

KANSAN TERVEYS

KANSANTERVEYSLAITOKSEN TIEDOTUSLEHTI • FOLKHÄLSOINSTITUTETS INFORMATIONSTIDNING

HUHTIKUU 4/2002 APRIL

KTL 4/2002

■ **Pääkirjoitus:**
EU:lle ehkä sittenkin "CDC"
Sivu 1

■ **Kansallinen HIV-strategia**
ohjaamaan toimintaa
Sivu 2

■ **HIV-raskaudet lisääntyneet**
Sivu 2

■ **HIV ja raskaus**
– lääkintäeettinen pulma
Sivu 4

■ **Väitöskirja-artikkeli:**
Pelkkä tieto ei riitä geeni-
seulontojen ongelmassa
Sivu 9

■ **Naisten terveys**
– ajankohtaisia kansan-
terveyskysymyksiä
Sivu 9

■ **Masennuspotilaat usein**
moniongelmaisia
Sivu 10

■ **Nuorten aikuisten**
depressio vahvasti alihoidettu
– vain osa hoidossa
Sivu 10

■ **Nuorten aikuisten**
kasvien käyttö suosituksia
vähäisempää
Sivu 11

TARTUNTATAUTITILANNE SUOMESSA SS. 5-8

- Tartuntatautitilanne Suomessa
- Mikrobitaulukko
- Väitöskirja-artikkeli: MPR-rokotus on turvallinen
- Kangaslammilla kampylobakteriepidemia elokuussa 2001
- Rokotusohjelma uudistuu 2005

EU:LLE EHKÄ SITTEENKIN "CDC"


Tartuntatautiin aiheuttamien haittojen torjunta on EU-ajattelussa voitto-puolisesti jäsenmaiden oma asia. Toiminnan kulujen ja vaikuttavuuden täytyy kohdata poliittiset vastuunkantajat lähempänä kuin Brysselissä tai Luxembourgissa. On kuitenkin kiistatonta, että asiaan liittyy myös monia yli rajojen ulottuvia ilmiöitä, joissa "eurooppalainen lisäarvo" on helposti hyödynnettävissä. Tarttuvien tautien hallitsemisella on läheiset liittymäkohtansa esimerkiksi ruoka- ja ympäristö-peräisten uhkien torjunnassa. Viimeksi varautuminen bioterrorismin uhkaan on korostanut yhteisten toimien tarpeellisuutta ja hyödyllisyyttä.

EU:ssa on tehty poliittisia päätöksiä, jotka tekevät läheisen yhteistyön jäsen-maiden välillä kansanterveysasioissa mahdolliseksi ja antavat komissiolle valtuudet toimia koordinaattorina ja jopa aloitteentekijänä muun muassa tartunta-tautien seuranta ja valvontaa koskevilla kysymyksissä. Tällaisen päätöksen pohjalle on rakennettu jäsenmaiden resurssien verkottamiseen perustuva järjestelmä, jossa tilanteen seuranta ja kehitystyö ovat jäsenmaiden ja komission yhteisen niin kutsutun verkostokomitean vastuulla. Komiteassa on edustus jokaisen jäsenmaan ministeriöstä ja lisäksi jokaista jäsenmaata edustaa kansallisen valtuutuksen saanut laitos tai muu elin, jonka vastuulla on tartuntatautiin seuranta ja valvonta omassa maassaan. Suomessa Kansanterveyslaitoksen infektio-epidemiologian osastolla on tämä asema.

Järjestelmään kuuluu yhteisiä toimintoja, joita ovat muun muassa tapaus-määrittelyt, varhaisvaroitusjärjestelmä, tiedotus, kenttäepidemiologien koulutus-ohjelma sekä tietojen vaihdon tekniikkaan ja sääntöihin liittyvät kysymykset. Avukseen verkosto on nimennyt tautispesifisiä verkostoja, jotka koostuvat eri tautien tai tautiryhmien erikoisosaajista. Ruokaperäisten infektioiden, tuberkuloosin, HIV:n ja monien muiden tautien tiedot saadaan tällaisista verkoista, joiden tehtävänä on paitsi esiintyvyyttä ja riskitekijöitä koskevien tietojen kerääminen, myös menetelmien kehittäminen muun muassa laboratorio-diagnostiikassa. Toimiminen tällaisessa verkossa edellyttää kansallisen verkosto-komitean hyväksyntää. Liittyminen aiheuttaa puolestaan velvoitteita esimerkiksi tietojen luovuttamisesta ja tiettyjen laatuvaatimusten täyttämistä. Päätökset siitä, mitkä verkostot kuuluvat järjestelmän piiriin tehdään arvioimalla niiden tuottama eurooppalainen lisäarvo sekä prioriteetti yleistä kansanterveystyötä ajatellen.

Edellisten lisäksi on EU:n tutkimusrahoituksen avulla syntynyt kysymyksenasettelultaan suppeampia ja erikoistuneempia verkkoja joiden liittyminen mukaan isoon järjestelmään saattaa tulla jossain vaiheessa ajan-kohtaiseksi. Tällaisia ovat esimerkiksi Calici-viruksiin, Lymen borreliosin ja punkkienkelaaliittiin erikoistuneet asiantuntijalaboratorioiden verkot.

Järjestelmän kehittyessä ja monipuolistuessa myös komissio tarvitsee lisää asiantuntemusta ja teknisiä voimavaroja. Bioterrorismiuhan provosoimana on osoitettu varoja yhteiseen tekniseen koordinaatiostrukturiin johon tulee muun muassa tartuntatautiin ja tietojen vaihdon erikoisasiantuntijoita. Nyt komissio on myös tehnyt ehdotuksen 9.5 miljoonan euron vuosibudjetilla pyörivästä erillisestä virastosta, jonka tehtävänä olisi kenties viidenkymmenen henkilön voimin koordinoita ja tukea tartuntatautiinverkoston toimintaa ja siihen liittyvää jäsenmaiden yhteistä epidemiaselvitystä, joka voisi käynnistyä mikäli syntyisi uhkatilanne joka voisi aiheuttaa vaaraa EU-kansalaisille ja jossa yhteisin voimin saavutettaisiin merkittävää lisäarvoa. Siis eräänlainen Euroopan CDC, joka ei kuitenkaan voisi tehdä kaikkea sitä mitä CDC USA:ssa tekee.


Pauli Leinikki, tutkimusprofessori
KTL, Infektioepidemiologian osasto

KANSALLINEN HIV-STRATEGIA OHJAAMAAN TOIMINTAA

Suomen HIV-tilanne on pysynyt varsin hyvänä. Vuosittaisten uusien tartuntojen määrä asukaslukuun suhteutettuna on samalla tasolla kuin muissa pohjoismaissa. Tartunnan saaneita on yhteensä kuitenkin alle puolet esimerkiksi Ruotsin ja Norjan luvuista. Viime vuonna uusia tartuntatapauksia on todettu 127. Tilanteen kehittyminen on kiinni omista toimistamme. Kansallinen HIV-asiantuntijaryhmä on luovuttanut sosiaali- ja terveysministerille ehdotuksensa lähivuosien toiminnan tavoitteista. Maassamme ainakin 250 henkilön tiedetään kuolleen AIDS:iin, ja lähes 500 saa jatkuvaa lääkettä, joka estää heidän ennenaikaisen kuolemansa. Infektion kanssa elää arviolta yli tuhat henkilöä.

UHAT TIEDOSSA

Uhkakuvat on helppo tunnistaa. Huumeiden käyttöön liittyviä laajoja HIV-epidemioita on viimeisten viiden vuoden aikana esiintynyt erityisesti Baltian maissa ja Venäjällä mutta myös Suomessa on saatu osamme. Neulojen ja ruiskujen yhteiskäyttö levittää virusta tehokkaasti, jos joku yhteiskäyttöön osallistuvista sattuu olemaan tartunnan kantaja. Ongelmaan voidaan puuttua vaikuttamalla suoraan huumeiden käyttäjiin mutta ongelma ei poistu, ellei huumeiden käyttöä kokonaisuudessaan saada paremmin hallintaan.

Suojaamattoman seksin kautta tapahtuva tartunta on maailmanlaajuisesti ottaen tärkein HI-virusta levittävä tekijä. Myös Suomessa merkittävä osa tartunnoista saadaan kotimaassa seksin välityksellä, yhtä hyvin miesten välisessä seksissä kuin heteroseksissäkin. Huumeidenkäyttöön liittyvän prostituution merkitys tartunnan levittämisessä on ilmeisesti kasvamassa nopeasti. Lähialueille suuntautuva seksipitoinen matkailu on seuraavien kolmen neljän vuoden kannalta ehkä merkittävin uhkamme, joskaan puhtaasti kotimaisten tartuntojen merkitystä ei voi vähätellä. Lisäksi ne kytkeytyvät läheisesti toisiinsa.

Läheskään kaikki tartunnalle altistuneet eivät saa ajoissa tietää taudistaan ja voivat siten levittää sitä tietämättään edelleen. Vaikka menestyksellinen lääkitys onkin lisännyt halukkuutta hakeutua testattavaksi, näyttää ilmeiseltä, että edelleen valitaan – tietoisesti tai tahtomatta – usein sellainen käyttäytymisvaihtoehto, ettei testiä tehdä. Testauskynnyksen hallittu madaltaminen on eräs keino vaikuttaa asiaan. Sitä onkin jo käytetty esimerkiksi vankiloissa menestyksellisesti.

TEHOSTUVA JA MONIMUTKAISTUVA HOITO

Lääkehoito on viimeisten vuosien aikana kehittynyt nopeasti. Usean lääkeaineen yhdistelmähoito parantaa jo oireilevien potilaiden kuntoa palauttaen monesti työkyvyn lähes täysin. Kliinisesti terveillä lääkitys taas lykkää oireiden ilmaantumista, jopa vuosilla. Hoidon toteuttaminen on kuitenkin sekä potilaan että terveydenhuollon kannalta hyvin vaativaa ja hoidon onnistumiselle välttämättömiä toimintaedellytyksiä olisikin pyrittävä parantamaan.

Hoidon piirissä olevien määrä on kasvanut ja kasvaa edelleen. Lisäksi hoito on tullut aikaisempaa vaativammaksi. Erityisesti huumeidenkäyttäjillä monimutkainen yhdistelmähoito ei läheskään aina tahdo onnistua ilman erikoisjärjestelyjä ellei myös huumeriippuvuutta pystytä hallitsemaan.

Kipeä kysymys tulee olemaan rajanveto siitä, keille oikeus korkeatasoiseen ja maksuttomaan hoitoon voidaan ulottaa esimerkiksi EU:n laajentuessa tai maahanmuuton lisääntyessä.

