahden kuukauden ikäisillä lapsilla. A. naeslundii oli seuraavaksi yleisin Actinomyces-laji, mutta sitä löytyi ensimmäisen kerran vasta vuoden iässä, mikä on mahdollisesti yhteydessä hampaallisuuteen.

Epäonnistuneiden implanttien kolonisoitujina aktinomykeksset muodostivat yleisimmän bakteeriryhmän (94 % näytteistä). Myös näissä näytteissä A. odontolyticus osoittautui yleisimmäksi Actinomyces-lajiksi. Lisäksi A. naeslundii, A. viscosus ja A. israelii tunnistettiin yllättävän useita implantinäytteistä. In vitro -tutkimus implanteissa käytetyn titaanin pintaominaisuuksien vaikutuksesta eri Actinomyces-lajien tarttumiseen osoitti, että eri lajeilla

Ruokavalio ei kohenna merkittävästi mielialaa

Ruokavaliolla ei voi kohentaa merkittävästi mielialaa, selviää tuoreesta väitöstutkimuksesta. Kansanterveyslaitoksella tehdyn tutkimuksen mukaan ruoasta saatujen ravintoaineiden ja mielialan välillä ei ole voimakasta yhteyttä.

Lääketieteen lisensiaatin Reeta Rintamäen mukaan ravintoaineiden saannissa on eroja terveiden ja mielialahäiriötä potevien välillä. Nämä erot eivät kuitenkaan ole tilastollisesti merkitseviä.

Tutkimus perustuu kahteen aineistoon: syövänehkäisy tutkimukseen (SETTI) ja bipolaa-rikaksostutkimukseen. Väitöstyössä tutkittiin 29 133 tupakoivaa keski-ikäistä miestä. Miehet osallistuivat väestöpohjaiseen seurantatutkimukseen 5–8 vuoden ajan.

Vakavan masennuksen vuoksi sairaalahoidossa olleet miehet saivat ravinnostaan enemmän kahta aminohappoa: seriniä ja lysiniä. Masennuksen ja ahdistuksen tunteista kertoneet miehet käyttivät myös alkoholia reilusti enemmän kuin terveet suomalaiset.

- On yllättävää, että tällaisista tuntemuksista kertoneet miehet käyttivät 47 prosenttia enemmän alkoholia kuin terveet ihmiset, sanoi Rintamäki.

Lisäksi kaksisuuntaista mielialahäiriötä potevat saivat ravinnostaan enemmän B12-vitamiinia kuin terveet. Myös heidän unen pituutensa ja mielialansa vaihtelivat vuodenaikojen mukaan.

Tutkimus paljasti, ettei masennuksesta parannu pelkästään ruokavaliolla tai popsamalla kalaa ja omega3-rasvahappoja. Rintamäki kuitenkin korostaa, että terveellinen ruokavalio on tärkeä perusta ihmisen hyvinvoinnille.

Ravinnon ja mielialan välisestä yhteydestä on vain vähän aiempia tutkimuksia. Rintamäen mielestä aihe vaatisi lisätutkimuksia, ja vastedes pitäisi tutkia myös ravinnon ja liikunnan vaikutusta geneihin.

Anu Vaalama, tiedottaja
KTL, Mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto

Rintamäki Reeta. *Ravintoaineiden ja unen pituuden yhteys mielialaan. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, A9/2007. ISBN 951-740-719-9.*

on erilainen affiniteetti titaanin pintaan proteiinipinnoitteen sekä pinnan karheusasteen vaikuttaessa solumääriin.

Sarkonen Nanna. *Oral Actinomyces species in health and disease: identification, occurrence and importance of early colonization. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, A8/2007. ISBN 951-740-740-5.*

Lähes puolet kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista on tunnistamatta

Jopa 40 prosenttia kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista potee tautia tietämättään. Tautia sairastavia ei tunnista riittävän hyvin erikoissairaanhoidossa. Potilaat tarvitsisivat kuitenkin oikeanlaista hoitoa ja lääkitystä, jotta heidän elämänlaatunsa kohenisi. Tiedot selviävät lääketieteen lisensiaatin Outi Mantereen väitöskirjasta.

Mantereen väitöstutkimuksen aiheena on: ”Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistus, muu psykiatrinen sairastavuus ja ennuste psykiatrisessa sairaanhoidossa”. Väitys on osa kaksisuuntaisen mielialahäiriön etenevää seurantatutkimusta Jorvi Bipolar Studya.

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavia hoidetaan usein masennuspotilaina, eikä vääränlainen hoito tehoa riittävän hyvin.