Immuunikato lisää tuberkuloosin riskiä ja tarttuvuutta ja lähialueillamme yleisenä esiintyvä lääkkeille vastustuskykyinen basilikkanta saattaa tätä tietä päästä leviämään maahan. Seuraukset olisivat varsin vakavia.

KANSALLISEN HIV/AIDS-STRATEGIAN MERKITYS

Sosiaali- ja terveysministeriön nimeämä HIV-asiantuntijaryhmä on seurannut Suomen HIV-tilanteen kehittymistä ja tehnyt aloitteita uhkien torjumiseksi. Ryhmä on nyt valmistellut ehdotuksen kansalliseksi HIV/aids -strategiaksi. Asiakirja vastaa niin kutsuttua ”national aids-policy”, jonka laatimista esimerkiksi YK-järjestöjen yhteinen UNAIDS-ohjelma on kaikille maille suositellut ja jonka tekemiseen useat maat, Suomi mukaan lukien, ovat YK:n erityisistunnossa kesällä 2001 sitoutuneet.

Sen kautta maamme HIV-epidemian vaikuttavia tärkeimpiä tekijöitä ja puutteita nostetaan esiin ja torjuntatyön kannalta tärkeimmille osa-alueille pyritään asettamaan konkreettiset tavoitteet. Tavoitteet on asetettu niin, että niiden toteutumista voidaan oikeasti seurata. Niitä on kaikkiaan 17.

MITATTAVIA TAVOITTEITA

Kunnianhimoisimmat tavoitteet liittyvät uusien tartuntojen ehkäisyyn. Ilmaantumisluvussa olisi päästävä lasku-uralle tähän saakka jatkuneen nousu-uran sijasta. Tavoite koskee kaikkia tartuntamuotoja ja on siksi varsin kunnianhimoisen. Prevention onnistuminen edellyttää jatkuvaa työtä ja innovatiivisia lähestymistapoja, joihin tarvitaan mukaan yhtä hyvin kansalaisjärjestöt kuin viranomaisetkin. Onnistuminen edellyttäneeräältä osin myös resurssoinnin uudelleen arvioimista, mutta ennen kaikkea aktiivista toimintaa.

Meidän oloissamme hyvä hoito on myös ennalta ehkäisyä. Se tukee hoitoon hakeutumista ja vaikuttaa paljon tartunnan saaneiden käyttäytymiseen ja riskinottoon. Samaan suuntaan vaikuttaa myös tartunnan saaneiden sosiaalisen syrjäytymisen estäminen. Siksi sen vahvistaminen on asetettu yhdeksi keskeiseksi tavoitteeksi.

Niin preventio- kuin hoitotyönkin yhdenmukainen ja hyvä toteutuminen koko valtakunnan alueella on yksi tavoitteista. Asian selvittämiseksi ehdotetaan konsensusmenettelyä, joka olisi käynnistettävä mahdollisimman pian.

Näyttää siltä, etteivät HIV- ja aids-kysymykset edelleenkään saa riittävästi huomiota HIV-tartunnan saaneiden kanssa työnsä kautta tekemisiin joutuvien henkilöiden perus- tai täydennyskoulutuksessa. Asian kehittäminen vaatii sekä lisäselvityksiä että viranomaistahojen yhteistyötä.

Myös tartunnan saaneiden asemaan liittyviä ongelmia on syytä jatkuvasti pitää esillä ja pyrkiä kaikin tavoin turvaamaan heidän sosiaalisen asemansa säilymisen, eli estää syrjintää.

Kansainvälisen yhteistyön tavoitteita asetettaessa ollaan valinnan edessä: onko tärkeämpää panostaa globaalin HIV-epidemian haittojen vähentämiseen vai nopeasti pahentuneen lähialueittemme HIV-tilanteen korjaamiseen. Työryhmä päätyi muotoiluunsa asettamaan lähialueyhteistyön kansainvälisen toimintamme painopistealueeksi.

TAVOITTEET SUUNTAAMAAN JATKOTOIMIA

Työryhmä on pyrkinyt tavoitteiden avulla havainnollistamaan nykyisen tilanteen pohjalta ne asiat, joiden tulisi olla etusijalla kansallisessa HIV-politiikassamme. Mikäli tavoitteet voidaan hyväksyä, niiden pohjalta on yksinkertaisia laatu kuka-tekee-mitäkin-ja-mistä-se-maksetaan-lista. Näiden toimien avulla toivotaan hii-pien huonontuvan HIV-tilanteen pysyvän kurissa myös pitemmällä tähtäimellä. □

*Pauli Leinikki, tutkimusprofessori
KTL, Infektioepidemiologian osasto*

HIV-RASKAUDET LISÄÄNTYNEET

Maassamme vuonna 1998 aloitettu raskaudenaikainen HIV-seulonta on saanut hyvin myönteisen vastaanoton. Seulonnan alkaessa 0,7 prosenttia äideistä ei halunnut HIV-tutkimusta, mutta vuonna 2001 kieltäytyjiä oli enää 0,3 prosenttia. Vuosina 1998–2000 HIV-positiivisten äitien vuosikertymät olivat 5–8, vuonna 2001 heitä oli jo 13. On ilmeistä, että HIV-positiivisten naisten raskaudet ja synnytykset yleistyvät edelleen.

Lähes kaikki (99%) raskaana olevat naiset osallistuvat äitiysneuvoloiden tarjoamiin terveydenhuoltopalveluihin, joihin

kuuluvat muun muassa verinäytteestä tehtävät tartuntatautien seulontatutkimukset. Niiden avulla pyritään toteamaan sairauksia tai riskitekijöitä, jotka uhkaavat äidin ja sikiön tai vastasyntyneen terveyttä tai jotka saattavat johtaa pysyvään vammautumiseen tai myöhemmin ilmaantuvaan vakavaan sairauteen.

Raskaudenaikaisten tartuntatautien seulontaohjelma sisältää nykyisin kuppataudin, hepatiitti B:n ja HIV-tartunnan (Sosiaali- ja terveysministeriön ohje numero 1997:47). Kuppatauti voidaan hoitaa penisilliinillä. Vastasyntyneen riski saada HBV-tartunta voidaan estää rokotuksella, kun taas vastasyntyneen riskiin saada HIV-tartunta voidaan vaikuttaa raskauden aikana aloitetulla viruslääkityksellä. Tartuntojen varhainen toteaminen ja tartuntaketjujen katkaiseminen myös rajoittavat epidemioiden leviämistä.

Kuppatautia on seulottu maassamme jo yli puoli vuosisataa. Vuonna 1982 raskaudenaikaisen kuppataudin seulonta keskitettiin Kansanterveyslaitoksen Neuvolaserologian laboratorioon, joka sijaitsee nykyisin Oulussa. Valtakunnalliseen järjestelmään on tarvittaessa voitu liittää muita seulontoja. Samasta, alunperin kuppaseulontaa varten otetusta verinäytteestä on tehty äitien vihurirokkoimmuniteettimääritykset rokotustarpeen arviointia varten 1983–94. Vuonna 1994 seulontaan on liitetty hepatiitti B ja viimeiseksi HIV-seulonta vuonna 1998.

HI-VIRUKSESTA KOKO KANSAN ONGELMA

HIV-epidemian alkaessa 1980-luvun alussa valtaosa maassamme ilmoitetuista tartunnoista oli saatu miesten välisestä seksistä. Naisten osuus HIV-tartunnan saaneista on kasvanut jatkuvasti. Heteroseksiksi ja ruiskuuhumeet ovat nykyisin yleisimmät HIV:n tartuntatavat. Vuonna 2000 raportoitiin 145 uutta HIV-tartuntatapausa, joista naisia oli 51 (35 %), heterotartuntoja 43 (29 %) ja ruiskuuhumeista saatuja tartuntoja 56 (38 %). Suomessa on vuosina 1980–2000 raportoitu kaikkiaan 1 234 HIV-tartuntaa. Naisia heistä on 300. Lapsi on saanut tartunnan äidiltään seitsemässä tapauksessa ja kolmella heistä on jo AIDS. HIV-tartunnan saaneen lapsen eliniän ennuste on 2–15 vuotta.

SEURANNASTA SEULONTAAN

Raskaudenaikaisen HIV-filanteen karvoittamiseksi Kansanterveyslaitos aloitti 1993 HIV-vasta-ainemääritykset kuppaseulontaa varten otetuista verinäytteistä. HIV-tutkimus tehtiin henkilötunnistuksen poiston jälkeen eikä tuloksia siten voitu yhdistää yksittäisiin henkilöihin. Tällainen seuranta, jossa HIV-tutkimuksen tulos ei päätyntä äidin eikä hoitohenkilökunnan tietoon, sai osakseen ankaraa arvostelua. Epidemiologisen seurannan kannalta tätä pidettiin kuitenkin perusteltuna, koska pelättiin keskimääräistä suuremman

Suomesta vuosina 1980-2000 ilmoitetut HIV-tartunnat kansalaisuuden, sukupuolen ja tartuntatavan mukaan ryhmiteltynä.

	1980–85		1986–90		1991–95		1996–2000	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Suomalaisia	59	(88)	237	(78)	248	(70)	390	(77)
Ulkomaalaisia	8	(12)	68	(22)	105	(30)	119	(23)
Miehiä	62	(93)	264	(87)	264	(75)	344	(68)
Naisia	5	(7)	41	(13)	89	(25)	165	(32)
Homoseksiksi	53	(79)	171	(56)	132	(37)	90	(18)
Heteroseksiksi	10	(15)	99	(32)	158	(45)	181	(36)
Verituotteet	4	(6)	5	(2)	3	(1)	1	(0)
Ruiskuuhumeet	0	(0)	13	(4)	13	(4)	161	(32)
Äidistä lapseen	0	(0)	2	(1)	1	(0)	4	(1)
Ei tietoa	0	(0)	15	(3)	46	(13)	68	(13)
Yhteensä	67		305		353		509	

Raskaudenaikaisten tartuntatautiseulontojen tulokset vuosilta 1991–2001

Vuosi	Näytteitä	Kuppa	HBV	HIV	HIV-tutkimuksesta kieltäytyneitä
1991	68 140	3	ei tutk.	ei tutk.	
1992	68 570	4	ei tutk.	ei tutk.	
1993	66 045	3	ei tutk.	5	
1994	66 466	3	67	5	
1995	63 179	6	74	7	
1996	62 545	8	82	5	
1997	59 855	6	70	6	
1998	60 055	11	83	5/59 638	417 (0,7 %)
1999	58 670	7	49	7/58 382	288 (0,5 %)
2000	59 112	9	64	8/58 881	231 (0,4 %)
2001	57 427	12	46	13/57 266	161 (0,3 %)

Vuosina 1993–97 HIV-vasta-ainemääritykset on tehty ilman henkilötunnistetta ja 1998 lähtien henkilötunnisteisesti (äidin suostumuksella).

tartuntariskin omaavien henkilöiden kieltäytyvän henkilötunnisteisesta HIV-seulonnasta, ja koska tuolloin ei ollut tehokkaita keinoja tartunnan estämiseksi äidistä lapseen.