- Se, että lähes 40 prosenttia kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista on

tunnistamatta, on todella huolestuttavaa, Mantere sanoi.

Tutkimuksessa on seurattu 191 psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilasta, joilla on todettu kaksisuuntainen mielialahäiriö seulonnan ja haastattelun perusteella. Potilaat oirehtivat vakavasti, ja heidän toipumistaan seurattiin puolitoista vuotta.

Tutkimuksessa erottui selvästi etenkin potilasryhmä, jolla oli tyyppi II:n kaksisuuntainen mielialahäiriö. Heidät oli tunnistettu huonosti, koska vain 51 prosenttia oli saanut hoitavalta psykiatriltä kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosin.

Sen sijaan klassinen maanis-depressiivinen sairaus eli tyyppi I oli tunnistettu paremmin. Tyyppi II ei ole kuitenkaan lievempi sairaus, sillä potilailla on yhtä paljon muita psykiatrisia sairauksia ja jopa enemmän ahdistuneisuushäiriötä kuin tyyppi I:tä sairastavilla. He myös oireilivat

seurannassa pidempään kuin tyyppi I:n potilaat, eikä kolmasosa potilaista ehtinyt toipua oireettomaksi.

Mantere suosittelee, että psykiatrit seuloisivat kaksisuuntaista mielialahäiriötä kaikilta masennuspotilailta. Tunnistamattomana sairauden vaikutukset voivat olla yksilölle ja yhteiskunnalle vakavia.

- Erityisen tärkeää olisi masennusoireiden tehokas hoitaminen, sanoo Mantere.

Anu Vaalama, tiedottaja
KTL, Mielen terveyden ja alkoholitutkimuksen osasto

Mantere, Outi. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistus, muu psykiatrinen sairastaminen ja ennuste psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, A6/2007. ISBN 978-951-740-693-2.

Väitöskirjat löytyvät osoitteesta:
<http://www.ktl.fi/portal/4043>

ajankohtaista

IANHPI kannustaa infektio tautien ja kroonisten tautien tutkijoita yhteistyöhön

KTL isännöi kesällä ensimmäistä kansainvälisen kansanterveyslaitosten järjestön IANPHIn koulutusta. Viikon kurssilla, jonka aiheena oli Laaja-alaisen kansanterveyslaitoksen rooli ja tehtävät, oli 25 osallistujaa eri puolilta maailmaa.

Laaja-alaisen kansanterveyslaitoksen tutkimustyö ja asiantuntijatoiminta kattaa kaikki kansanterveyden alueet. Useissa maissa infektio taudit, krooniset taudit ja ympäristöterveys ovat erillisten laitosten vastuulla. Monesta kehittyvästä maasta puuttuu kokonaan Suomen Kansanterveyslaitosta vastaava valtion tutkimuslaitos, joka tukisi terveydenhuollosta vastaavaa poliittista johtoa ja toisi vakautta ja pitkäjänteisyyttä kansanterveystyöhön silloinkin, kun maan poliitti-

IANHPI on maailman kansanterveyslaitosten yhdistys

nen tilanne on epävakaa.

IANPHI tukee kansanterveyslaitosten työtä ja uusien laitosten perustamista erityisesti kehittyvissä maissa. Yhdistämällä kaikki kansanterveyden osa-alueet samaan laitokseen saadaan IANPHIn puheenjohtajan, **Jeffrey Koplanin** mielestä monia etuja.

- Erillisten laitosten toiminta ei ole yhtä tehokasta, eikä se anna maille riittäviä valmiuksia kohdata nykypäivän terveysuhkia, toteaa Koplan.



IANPHIn puheenjohtaja Jeffrey Koplan perusteli laaja-alaisen kansanterveyslaitoksen etuja kesäkuussa Helsingissä pidetyllä kurssilla.

Kansanterveys on yhä useamman tekijän summa. Infektio taudit ja krooniset taudit eivät enää ole täysin toisistaan irrallaan. Esimerkkinä Koplan mainitsee

pernaruttohyökkäykset Yhdysvalloissa.

- Kaksikymmentä vuotta sitten pernaruttoa olisi pidetty vain infektioautina. Nyt siihen liittyi myös ympäristö- ja työterveyden näkökulma. Infektion kroonistuksessa saadaan taas uusi näkökulma. Viestinnän rooli hyökkäyksen hallinnassa oli myös suuri.

Laaja-alaisuuden suurin hyöty on Koplanin mielestä siinä, että eri alojen tutkijat jakavat omaa menetelmäosaamistaan muille.

- Tutkimusmenetelmät, tilastotiede, epidemiologia, terveyden edistämisen osaaminen, viestintä sekä yhteistyö kansalaisjärjestöjen ja yhteisöjen kanssa ovat asioita, jotka kaikkien tulisi hallita. Näissä eri alat voivat oppia toisiltaan. Tarvitsemme myös tutkijoita, jotka tuntevat hyvin terveydenhuoltojärjestelmän ja jakavat tätä osaamistaan, sillä monet asiat toteutetaan terveydenhuollon kautta.

Myös aikakäsityksessä tutkijoilla on toisiltaan opittavaa

- Kroonisten tautien tutkijat ajattelevat helposti, että koska asiat tapahtuvat pitkän ajan kuluessa, ei niihin tarvitse tarttua nopeasti. Koska nopealla puuttumisella kuitenkin voidaan pelastaa ihmishenkiä, pitäisi myös tällä alalla vallita samanlainen kiireen tuntu kuin infektioauodeissa.

Infektioautien tutkijat puolestaan voisivat Koplanin mielestä hyötyä kroonisten tautien tutkimuksessa käytettävistä tarkeista analyysimenetelmistä ja saada tietoa siitä, miten toimitaan vuorovaikutuksessa kohdeyhteisöjen kanssa.

- Infektioauodeissa on perinteisesti keskitytty taudinaiheuttajan tunnistamiseen. Syyllisen löydyttyä asia on ollut sillä selvä. Nykyään tilanteet ovat usein hyvin monisyisiä, ja myös infektioauodeissa tarvitaan aiempaa useammin terveyden edistämisen menetelmiä, jotta ihmisten käyttäytymiseen saadaan vaikutettua.

Guinea-Bissau rakentaa omaa kansanterveyslaitostaan

Tartuntataudit, harvinaiset trooppiset sairaudet ja korkea äiti- ja lapsikuolleisuus ovat suurimmat terveysongelmat länsiafrikkalaisessa Guinea-Bissaussa. Kansanterveystyön tehostamiseksi maassa on nyt päätetty yhdistää kolme eri terveysministeriön alaista laitosta. Tulevan kansanterveyslaitoksen johtaja **Augusto Paulo Silva** toivoo, että vähien resurssien maassa myös alan yliopistollinen koulutus, School of Public Health, liitettäisi osaksi uutta laitosta.

Uuden laitoksen kiireisimpiä tehtäviä on kouluttaa kättilöitä ja terveydenhoitajia.



Guinea-Bissahun perustettavaa kansanterveyslaitosta johtaa Augusto Paulo Silva

- Kylien perinteisille lapsenpäästäjille tarvitaan koulutusta ja tukea. Meiltä täytyy tuottaa heille ohjeita ja koulutusaineistoja.

Uutena haasteena on torjua yleistyviä kroonisia tauteja.

- Myös meillä on diabetesta ja jopa kansallinen diabetesyhdistys. Sydän- ja verisuonitaudit ja kohonnut verenpaine ovat myös uusia terveyshaasteita, sanoo Silva.

Kansainvälinen tupakkasopimus

WHO:n kansainvälisen tupakkasopimuksen (FCTC) toimeenpano etenee: Tupakkasopimuksen on ratifioinut noin 160 maata, joukossa Suomi. Näiden maiden edustajien muodostama ns. osapuolikokous kokoontui Bangkokissa heinäkuussa 2007 toiseen istuntoonsa.

Kokous hyväksyi suuntaviivat (guidelines) ympäristön tupakansavun rajoittamisesta. Seuraavaan vuoden 2008 lopulla Etelä-Afrikassa pidettävään kokoukseen mennessä valmistellaan seuraavat asiat: tupakan laitton kauppa (tavoite 2010 men-

nessä), tupakan mainonta sekä jatkaa valmistelua muilla alueilla (mm. tuotesääntelyä, pakkausmerkinnät, tupakanviljely). Sopimuksen toimeenpanosta vastaava sihteeristö aloitti toimintansa uuden johtajan – Haik Nikogosianin – johdolla.

Tri Nikogosian oli tyytyväinen Bangkokin kokouksen tuloksiin. Hän korosti kansainvälisen tupakkasopimuksen historiallisuutta: Ensimmäistä kertaa on terveyttä koskeva kansainvälinen lainsäädäntö, joka jo nyt on voimakkaasta lisäämässä tupakkalainsäädäntöä eri puolilla maailmaa.