ÄIDISTÄ LAPSEEN

Lapsen riski saada HIV-tartunta äidiltään on 10–30 prosenttia. Vuonna 1994 ilmestyneen ranskalais-amerikkalaisen tutkimuksen mukaan raskaudenaikaisella tsidovudiinilääkityksellä pystytään vähentämään HIV:n tarttumista äidistä lapseen kahdella kolmanneksella. Lisäksi sektiosynnytyksellä ja rintaruokinnan välttämällä voidaan tartuntoja vähentää noin 20 prosenttia. Lääketutkimusten lupaavat tulokset HIV-tartunnan ehkäisyssä rohkaisivat sisällyttämään raskaudenaikaisiin seulontatutkimuksiin myös HIV-tutkimuksen 1998 alusta lähtien.

Käytännössä seulonta toimii seuraavasti: KTL:n Neuvolaserologian laboratorio tekee HIV-vasta-ainemäärityksen (ELISA) neuvoloiden lähettämistä verinäytteistä, mikäli äiti on siihen suostumuksensa antanut. HIV-vasta-ainenegatiiviset tulokset vastataan kerran viikossa kuppatauti- ja hepatiitti B -tulosten kanssa. Kaikki reaktiiviset löydökset lähetetään varmistettavaksi

KTL:n HIV-laboratorioon, joka pyytää uuden näytteen, jos seulontanäyte on positiivinen tai epäilyttävä. Neuvolaserologian laboratorio lähettää vastauksen myös jatkotutkimuksiin lähetyistä näytteistä. Aika seulontanäytteen ostopäivästä vastaukseen on 2–3 viikkoa, mikäli kontrollinäytettä ei tarvita. Kontrollinäytteen kera vastauksen saamiseen menee 5–6 viikkoa.

MYÖNTEINEN VASTAANOTTO

Vuoden 1998 alusta lähtien äitiysneuvoloissa on tarjottu seulontatutkimuksien yhteydessä myös HIV-testiä korostaen kuitenkin tutkimusten vapaaehtoisuutta. Tutkimuksesta kieltäytyjiä on ollut yllättävän vähän ja heidän määränsä on vähentynyt jatkuvasti. Seulonnasta alkaessa 1998 äideistä 0,7 prosenttia ei halunnut HIV-tutkimusta. Vuonna 2001 heitä oli kaikkiaan 0,3 prosenttia, mutta vuoden vaihtuessa enää 0,1 prosenttia. Lisäksi vuosittain 30–50 äitiä ei ole halunnut myöskään hepatiitti B -tutkimusta. Näiden vastapainoksi muutama äiti on pyytänyt seulontapakettia vain HIV-osaa. Syitä HIV-tutkimuksesta kieltäytymiseen ei ole selvitetty. Suostuminen kuppataudin ja hepatiitti B:n seulontaan viittaa kuitenkin siihen, että kielteinen päätös HIV:n osalta tehdään tunnetasolla.

HIV-RASKAUDET LISÄÄNTYMÄSSÄ

Anonyymien HIV-seurannan aikana 1993–97 maassamme todettiin vuosittain 5–7 HIV-vasta-ainepositiivista äitiä. Henkilötunnisteissa seulonnessa 1998–2000 HIV-vasta-ainepositiivisia on ollut vuosittain sama määrä 5–8. Tästä voidaan päätellä, että tutkimuksesta kieltäytyneiden joukossa HIV-positiivisia ei juuri ole. Vuonna 2001 tapahtui yllättävä käänne, tutkituista äideistä 13 oli HIV-positiivista. Heistä kolmen HIV-positiivisuus oli ollut tiedossa jo aikaisemman raskauden ja synnytyksen aikana 1999–2000.

Kuppatauti- ja HIV-löydösten määrät raskaudenaikaisissa seulonnoissa ovat olleet viime vuosina jokseenkin yhtäläisiä. Vuonna 2001 uusia kuppatautia todettiin 12. Kuppatauti ja HIV-tartunta ovat kuitenkin tähän saakka olleet eri äideillä.

Uusien tartuntojen myötä lisääntymisikäisten HIV-positiivisten naisten määrä on kasvanut vuosi vuodelta. HIV-positiivisen naisen raskauden ja lapsen kaippu ei ole vähäisempi kuin muidenkaan, eikä tieto tartunnasta juurikaan vaikuta raskauden jatkamiseen. On ilmeistä, että HIV-positiivisten naisten raskaudet ja synnytykset lisääntyvät edelleen. □

*Pentti Koskela, laboratorion johtaja
KTL, Mikrobiologian osasto, (08) 537 6217*

HIV JA RASKAUS - LÄÄKINTÄEETTINEN PULMA?



Vuonna 2001 Suomen äitiysneuvoloissa todettiin 13 HIV-tapausta, mikä on kaksinkertainen määrä aikaisempiin vuosiin verrattuna. Suomessa HIV-tartunnan saaneen naisen raskauteen liittyvää eettistä keskustelua on käyty varsin harvakseltaan. USA:ssa asiaa on pohdittu teoriasalla, mutta myös oikeusaleissa. Vaikka sekä oikeusjärjestelmämme että sikiön ja naisen asemaa koskeva keskustelu eroavat Yhdysvaltojen vastaavasta, eettiset peruskysymykset ovat samoja: Voiko sikiöllä olla oikeuksia ja onko naisella ja yhteiskunnalla vastuu sikiön hyvinvoinnista?

Suomessa sikiö ei ole oikeussubjekti. Syntyessään pienokainen tavallaan lunastaa juridiset perusoikeutensa ja hänestä tulee lain edessä persoona. Tämän vuoksi esimerkiksi perustuslaissa säädetty ”oikeus elämään” ei estä raskaudenkeskeytystä. Täysin lainsuojaton sikiö ei kuitenkaan ole, vaan se otetaan tavalla tai toisella huomioon eräissä säätelyissä, kuten muun muassa laissa lääketieteellisistä kokeista ja työsuojelulaissa.

Yleisemmin Suomessa sikiön aseman parantamiseksi tehdyt ehdotukset ovat

liittyneet esimerkiksi mahdollisuuteen laajentaa lastensuojelulakia tai päihdehuoltolakia siten, että niiden suomissa pakko- hoitohoitoon mahdollistavissa säädöksissä sikiö katsottaisiin persoonaksi, johon kohdistuu uhka. Käytännön ideana on vällytely mahdollisuutta ottaa raskaana oleva nainen pakkohoitoon tilanteessa, jossa sikiön terveys tai kehitys on uhattuna. Halua tai ehdotuksia sikiön oikeuksien laajentamiseksi esimerkiksi rikosoikeuden alueelle (vaarantaminen tai ruumiinvam- mantuottaminen) ei Suomessa ole ollut. USA:ssa moinen ilmiö alkoi 1980-luvun puolivälin jälkeen erityisesti huumeras- kauksien viitoittamana ja käsiteltyjä ta- pauksia on kymmeniä. Tapausten määrän uskotaan nousevan satoihin.

HIV VS. HAIKARA

HIV ei ole Suomessa laillinen este raskaudelle. Seksipartnerin altistaminen HIV-riskille suojaamattomassa yhdynnässä on kuitenkin sekä eettisesti että juridisesti ongelmallista. Yhdysvaltojen korkein oikeus on erään jutun yhteydessä todennut, etteivät hedelmöittyminen ja synnytys ole HIV-tartunnan vuoksi mahdottomia asioita, mutta ”epäilemättä ne ovat vaarallisia kansanterveysnäkökulmasta” (US. Supreme Court No 97-156, Junbe 25. 1998). Suomessakin partnerin informoimiseen ja niin kutsuttuun loukatun suostumukseen liittyy ongelmia: Voiko yksilö ymmärtää mihin hän loppujen lopuksi suostuu suo- jaamattomassa yhdynnässä HIV-tartunnan saaneen kanssa?

Onko HIV-tartunnastaan tietoinen nainen vastuussa partnerin lisäksi myös tulevasta lapsesta? Onko vanhemmalla vastuuta lapsistaan, esimerkiksi siitä ettei tällä ole turhaa kärsimystä, jo ennen näiden syntymää tai jopa ennen hedelmöitymistä. Tällaisiakin pohdintoja on käyty, joskin ne törmäävät moniin pulmiin. Voidaan kysyä kuka määrittelee lapsen elämän laadun ja millä mittareilla. Kaikilla naisilla ei aina ole mahdollisuutta, vaikka halua olisikin, ehkäistä raskautta saati saada riittävä raskauden ja synnytyksen aikaista hoitoa. Puolustajia löytyy sekä sikiöille että äideille.

EI PAKOLLA

Lastensuojelulaki velvoittaa terveydenhuollon viranomaiset antamaan välttämättömät palvelut raskaana olevien naisten erityiseksi suojelemiseksi. Välttämättömiään palveluja ei kuitenkaan voi antaa pakolla raskauden vuoksi: Perustuslain mukaan jokaisella on oikeus fyysiseen vapauteen, tahdonvapauteen ja koskemattomuuteen. Raskauteen vetoamalla naiselle ei siis voi tehdä tutkimuksia ilman tämän suostumusta. Esimerkiksi HIV-testiä tai päihdeseulontaa ei voi tehdä ilman asianomaisen lupaa, eikä häntä voi pakottaa ottamaan lääkkeitä, jotka vähentävät lapsen riskiä saada tartunta. Yhtäläillä tartunnan saaneella on oikeus päättää synnytystavasta ja synnytyksen aikana tapahtuvista interventioista (lääkitys, sektio, jne.).

Jos sikiöllä olisi juridinen asema, voitaisiinko esimerkiksi HIV-seulontoja alkaa tehdä vastoin äitien tahtoa, vetoamalla mahdollisuuteen vähentää sikiölle koituvaa varaa? Tällöin törmättäisiin kysymykseen kumpi on tärkeämpää: suojella naisen oikeutta koskemattomuuteen vai yrittää suojella sikiötä vaaralta. Raskaana olevan naisen HIV-tartunta voi päihneiden käytön tavoin kolkuttaa salassapitokyn- nystä. Vuonna 2001 Yhdysvaltojen korkein oikeus totesi, että Etelä-Carolinan yliopis- tollinen sairaala oli toiminut perustuslain vastaisesti ilmoittaessaan raskaana olevien naisten positiivisten päihdeseulontojen tuloksia poliisille naisten ollessa tietämättömiä heille tehdystä testistä ja sen merkityksestä.

**SYNNYTYKSEN
JÄLKEEN**

HIV-tartunnan saaneen äidin lapsella on syntymän jälkeen täysin samat oikeudet kuin kenellä tahansa muulla lapsella, ja HIV-tartunnan saaneella äidillä samat velvollisuudet ja oikeudet kuin kenellä tahansa muulla äidillä. HIV-tartunnan saanut nainen voi hoitaa ja helliä lastaan. Ainoa rajoitus liittyy imetykseen. Imetys on yksi HIV:n tartuntareitti, minkä vuoksi maissa, joissa imetys voidaan korvata turvallisesti äidinmaidonkorvikkeilla, HIV-tartunnan saaneita naisia kehoitetaan – ja jopa velvoitetaan olemaan imettämättä lastaan.

Suurimmalla osalla naisista on halu taata tulokkaalleen paras mahdollinen lähtökohta. Miksi sitten sikiön ja äidin oikeudet pitää asettaa vastakkain ja esittää vaateita äidin tuottamuvastuusta? Uhkana on, että vastakkainasettelu lisää kaikkiin raskaana oleviin naisiin kohdistuvaa kont- rollia. Voisi kuitenkin ajatella, että sikiölle hyvää haluava panee sikiön hyvinvoinnin oman koskemattomuutensa edelle. On myös esitetty pelkoja, että riskiryhmiin kuuluvat naiset alkaisivat välttää neuvola- palveluja, jos neuvoloissa aletaan kiinnittää huomioita esimerkiksi päihneiden käyt- töön tai äidin infektioauteihin. Vaan entä jos elämänsä kanssa solmussa olevat naiset olisivatkin huojentuneita kun joku puuttuu asiaan johon heillä itsellään ei ole voimia? □

*Anne-Marie Vartti, tutkija
KTL, Infektioepidemiologian osasto
(09) 4744 8665, anne-marie.vartti@ktl.fi*

*Kirjallisuutta:
Panossian AA., Panossian V, Doumannian. Criminalization of perinatal HIV-transmission. The journal of legal medicine. 1998;19:223-255.
Schroedel Jean Reith. Prenatal Drug Exposure and thirty-part fetl killing. Kirjassa: Schroedel: Is the fetus a person. A cpmparison of policies across the fifty states. Cornel university press. 2000.*

*Turunen Riitta. Sikiön oikeudet - ja äidin. Suomen Lääkärilehti 7/1996 vsk 51:726-729.
U.S Supreme Court. Ferguson et al v City Charleston rt al. No 00-936. Päätös. 21.3.2001.
U.S Supreme Court. Randon Bragdon v Sidney Abbt et al. No 07-156. Päätös 25.7.1998.*

TARTUNTATAUTITILANNE SUOMESSA

RAPORTOIDUT MIKROBILÖYDÖKSET

RSV-löydökset vähentyivät helmi-maaliskuussa, mutta adenovirus-löydökset lisääntyivät. Mykoplasma-tapaukset vähenevät. Influenssa A-tapausten määrä on lopettanut kasvunsa. Hinkuyskää oli viime vuonna aikaisempia vuosia vähemmän ja hyvä tilanne on jatkunut tämän vuoden puolellakin. Rota- ja kalikivirusten lisääntyvät ilmoitukset kuvastavat niille tyypillistä vuodenaikavaihtelua. Hepatiitti A-epidemia jatkuu huumeiden-käyttäjien painottuen.

HENGITYSTIEPATOGEENIT

RSV-epidemia näyttää laantuvan. Helmikuussa ilmoitettuja löydöksiä oli tammikuun löydösmäärästä alle 60 prosenttia ja maaliskuussa 20 prosenttia. Sen sijaan adenoviruslöydöksiä ilmoitettiin helmikuussa yli kaksinkertaisesti tammikuuta enemmän. Maaliskuussa määrä oli jo vähentynyt lähes tammikuun tasolle.

Ilmoitettuja Mycoplasma pneumoniae-tapauksia oli helmi- ja maaliskuussa tammikuuta vähemmän.

Viikoittain ilmoitettujen influenssa A-tapausten määrä näyttää kääntyneen laskuun. Tänä influenssakautena ilmoitettujen influenssa A-tapausten määrä on jo ylittänyt 2000–2001 epidemian kokonaismäärän.

Bordetella pertussis-löydöksiä ilmoitettiin vuonna 2001 vähemmän kuin yhtenäkkään vuonna 1995–2001 aikana. Tapausten määrä jäi selvästi alle puoleen edeltävien vuosien keskiarvosta ja oli vain runsas kolmasosa edellisen vuoden tapausmäärästä. Vähennemistä on tapahtunut kaikissa ikäryhmissä ja kaikissa sairaanhoitopiireissä, eniten niissä sairaanhoitopiireissä, joissa ilmaantuvuus oli suurin edeltävinä vuosina.

SUOLISTOPATOGEENIT

Rotaviruslöydöksiä ilmoitettiin helmi-maaliskuussa huomattavasti enemmän kuin edeltävinä kuukausina. Luvut vastaavat viime vuoden alkupuolen lukuja ja kuvastavat normaalia vuodenaikavaihtelua.

Kalikivirusta ilmoitettiin tammi-maaliskuussa enemmän kuin viime kesänä ja syksynä. Myös tässä on kyse normaalista vuodenaikavaihtelusta.

HEPATIITIPATOGEENIT

Helsingissä hepatiitti A-epidemia jatkuu. Epidemian alku ulottuu joulukuuhun. Tähän mennessä tapauksia on ollut yli neljäkymmentä. Suuri osa näistä on pistettäviä huumeita käytävillä tai heidän lähipiirillään. Tartunnat eivät kuitenkaan ole rajoittuneet vain tähän ryhmään. Muutama hajatapaus on esiintynyt pääkaupunkiseudun ulkopuolellakin. Epidemian selvitystoimet ovat käynnissä. Riskiryhmässä epidemian todellista laajuutta pyritään selvittämään kyselytutkimuksella ja samanaikaisella hepatiitti A:n vasta-aineiden tutkimisella sylkinäytteistä. Epidemian hillitsemiseksi riskiryhmässä on aloitettu rokotukset.

UUTISIA MAAILMALTA

Bosniassa 15 YK:n henkilöstöön kuuluvaa on sairastunut Q-kuumeeseen. Sen aiheuttaa riketsia, *Coxiella burnetii*, jota esiintyy lehmissä, lampaissa ja vuohissa. Ihmiseen se tarttuu hengitysteihin joutuneesta saastuneesta pölystä. Sairastuneet YK:n työntekijät työskentelivät lammassarmin naapurustossa sijaitsevassa toimistossa Livnossa, Lounais-Bosniassa. Sairastuneet on hoidettu antibiooteilla ja he ovat toipumassa.

Afrikan meningiittivyöhykkeellä epidemioita esiintyy yleensä kuivana kautena. Aikaisemmin meningokokki-epidemioita esiintyi 5–10 vuoden välein, mutta viime vuosina tilanne on muuttunut niin, että epidemioita on esiintynyt kahtena tai kolmena peräkkäisenä vuotena. Meneillään olevasta epidemiasta raportoivat muutamat maat meningiittivyöhykkeeltä ja kaksi vyöhykkeen ulkopuolelta (Somalia ja Kongon Demokraattinen Tasavalta). Näissä epidemioissa yleisimmin aiheuttajaksi on todettu

A-ryhmän meningokokki, joitakin seroryhmien C ja W135 aiheuttamia tapauksia on myös raportoitu.

Maailmanlaajuisen polion vastaisen kampanjan alusta vuonna 1988 vuoteen 2001 mennessä oli polion endeemisten maiden määrä vähentynyt 125 maasta kymmeneen. Myös vuosittain raportoitujen tapausten määrä on vähentynyt yli 99 prosenttia ja oli vuonna 2001 alle 1 000 tapauksia. Samalla myös tapausten seuranta on kehittynyt aikaisempaa luotettavammaksi. Tällä hetkellä merkittävimmät villin polioviruksen reservuaarit ovat tiheästi asutut Intia, Pakistan ja Nigeria. Erityisesti Intian pohjoisosissa tartuntoja tulee paljon, mutta sielläkin geneettisesti erilaisten kantojen määrä on vähentynyt. Vuonna 2001 kolme maata raportoi ulkomailta tuodusta polio-tapauksesta.

Yhdysvalloissa Johns Hopkins sairaalassa vialliset bronkoskoopit ovat levittäneet pseudomonasta. Epäily syntyi kun 415 potilaasta, joille bronkoskopia oli tehty, 128 potilaalla todettiin pseudomonas. Syyksi osoittautui viallinen venttiili. Neljästä käytössä olleesta saman tyyppin bronkoskoopista kolmesta viljeltiin pseudomonasta. Jälkeenpäin selvisi, että valmistaja oli pyytänyt palauttamaan kyseisen tyyppin bronkoskoopit viallisen venttiilin takia, mutta tämä tieto ei saavuttanut laitteista vastuussa olevia. Viallisen venttiilin omaavia bronkoskooppeja on kaikkiaan 14 000, joista noin 4 500 Yhdysvalloissa ja loput muualla maailmassa. □

Päivitetty 12.4.2002

Jukka Knuuttila, infektioeläinlääkäri
KTL, Infektioepidemiologian osasto
(09) 4744 8557, jukka.knuuttila@ktl.fi