Karjalan tasavallassa etsitään keinoja parantaa väestön terveyttä

Karjalan tasavallan ja Suomen välisellä rajalla on maailman syvin elintaso- ja terveyskuilu. Miesten eliniänodote on rajan toisella puolella lähes 15 vuotta lyhyempi kuin suomalaisten miesten. Karjalan tasavallan väestö onkin ollut voimakkaassa laskussa johtuen pienestä syntyvyydestä ja suuresta kuolleisuudesta. Aivan viime vuosina on alueen kuolleisuus kuitenkin hieman vähentynyt.

Karjalan tasavallan terveysministeri Valeri Boinitshin mukaan nyt tarvitaan konkreettisia keinoja alueen sydänkuolemien vähentämiseksi. Tasavallan alueella kokeiluhankkeena toimineen Pitkäranta-projektin kokemuksia terveyden edistämässä halutaan nyt laajentaa

koko tasavaltaan. Ministeri korosti myös kansalaisjärjestöjen merkitystä kansanterveystyössä.

Kansanterveyslaitos ja Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskus ovat tehneet yhteistyötä Karjalan tasavallan terveydenhuoltoministeriön ja paikallisten terveyden ammattilaisten kanssa jo vuodesta 1991. Paikallista terveysseurantajärjestelmää ja kroonisten tautien ehkäisyohjelmaa on kehitetty Pitkärannan piirissä. Pitkäranta on yksi Venäjän keskuksista WHO:n CINDI-verkostossa, jossa tehdään yhteistyötä kroonisten tautien ehkäisyohjelmien kehittämässä.

Kuvaaja: Pentti Väistö

Keinoja Karjalan tasavallan terveystilanteen parantamiseksi pohdittiin Pitkärannassa 9.8. järjestetyssä seminaarissa. Kuvassa pääjohtaja Pekka Puska, Karjalan tasavallan terveysministeri Valeri Boinitsh, akateemikko Rafael Oganov ja Pitkärannan sairaalan ylilääkäri Mihail Uhanov.





Kansanterveyslaitoksen rakentama **Elämä PELISSÄ** -testi on osa kokonaisuutta, johon kuuluvat YLE:n syksyllä 2007 esittämä TV-sarja ja Duodecimin julkaisema kirja. Internet-testissä on sarja kysymyksiä, jotka koskevat elinoloja, elintapoja, sosiaalisia suhteita ja kokemuksia elämän eri alueilta. Annettujen vastausten perusteella peli ennustaa odotettavissa olevan eliniän.



Elämä PELISSÄ -testin tarkoitus on kertoa kuinka paljon kukin voi itse vaikuttaa terveyteensä ja elinajan ennusteeseensa muuttamalla elintapojaan. Testi antaa sisältämistään aihealueista runsaasti lisätietoa sekä tarjoaa erilaisia tietolähteitä. **Elämä PELISSÄ** -testi pyrkii oivalluksen ja ymmärryksen kautta auttamaan pysyvään terveyttä edistävään elämäntapamuutokseen.



Testi on toteutettu Kansanterveyslaitoksen kehittämällä laskentakaavalla, joka perustuu Finriski-tutkimuksiin ja alan kansainväliseen tieteelliseen asiantuntemukseen.



Elämä PELISSÄ -ohjelmasarja alkaa TV1:llä 6. syyskuuta klo 21.05.
Samalla avataan verkkosivusto, jossa pääsee tekemään testin: www.yle.fi/elamapelissa.



Kansanterveyslaitos
Folkhälsöinstitutet
National Public Health Institute

Kansanterveyslaitos

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

Kansanterveys

KTL:n tiedotuslehti
www.ktl.fi/kansanterveyslehti
etunimi.sukunimi@ktl.fi

Päätoimittaja

Pentti Huovinen
puh. (02) 331 6601

Toimitussihteeri

Maria Kuronen
puh. (09) 4744 8743

Toimituskunta

Pekka Puska, pj., Markku Heliövaara,
Soile Juuti, Jari Kirsilä, Aija Kyttälä,
Outi Lyytikäinen, Timo Partonen,
Jaakko Penttinen, Saira Pitkänen,
Antti Uutela, Outi Vaarala, Anni Viro-
lainen-Julkunen

Tartuntatautirekisteri

puh. (09) 4744 8484
faksi (09) 4744 8468

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: Kirjapaino Uusimaa/Studio/Risto Mikander

Painopaikka: Kirjapaino Uusimaa, 2007
ISSN 1236-973X

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