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

	Lokakuu Oktober 2001 2000		Marraskuu November 2001 2000		Joulukuu December 2001 2000		Yhteensä ** Totalt 2001 2000		Tammikuu Januari 2002 2001		Helmikuu Februari 2002 2001	
HENGITYSTIEPATOGEENIT / LUFTVÄGSPATOGENER												
Klamydia (<i>C. pneumoniae</i>)	20	19	38	33	29	12	243	291	19	36	9	12
Mykoplasma (<i>M. pneumoniae</i>)	119	95	126	107	63	110	1011	740	95	142	81	95
Pertussis	20	40	39	63	28	60	315	839	22	52	16	40
Adenovirus	42	37	30	55	44	31	425	451	46	38	117	37
Influenssa A-virus	0	1	1	16	6	49	932	1 471	31	293	383	527
Influenssa B-virus	0	1	0	0	1	1	250	41	2	25	23	32
Parainfluenssavirus	15	21	7	24	15	29	413	263	22	36	28	37
RSV (respiratory syncytial virus)	64	14	158	14	669	18	1 892	1 889	872	67	510	74
SUOLISTOPATOGEENIT / TARPATOGENER												
Salmonella	234	242	187	258	115	211	2 732	2 624	188	261	121	203
Shigella	22	10	13	12	4	9	222	75	8	20	1	21
Yersinia	53	51	36	49	34	40	728	641	53	56	42	31
Kampylo	417	275	268	285	190	241	3 969	3 527	247	261	206	210
EHEC	0	3	1	0	1	0	18	17	0	0	0	1
Kalikivirus	1	1	11	7	2	6	229	367	38	15	26	9
Rotavirus	20	10	9	17	59	39	1 395	1 437	130	69	192	103
Giardia	37	22	26	13	19	20	302	221	18	23	17	10
Ameba (<i>E.histolytica</i>)	7	6	5	11	2	6	44	97	5	4	1	2
HEPATIITTIPATOGEENIT / HEPATITPATOGENER												
Hepatitis A-virus	5	3	4	5	5	5	50	51	15	4	15	6
Hepatitis B-virus	29	40	37	27	23	28	362	529	24	35	22	21
Hepatitis C-virus	132	135	127	144	79	112	1 456	1 699	117	148	117	124
SUKUPUOLITAUTIPATOGEENIT / KÖNSSJUKDOMSPATOGENER												
Klamydia (<i>C. trachomatis</i>)	1 158	1 100	1 141	1 085	769	874	12 141	11 731	1 298	1 185	1 100	902
HI-virus	14	13	10	9	7	12	127	145	13	16	-	-
Gonokokki	18	18	17	23	18	23	241	271	20	25	21	23
Syfilis (<i>T. pallidum</i>)	7	20	15	10	11	12	146	198	6	8	9	17
VERI- JA LIKVORIVILJELYLÖYDÖKSET / BLOD- OCH LIKVORODLINGSFYND												
Pneumokokki (<i>S. pneumoniae</i>)	61	60	58	52	66	63	658	601	60	55	59	69
A-streptokokki (<i>S. pyogenes</i>)	7	7	6	8	10	9	100	116	8	8	8	9
B-streptokokki (<i>S. agalactiae</i>)	10	15	10	15	12	10	180	157	10	13	16	11
Meningokokki	6	3	4	4	3	4	48	48	3	4	2	7
RESISTENTIT BAKTEERIT / RESISTENTA BAKTERIER												
Enterokokit (VRE)	2	1	1	0	1	0	15	38	0	0	0	1
MRSA	55	18	34	36	29	11	340	261	51	18	66	12
Pneumokokki (PenR)	5	4	6	2	7	8	67	64	5	5	3	13
MUITA MIKROBEJA / ÖVRIGA MIKROBER												
Borrelia*	68	136	85	114	53	55	691	895	69	55	44	35
Tularemia	4	70	1	13	1	7	29	926	0	2	0	0
Tuberkuloosi (<i>M. tuberculosis</i>)	33	34	30	38	28	26	409	450	26	32	22	27
Echovirus	0	0	0	0	1	1	5	11	0	1	0	0
Enterovirus	74	144	62	29	18	6	266	260	11	18	11	14
Parvovirus	9	13	4	18	9	8	215	224	13	49	14	33
Puumalavirus	127	79	247	61	361	65	1 057	774	295	43	179	10
Malaria	0	2	1	3	1	4	38	38	0	4	3	3

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

** Yhteensä = tapaukset vuoden alusta joulukuun loppuun

VÄITÖSKIRJA-
ARTIKKELIMPR-
ROKOTUS
ON TURVALLINEN

Virusyhdistelmä- eli MPR-rokotus on turvallinen ja tehokas 14 vuoden seurantaan perustuvan suomalais-tutkimuksen mukaan. Tutkimuksessa todettiin, että rokotteesta johtuvat vakavat haittavaikutukset ovat äärimmäisen harvinaisia. Tutkimuksen tulokset eivät tue viime vuosina esitettyjä väitteitä, joiden mukaan MPR-rokotus voisi aiheuttaa kroonista suolistotulehdusta tai autismia.

Suomessa aloitettiin armeijan alokkaiden rokottaminen sikotautia vastaan vuonna 1960. Lasten tuhkarokkorokotukset ja nuorten tyttöjen sekä juuri synnyttäneiden naisten vihuriokkorokotukset aloitettiin vuonna 1975. Rokotusten kohderyhmät olivat kuitenkin liian pienet hyvän tehon saavuttamiseksi ja tuhkarokkoa, sikotautia ja vihuriokkoa komplikaatioineen esiintyi edelleen paljon.

Rokotusohjelman tehostamiseksi nämä yksittäiset rokotukset korvattiin marraskuussa 1982 virusyhdistelmä- eli MPR-rokotuksella. Korkean rokotuskattavuuden ansiosta Suomi on ensimmäisenä maana maailmassa hävittänyt kotoperäisen tuhkarokon, sikotaudin ja vihuriokon. Kuitenkin edelleen vuosittain Suomessa todetaan muutama ulkomailta saatu tartunta, pääasiassa rokottamattomilla aikuisilla.

Samanaikaisesti MPR-rokotusohjelman kanssa vuonna 1982 Kansanterveyslaitos aloitti maanlaajuisen seurannan rokotuksen vakavien haittavaikutusten selvittämiseksi. Terveystieteitä ja lääkäreitä pyydettiin ilmoittamaan Kansanterveyslaitokselle kaikki MPR-rokotusta seuranneet oireet, jotka johtivat sairaalahoitoon, mahdollisesti myötävaikuttivat kroonisen sairauden syntyyn tai olivat potentiaalisesti hengenvaarallisia (esim. anafylaktinen reaktio). Lisäksi tällaisen rokotuskomplikaation kokeneesta henkilöstä pyrittiin saamaan pariseeruminäytteet tarkempia analyysejä varten.

SEURANNAN TULOKSET

Tässä väitöskirjatyössä selvitettiin MPR-rokotuksen vakavia haittavaikutuksia yhdistämällä rokotus- ja sairaanhoitotietoja sekä analysoimalla 14 vuoden aikana Kansanterveyslaitokselle ilmoitetut haittavaikutukset. Lisäksi 36 allergisen rokotusreaktion saaneen lapsen seerumista pyrittiin selvittämään reaktion aiheuttanut rokotekomponentti.

MPR-rokotus ei lisännyt sairaalahoitoja aivokuumeen, aivokalvontulehduksen, Guillain-Barrén syndrooman eikä autismin

takia. Lisäksi 45 prosenttia 173:sta ilmoitetusta haittavaikutuksesta osoittautui johtuvan osittain tai kokonaan muusta syystä kuin MPR-rokotuksesta. Gelatiini osoittautui mahdolliseksi allergisten rokotusreaktioiden syyksi, sillä 28 prosentilla tutkimuspotilaista todettiin gelatiiniallergia. Tieto tukee näkemystä, jonka mukaan suurin osa kananmuna-allergisista lapsista voidaan rokottaa normaalin rokotusohjelman mukaan. Tulokset vahvistavat aiempia tutkimustuloksia, joiden mukaan MPR-rokotus on turvallinen ja siitä johtuvat vakavat haittavaikutukset äärimmäisen harvinaisia.

TULEVAISUUS

Suomen lisäksi lukuisissa muissa maissa MPR-rokotuksella on saavutettu erittäin hyviä tuloksia. Kuitenkin köyhissä maissa, missä korkean rokotuskattavuuden saavuttaminen on ongelmallista, edelleen kuolee vuosittain lähes miljoona lasta tuhkarokkoon, sikotauti on yleinen aivokuumeen ja aivokalvontulehduksen syy ja satoja tuhansia raskauden aikaisen vihuriokon vammauttamia lapsia syntyy.

Rikkaissa maissa puolestaan uudenlaiset ongelmat ovat nousseet esiin. Samanaikaisesti kun tuhkarokon, sikotaudin ja vihuriokon aiheuttamat vakavat komplikaatiot ovat hävinneet ja unohtuneet, huoli rokotusten aiheuttamista ongelmista on lisääntynyt. Viime vuosina on esitetty epäilyjä MPR-rokotuksen yhteydestä autismiin, krooniseen tulehdukselliseen suolistosairauteen, aivokuumeeseen, aivokalvontulehdukseen sekä Guillain-Barrén syndroomaan. Erityisesti Isossa-Britanniassa on toistuvasti sanomalehdissä ja televisiossa väitetty MPR-rokotuksen aiheuttavan autismia. Vaikka syytökset on kumottu useissa tutkimuksissa, epäusko rokotusten turvallisuudesta on johtanut rokotuskattavuuden laskuun monissa maissa ja aiheuttanut näiden vakavien lastentautien palaamisen ja jopa kuolemantapauksia.

Korkean rokotuskattavuuden ylläpitäminen on edellytys tuhkarokon, sikotaudin ja vihuriokon hävittämiselle. Rokotusturvallisuudesta keskusteltaessa tulisi muistaa, että luonnontautien aiheuttamat komplikaatiot ovat huomattavasti yleisempiä ja vakavampia kuin rokotusten aiheuttamat ongelmat. □

*Annamari Mäkelä, sairaalalääkäri
HYKS, Lasten ja nuorten sairaala*

KANGASLAMMILLA
KAMPYLOBAKTEERI-
EPIDEMIA
ELOKUUSSA 2001

Itä-Suomessa Kangaslammin kunnassa noin 50 kuntalaista sairastui viime elokuun lopulla vatsatautiin. Viiden potilaan näytteistä löydettiin ulosteviljelyssä Campylobacter jejuni,

yleisin kamylobakterioosin aiheuttaja. Kunnan vesijohtovesi todettiin epidemian syylliseksi.

Kangaslammin vesijohtoverkoston alueella on noin 220 taloudessa 600–800 vedenkäyttäjää. Vesilaitos käyttää raakavetenään pohjavettä. Saastuttajaa etsittäessä vedenotannon sijaintiin ja ympäristöön kiinnitettiin erityistä huomiota. Vedenotanto sijaitsee harjulla Haukiveden rannalla. Vastapäisellä rannalla ovat yleinen uimaranta ja vierasvenesatama, jossa ei ole veneille jätevesien tyhjennysmahdollisuutta. Lähistöllä sijaitsevat myös kuivanavetta ja sikala. Vesilaitokselta vesi johdetaan ilmastuksen jälkeen raakavesikaivosta kvartsihiekkaltaisiin biologiseen raudanpoistoon, jonka jälkeen vesi kulkee varastoal-taisiin ja uimurikaivon kautta verkostoon. Ennen verkostoon syöttöä veteen lisätään lipeää ja tarvittaessa klooria.

RIITTÄMÄTÖN
KLOORAUS

Epidemian aikaan kunnassa puhdistettiin ja korjattiin vesijohtoverkostoa ensimmäisen kerran 25 vuoteen. Verkostoa huuhdeltiin neljän päivän ajan heinä-elokuun vaihteessa. Vedenkulutus oli normaaliin kulutukseen verrattuna suurta ja kunnan varavedenottoaakin käytettiin. Huuhtelun jälkeen vettä kloorattiin kahden viikon ajan klooritableteilla koska vesilaitokselle hankittua uutta kloorinsyöttölaitteistoa ei ollut asennettu toimintakuntoon. Kloorauksen lopuksi käytettiin sokkikloorausta. Kloorauksen vaikutus on mahdollisesti jäänyt riittämättömäksi niissä vesijohtoverkoston haaroissa, joissa vedenkulutus on ollut vähäistä. Kuntalaisille oli julistettu veden käyttökielto puhdistuksen ja kloorauksen ajaksi.

Epidemia todettiin kymmenen päivää kloorauksen jälkeen. Vatsataudin oireisiin kuuluivat kova ripuli, kuume, nivel- ja päänsärky sekä osalla sairastuneista veriset ulosteet. Vatsataudin sairastumishuipun ja kamylobakterioosin itämisajan perusteella suurin osa sairastuneista sai tartunnan viikon kuluessa kloorauksen lopettamisesta. Kuntalaisia kehoitettiin jälleen keittämään käyttövesi ja vesijohtoverkoston sekä raakavesikaivon klooraus aloitettiin uudelleen. Varavedenotannon kaivo kloorattiin. Kloorinsyöttölaitteiston käyttö aloitettiin, ja klooripitoisuudeksi vakioitiin 0,5 mg/l. Syyskuun lopussa veden keittokehotus purettiin veden täytettyä talousveden laatuvaatimukset. Marraskuussa veden puhdistusta tehostettiin asentamalla vesilaitokselle UV-desinfektio-laitteet.

VERKOSTOVESI
SYYLLINEN?

Epidemian selvittämiseksi tehtiin vesitutkimuksia vesilaitoksen raakavedestä, vesilaitokselta lähtevästä vedestä, verkostovedestä eri puolilta verkkoa sekä ympäristövesistä. Raakavedestä otetusta näytteestä ei voitu osoittaa *C. jejuni*. Rutiini-

tutkimuksissa todettiin koliformisten bakteerien (+ 35 °C) kohonneet pitoisuudet. Erikoistutkimuksissa todettiin merkkejä lievistä ulosteperäisestä saastumisesta: viidestä litrasta suodatettua verkostovettä löydettiin *Escherichia coli* -bakteereja viisi sadasta millilitrasta vettä. Kolifaageja ei tutkimuksissa löydetty. Haukiveden ympäristövesinäytteestä löydettiin syyskuussa *C. jejuni*, joka poikkesi kuitenkin genotyyppiltään potilaiden näytteiden *C. jejuni* genotyypistä. Samaakin genotyyppiä järvestä voisi löytyä.

Epidemian toteamisen jälkeen kuntalaisille jaettiin veden keitto-ohjetiedote sekä kyselylomake epidemian aiheuttajan selvittämiseksi. Lomakkeita palauttivat enimmäkseen sairastuneet. Vedenkäytön ja sairastumisen välisen yhteyden selvittämiseksi tehtiin epidemiakohtaisempi kyselytutkimus syyskuun alussa haastatella puhelimella 78 satunnaisesti valittua kuntalaista, joilta kysyttiin muun muassa oireista ja verkostoveden käytöstä Kangaslammin elokuussa 2001.

Henkilöt jaettiin verkostoveden käyttäjiin ja sitä käyttämättömiin, jotka jaettiin sairastuneisiin ja terveisiin. Sairastuneiksi luokitelluilla tuli esiintyä vähintään kaksi muihin infektoihin liittymätöntä kampylobakterioosin oiretta. Tutkimustulosten

luotettavuutta saattaa heikentää Kangaslammin ja Varkaudessa osin samanaikaisesti vesiepidemian kanssa esiintynyt, oireiltaan kuitenkin erityyppinen oksennustauti. Haastattelun perusteella laskettiin riskisuhde, jonka tuloksena vettä juoneiden sairastumisvaara oli kaksinkertainen vettä juomattomiin verrattuna. Vettä juoneilla oli neljä kertaa useammin kampylobakterioosin oireita kuin vettä juomattomilla.

Ripuliin sairastui vettä juoneista 47 prosenttia. *C. jejuni* infektiivinen annos on kuitenkin erittäin pieni ja bakteeri on saattanut levitä ihmisestä toiseen esimerkiksi terveen hoitaessa oksentelevaa ja ripulivoivaa sairasta. Haastatelluista 65 prosentin perheenjäsenellä oli taudinkuvaan kuuluvia oireita.

JÄRVIVETTÄ EIKÄ VERKOSTOON

Yksi mahdollinen selitys verkostoveden saastumiselle on huollon ja puhdistuksen yhteydessä vesijohtoverkoston joutunut pieni määrä järvivettä, joka on ollut *C. jejuni* saastuttamaa. Puhdistuksen aikana vedenottamon raakavesikaivon pinnan alenema oli vähäinen, vaikka vedenkulutus oli suuri. Järvestä saattoi tulla korvausvettä pohjavedenottamolle. *C. jejuni* saattoi joutua järviveteen vesilintujen












ulosteista, pelloilta valuvista lietevesistä tai vierasvenesatamassa olleiden veneiden jätevesistä.

Vesitutkimuksista havaittiin, että koliformisten bakteerien pitoisuudet olivat keskimäärin suuremmat vesilaitokselta lähtevässä vedessä ja verkostovedessä kuin raakavedessä. Veden yleistä likaantumista on saattanut tapahtua myös veden lähdeyttä vesilaitokselta. Eräissä paikoissa kunnan viemäriverkosto kulkee vesijohtojen yläpuolella, ja muun muassa Kangaslammin palvelutalon läheisyydessä sijaitseva jätevesikaivo on talousvesijohdon yläpuolella. Syyskuun alussa palvelutalon lähellä sijaitsevassa talousvesiputkessa havaittiin putkirikko. Putkisto kulkee savi-pohjaisella, alavalla maalla tien tuntumassa. Vesiputken hitsausauma on pettänyt todennäköisesti vähitellen, jolloin rikko on ollut jo puhdistustöiden aikana elokuussa. Jätevesi on voinut saastuttaa puhtaan veden, kun ajoneuvot ovat painaneet putkistoja ja jätevesikaivoa. Veden saastuminen ja bakteerin leviäminen vesijohtoverkoston on ollut hetkellistä ja epätaisaista verkoston eri osissa. □












Tuula Jaakkola
KY Ympäristötieteiden laitos
(017) 163591, tjaakkol@hytti.uku.fi

Rokotusohjelma uudistuu 2005

Näin monella pistoksella lapsesi rokotetaan nyt

Ikä	Rokote	Pistokset
<1 viikko	BCG	
3 kk	DTPw	
4 kk	DTPw + Hib	
5 kk	DTPw	
6 kk	Polio + Hib	
12 kk	Polio	
14–18 kk	MPR + Hib	
20–24 kk	DTPw + Polio	
6 v	MPR+Polio	
11–13 v	Td+Polio	
16–18 v	Polio	

Uudistuvassa ohjelmassa yhdistelmärokotteilla vähemmän pistoksia – enemmän suojaa

Ikä	Rokote	Pistokset
<1 viikko	BCG	
3 kk	DTPa-Polio-Hib	
4 kk		
5 kk	DTPa-Polio-Hib	
6 kk		
12 kk	DTPa-Polio-Hib	
14–18 kk	MPR+ Vesirokko	
20–24 kk		
6 v	dTPa	
11–13 v	MPR+ Vesirokko	
16–18 v	Td	

Yksi vaihtoehtoista rokotusohjelmaksi 2005 lähtien. Tässä vaihtoehdossa BCG rokotus siirrettäisiin annettavaksi kohdennetusti riskissä oleville lapsille ja kokonaan uutena rokotteena mukaan tulisi vesirokkorokote. Pääosa rokotuksista annettaisiin yhdistelmärokotteilla. Hinkuyskärökote tulee olemaan soluton (Pa = acellular Pertussis, acellular = soluton)valmiste.

VÄITÖSKIRJA-
ARTIKKELI

PELKKÄ TIETO EI RIITÄ GEENISEULONTOJEN ONGELMISSA

Valtaosa suomalaisista hyväksyy geenitestiä käytön, mutta on myös huolissaan testeistä ja seulonnoista sekä näihin liittyvistä tulevaisuudennäkymistä. Helsingin yliopistossa tarkastetussa väitöstyössä tutkittiin geeniseulontojen, geenitestien ja näihin liittyvän perinnöllisyysneuvonnan käyttöönnottoa suomalaisessa terveydenhuollossa 1990-luvulla sekä genetiikkaan liittyvää lääketieteen etiikkaa 1970–2000. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös sikiödiagnostiikkaan ja sikiöseulontoihin liittyviä eettisiä kysymyksiä.

Geenitutkimuksen ja geenitestien määrä lisääntyi Suomessa 1990-luvulla merkittävästi. Silloin kokeiltiin myös ensimmäisiä geeniseulontoja. Alun optimismin ja innokkuuden rinnalle on vähitellen tuotu myös epäileviä ja kriittisiä kannanottoja sekä pyritty sääntelemään geenitestien ja -seulontojen käyttöä.

Huolta kannetaan esimerkiksi siitä, että geenitestien lisääntyminen johtaa rotuhygieniaan ja ettei valinnanvapaus toteudukaan terveydenhuollossa. Erityisesti abortin sikiön vammaisuuden takia nähdään vaikeana ja jopa ratkeamattomana kysymyksenä. Näin on siitäkin huolimatta, että suomalaiset varsin laajasti hyväksyvät abortit myös sikiön vammaisuuden perusteella.

EETTISIÄ SÄÄNTÖJÄ TOIVOTAAN

Lääketieteen piirissä genetiikkaan liittyviä ongelmia on pyritty ratkaisemaan muun muassa kehittämällä eettisiä suosituksia, perustamalla eettisiä toimikuntia ja herättämällä keskustelua etiikasta. Ohjeistot korostavat testien vapaaehtoisuutta ja yksilöiden autonomiaa. Myös kansalliset pitävät geenitestien vapaaehtoisuutta tärkeänä. Puolet suomalaisista on myös sitä mieltä, että geenitestien pitäisi olla valtion valvonnassa.

Tilanne on kuitenkin paradoksaalinen: toisaalta eettisiä sääntöjä toivotaan kehitettävän yhä enemmän, toisaalta ne jäävät pakosta pinnallisiksi, sillä niiden on oltava joustavia suhteessa uusin tieteellisiin keksintöihin ja yksilöiden elämäntilanteisiin. Lopullinen moraalinen vastuu valinnoista ja niiden seurauksista jätetään yksilölle.

ÄIDIT LIIAN KILTTEJÄ

Kuopiassa järjestetyssä raskauden aikaisessa geeniseulonnassa testiä tarjonneet kättilöt kokivat, että heidän oli vaikea saada äitejä todella pohtimaan, mistä geenitestissä on kysymys. Katsottiin myös,

että äidit osallistuvat liian kiltisti kaikkiin äitiysneuvoloissa tarjottaviin tutkimuksiin. Ongelmalliseksi koettiin myös se, että äitiyshuollossa tarjotaan sekä rutiinomaisia tutkimuksia, joihin osallistumista terveydenhoitajat suosittelevat että sikiötutkimuksia, joihin osallistumista terveydenhoitajat nimenomaan eivät saisi suositella, vaan valinnan pitäisi olla korostuneen vapaaehtoista.

Yksilön tekemää valintaa yritetään terveydenhuollossa helpottaa jakamalla hänelle mahdollisimman neutraalia tietoa sairauksista, testeistä ja vaihtoehdoista. Faktatiedon erottaminen kehotuksista ja odotuksista on kuitenkin vaikeaa: päätöksen tekijälle avautuu loputon sarja kysymyksiä hyvästä elämästä, vammaisuudesta, vanhemmuudesta, vastuusta ja vapaudesta.

Geeniseulontojen järjestäminen ei ole vain tekninen kysymys spesifeistä ja sensitiivisistä testeistä tai neutraalin informaation jakamisesta perinnöllisyysneuvonnassa. Monet moraaliset ja hyvään elämään liittyvät kysymykset jäävät asiakkaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten ratkotaviksi senkin jälkeen kun seulonta on toteutettu teknisesti hyvin.

Tutkimus kuuluu sosiologian alaan ja se koostuu viidestä alkuperäisjulkaisusta sekä yhteenvedosta. Tutkimusaineisto on kerätty kyselylomakkeilla (väestökysely sekä kysely kättilöiden ja terveydenhoitajien keskuudessa), haastattelemalla suomalaisten geeniseulonta- ja perinnöllisyysneuvontahankkeiden työntekijöitä sekä keräämällä hankkeisiin liittyvä tekstiaineisto. Tutkimuksen osajulkaisut on tehty Kansanterveyslaitoksella, Helsingin yliopistolla ja Stakesissa. □

*Piia Jallinoja, erikoistutkija
KTL, Epidemiologian ja terveyden
edistämisen osasto*

Piia Jallinoja. Genetics, negotiated ethics and the ambiguities of moral choices. Publications of National Public Health Institute, A2/2002.

NAISTEN TERVEYS - AJANKOHTAISIA KANSANTERVEYS- KYSYMYKSIÄ

Sairauksien sukupuolierot ja joidenkin sairauksien yleisempi esiintyminen naisilla johtuvat sukupuolihormonien toiminnasta, lisääntymiseen liittyvistä tekijöistä, anatomisista eroista ja immuunivasteesta. Ne eivät kuitenkaan selitä kokonaan naisten terveyttä. Tampereella meneillään olevasta tutkimuksesta on tullut esiin, että muun muassa raskauden aikainen painonnousu on rintasyövän riskitekijä. Sairauksien sukupuolittaiset määräytymiset liittyvät myös elintapoihin, fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön, ympäristötekijöihin ja geneettiseen alttiuteen.

Naisten terveysalaan kuuluu ensisijaisesti naisilla esiintyvä muun muassa lisääntymiseen liittyvä sairastavuus, kuolleisuus ja oireilu, mutta myös kansanterveystieteellinen näkökulma sairastavuuden ja kuolleisuuden sukupuolieroihin.

Terveydenhuolto ja naisia koskevia kysymyksiä, kuten lisääntymisterveyttä ja lisääntymispalvelujen tutkimusta on Suomessa pohdittu 1990-luvulta lähtien. Naisten terveyden sosiologisia kysymyksiä on pohdittu niinkään laajasti. Terveydenhuolto on naisvaltainen alue, joten naisten terveyden ja sukupuolierojen tutkimus on tärkeää. Naisten erityispiirteet sekä terveydenhuollon palvelujen käyttäjinä että tuottajina on tärkeä ymmärtää muun muassa tulevien terveystalvelujen sisältöä suunniteltaessa. Naisten "portinvartija-rooli" suhteessa miesten ja lasten elintapoihin, kuten esimerkiksi ruokotottumuksiin ja -valintoihin, saattaa avata uusia mahdollisuuksia sairauksien ehkäisyyn. Naisten hoivatyö sekä lasten että ikääntyvien vanhempien ja sukulaisten parissa on tärkeä yhteiskunnallinen resurssi ja tutkimusalue.

VÄHÄN TUTKITTUA

Amerikkalaisten naisten väestötasoiset seurantatutkimukset, kuten esimerkiksi sairaanhoitajien kohortti, Nurses' Health Study, ovat edistäneet naisten terveyttä ja selvittäneet monia muun muassa rintasyöpään ja sydän- ja verisuonitauteihin liittyviä naisille keskeisiä kansanterveyskysymyksiä. Vastaavankokoisia kohortteja naisten erityiskysymyksistä ei ole Euroopassa ainakaan toistaiseksi kerätty. Australiassa on parhaillaan käynnissä laaja epidemiologinen naisten terveystutkimus.

Suomessa kerättiin 1980-luvun alussa 20–40-vuotiaiden tamperelaisen naisten kohortti, jossa selvitettiin sosiaalisen aseman, terveydentilan ja terveystottumusten yhteyttä myös sukupolvien välillä. Nyt Suomeen tarvittaisiin uusi seurantatutkimus, jossa selvittäisiin naisten terveyden riskitekijöitä erityisesti vaihdevuosi-ässä.

AJANKOHTAISUUS MUKANA

Tamperelaisessa naisten terveys-tutkimuskokonaisuudessa tutkitaan parhailaan ajankohtaisia ja kansanterveydellisesti merkittäviä kysymyksiä: rintasyöpärisä, rintaproteeseja, kohdunpoistoa ja lisääntymishistorian ennustearvoa sydän- ja verisuonitaukeille. Painoa ja rintasyöpää on tutkittu runsaasti, mutta ajatus raskauden ajan painonkehityksen vaikutuksesta rintasyöpärisäkiin on uusi.

Rintasyövän lisääntyessä tarvitaan tietoa rintaproteeseista ja niiden paikallisista komplikaatioista. Kun lähes joka neljännelle yli 45-vuotiaalle naiselle on tehty kohdunpoisto, on selvää, että ilmiöllä on vaikutusta myös kohdunrunگون- ja kohdunkaulan syövän ilmaantuvuustrendeihin. Raskausajan verenpainetauti ja kohonneet sokeri-arvot ovat sydän- ja verisuonitautien

esiasteita, joiden hyödyntäminen preventiossa on toistaiseksi lapsenkengissä.

Allekirjoittaneen johtama tutkimuskokonaisuus, jossa hyödynnetään erilaisia koti- ja ulkomaisia aineistoja ja rekistereitä (mm. Kansanterveyslaitoksen FINRISKI 02- ja Terveys 2000 -tutkimuksia) on käynnissä Suomen Akatemian, EU:n, ulkomaisten säätiöiden sekä amerikkalaisen Georgetownin Yliopiston tuella. Kahdesta osatutkimuksesta saatujen alustavien tulosten mukaan raskauden painonnousu on postmenopausaalisen rintasyövän riskitekijä. Kohdunpoistojen huomioiminen tuloksissa lisää kohdunrunгон syövän ilmaantuvuutta jopa neljänneksellä ja kohdunkaulan syövän ilmaantuvuutta noin seitsemällä prosentilla. Kahden muun osatutkimuksen tulokset valmistuvat vuoden 2002 lopulla ja vuosien 2003–04 aikana.

Jotta miehiäkään ei unohteta, osana tutkimuskokonaisuutta ilmestyy syksyllä 2002 Sukupuoli ja terveys -oppikirja, jossa kirjoittajina on yli 30 tutkijaa eri puolilta Suomea. Kirja kattaa sukupuolierot kroonisessa sairastavuudessa, terveyskäyttäytymisessä sekä terveyspalvelujen käytössä. □

Riitta Luoto, Tampereen Yliopisto
ja Kansanterveyslaitos, riitta.luoto@uta.fi

Kirjallisuutta: Luoto R, Viisainen K, Kulmala I (toim). Sukupuoli ja terveys. Tulossa 2002.

MASENNUS- POTILAAT USEIN MONIONGELMAISIA

Vantaan Depressiotutkimuksessa todettiin, että selvä enemmistö erikoissairaanhoiton masennuspotilaista kärsii useasta samanaikaisesta psykiatrisesta ongelmasta (monihäiriöisyydestä). Potilaista noin puolella diagnosoitiin samanaikainen ahdistuneisuushäiriö, vajaalla puolella persoonallisuushäiriö ja neljännes potilaista kärsi samanaikaisesti alkoholiriippuvuudesta tai väärinkäytöstä. Erikoissairaanhoiton masennuspotilaat ovat psykiatrisesti moniongelmainen ryhmä, mikä tulee huomioida hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa.

Vakava masennustila on psykiatrinen häiriö, jolle tyypillisiä oireita ovat masentunut mieliala, merkittävästi alentunut kyky kokea mielihyvää, jatkuva väsymys, ruokahaluttomuus, unettomuus, keskittymisvaikeudet, psykomotorinen hidastuneisuus tai kiihtyneisyys, syyllisyyden ja arvottomuuden tunteet sekä kuoleman tavoitteet tai itsemurha-ajatukset. Vakava masennustila on usein kulultaan krooninen ja siihen liittyy huomattava uusiutumistaipumus. Lisäksi se lisää itsemurhariskiä ja voi aiheuttaa vakavan toimintakyvyn laskun.

MASENNUKSELLE HUONO ENNUSTE

Psykiatrisen monihäiriöisyyden on todettu liittyvän vakavan masennustilan huonoon ennusteeseen kuten uusiutumisen riskiin, osittaiseen toipumiseen, itsemurhiin ja toimintakyvyn laskuun. Monihäiriöisyyden tunnistaminen on tärkeää myös, koska samanaikaiset häiriöt vaikuttavat esimerkiksi lääkkeiden valintaan. Kokonaiskuva vakavasti masentuneiden potilaiden monihäiriöisyydestä on kuitenkin puutteellinen. Vaillinaisesti on myös tutkittu sitä, miten monihäiriöisyyden esiintyminen vaihtelee iän, sukupuolen, koulutuksen, tulotason ja asuinalueen sekä elämänaikaisten depressiojaksojen määrän ja oiresyvyyden mukaan. Aiempien tutkimusten tulosten yleistettävyyttä psykiatriseen erikoissairaanhoitoon ei myöskään ole itsestään selvää, koska potilasaine on niissä usein valikoitunutta (esimerkiksi ainoastaan sairaalapotilaita).

Vantaan Depressioprojekti (The Vantaa Depression Study) on Peijaksen sairaalan psykiatrin tulosityksikön ja Kansanterveyslaitoksen mielenterveyden ja alkoholitutkimusyksikön yhteisprojekti, joka samalla on osa laajempaa Vakavan masennuksen hoidon kehittämis- ja tutkimusprojektiä Peijaksessa.

Peijaksen sairaalaan psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa seuloitiin tutkimukseen helmikuun 1997 ja toukokuun 1998 välisenä aikana noin 800 potilasta. Seulonta kohdistui kaikkiin erikoissairaanhoitoon hakeutuviin, sinne jo lähetettyihin potilaisiin sekä hoidossa oleviin potilaisiin, joilla todettiin psyykkisen voimien huononemista. Potilaiden tuli olla 20–59 -vuotiaita, eikä heillä saanut olla aiempaa skitsofrenian tai kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosia.

AINAKIN YKSI MUU HÄIRIÖ

Potilaat haastateltiin ajankohtaisen vakavan masennustilan varmistamiseksi. Tutkimukseen valikoitui 269 erikoissairaanhoiton potilasta. Samalla diagnosoitiin myös muut samanaikaiset psykiatriset häiriöt.

Pääosa tutkimukseen osallistuneista oli naisia (73 %) ja avohoitopotilaita (83 %). Puolella potilaista oli parisuhde ja yli puolet oli työelämässä. Suurimmalla osalla masentuneita potilaita diagnosoitiin vähintään yksi muu samanaikainen psykiatrinen häiriö. Yli puolella (57 %) todettiin samanaikainen ahdistuneisuushäiriö, vajaalla puolella (44 %) persoonallisuushäiriö ja neljänneksellä (25 %) alkoholiriippuvuus tai -väärinkäyttö.

EI VAIN MASENNUS

Ahdistuneisuushäiriössä keskeistä on korostunut ahdistuneisuuden tunne, joka kokemuksellisesti vastaa lähinnä voimakasta pelkoa. Tähän kokemukseen liittyy myös ruumiillisia tunteita kuten esimerkiksi hengenahdistusta, sydämen-

tykytystä ja hikoilua. Häiriöstä kärsivä ihminen pyrkii välttämään sellaisia tilanteita tai asioita, jotka aiheuttavat ahdistuksen tunnetta.

Persoonallisuushäiriöllä tarkoitetaan pitkäaikaista, pysyvää, laaja-alaista ja kulttuurille vierasta tapaa käyttäytyä, joka on jatkunut aikuisiällä vähintään viisi vuotta ja joka aiheuttaa yleensä merkittävää kärsimystä ja häitää.

Alkoholiriippuvuudelle on keskeistä päihteen hallitsematon käyttö, johon usein liittyy mm. lisääntynyt päihteen sietokyky, vieroitusoireita sekä sosiaalisen ja ammatillisen elämän ongelmia. Alkoholin väärinkäytölle ominaisia ovat toistuvat päihtymistilat, joihin liittyen potilaalla on fyysisiä ja/tai psyykkisiä haittoja.

Nämä psykiatriset ongelmat kasautuvat masennuspotilailla. Vain viidennes potilaista kärsi ainoastaan ajankohtaisesta vakavasta masennuksesta. Ahdistuneisuushäiriöstä kärsivillä masennuspotilailla esiintyi usein myös persoonallisuushäiriö/häiriöitä ja alkoholi-ongelmaa. Persoonallisuushäiriöitä esiintyi enemmän niillä potilailla, jotka olivat jo aiemminkin kärsineet masennuksesta tai niillä, jotka asuivat sosioekonomisesti heikommilla alueilla.

Alkoholi-ongelmia oli enemmän miehillä kuin naisilla. Masentuneilla sairaalapotilailla esiintyi enemmän tiettyjä ahdistuneisuus- ja persoonallisuushäiriöitä sekä alkoholiriippuvuutta kuin avohoitopotilaita.

Erikoissairaanhoiton masennuspotilaat ovat psykiatrisesti moniongelmaisina. Psykiatriset ongelmat kasautuvat ja niiden esiintyvyys vaihtelee sukupuolen, asuinalueen, hoitopaikan ja masennuksen aieman esiintyvyyden mukaan. Monihäiriöisyys ja sen vaihtelu tulee huomioida masennuspotilaiden hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. □

Tarja Melartin, LL, tutkija
Mielenterveyden ja Alkoholi-
tutkimuksen yksikkö
KTL, tarja.melartin@ktl.fi

Melartin TK, Rytala HJ, Leskela US, Lestela-Mielonen PS, Sokero TP, Isometsä ET. Current Comorbidity of Psychiatric Disorders Among DSM-IV Major Depressive Disorder Patients in Psychiatric Care in the Vantaa Depression Study. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:126-134.

NUORTEN AIKUISTEN DEPRESSIO VAHVASTI ALIHOIDETTU - VAIN OSA HOIDOSSA

Kansanterveyslaitoksen Nuorten Aikuisten Mielenterveys -projektissa on selvitetty nuorten aikuisten mielenterveyshäiriöitä ja erityisesti masennuksen esiintyvyyttä. Tutkimuksella on saatu uutta tietoa paitsi masennuksen

ja siihen liittyvän toimintakyvyn häiriön esiintyvyydestä, myös mielenterveyspalvelujen tarpeesta ja palvelujen käytöstä.

Nuorilla on mielenterveyshäiriöitä kaksi kertaa enemmän kuin lapsilla ja jotakuinkin yhtä paljon kuin aikuisilla. Esiintyvyys on suurimmillaan myöhäisnuoruudessa ja varhaisaikuisuudessa: epidemiologisissa tutkimuksissa on arvioitu 10–40 prosentin kärsivän jostain mielenterveyden häiriöstä. Erityisesti mielialahäiriöt yleistyvät nuoruusvuosina. Masennustilojen yhden vuoden esiintyvyydeksi nuorten aikuisten aineistoissa on arvioitu jopa 15–17 prosenttia. Esiintyvyyden on arvioitu lisääntyvän edelleen.

Masennustiloilla on huomattava kansantaloudellinen merkitys ja ne vaarantavat monin tavoin nuoruusiän suotuisaa psykistä kehitystä sekä siirtymävaihetta aikuisuuteen. Kansainvälisissä tutkimuksissa on kuitenkin osoitettu, että vain pieni osa masentuneista nuorista ja nuorista aikuisista on hoidon parissa. Suomalaisesta väestöstä ei ole aiemmin ollut käytettävissä nuorten aikuisten mielenterveyden häiriöitä ja mielenterveyspalvelujen käyttöä koskevaa epidemiologista tutkimustietoa.

NAM TUTKII NUORIA AIKUISIA

Kansanterveyslaitoksen Nuorten Aikuisten Mielenterveys-projektissa (NAM) on selvitetty 20–24-vuotiaiden kaupunkilaisnuorten elämäntilannetta, psykisen oireilun, pähteiden käytön ja mielenterveyshäiriöiden yleisyyttä sekä niihin liittyviä tekijöitä. Mielenterveyden häiriöistä on tutkittu erityisesti masennuksen esiintyvyyttä, tunnistamista ja ominaispiirteitä sekä mielenterveyspalvelujen tarvetta ja käyttöä tässä ikäryhmässä.

Perustutkimus suoritettiin vuonna 1990 kyselytutkimuksena kymmenessä helsinkiläisessä ja jyvaskyläläisessä lukiossa. Seurantavaiheessa vuonna 1995 nuorille (N=706) lähetettiin uusi kysely ja kyselyvastausten perusteella osa nuorista kutsuttiin psykiatriseen hastatteluun. Vuoden 1995 kyselytieto saatiin 652 nuorelta aikuiselta, joista 245 haastateltiin strukturoidulla diagnostisella SCAN-haastattelulla (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry).

NELJÄSOSALLA JOKIN HÄIRIÖ

Jokin ajankohtainen mielenterveyden häiriö todettiin noin joka neljännellä nuorella. Yleisimmät häiriöt olivat depressiot (11 %), ahdistuneisuushäiriöt (7 %) ja päihdehäiriöt (6 %). Kun kliinisesti merkittävä toimintakyvyn lasku otettiin lisäkriteeriksi, pienivät esiintyvyyksivät noin puoleen.

Tutkimusta edeltäneen vuoden aikana noin 18 prosentilla nuorista aikuisista oli jokin masennushäiriödiagnosi. Vakava masennustila oli 12 prosentilla ja pitkäaikainen masennus eli dystymia noin neljällä prosentilla tutkittavista. Kun toimintakyvyn lasku otettiin diagnostiseksi lisäkriteeriksi,

kliinisesti merkittävä masennushäiriö oli joka kymmenennellä. Naisilla masennus oli noin kaksi kertaa yleisempää kuin miehillä. Yleensä masennustilan lisäksi voitiin todeta jokin muu samanaikainen mielenterveyden häiriö. Useimmiten muu häiriö edelsi masennustilaa.

VAIN OSA HOIDON PARISSA

Noin puolet masennustiloista kärsineistä nuorista aikuisista oli koskaan ollut yhteydessä mielenterveyspalveluihin, kolmanneksella oli ollut hoitokontakti tutkimuskohteena olleen masennusjakson aikana. Neljännes masentuneista ei ollut edes harkinnut ottaa yhteyttä mielenterveyspalveluihin. Jopa niistä tutkittavista, joilla todettiin vakava depression liittyvä toimintakyvyn häiriö, vain hieman yli puolet oli masennusjakson aikana hoidon parissa.

Miehet raportoivat naisia vähemmän aiempia kontakteja mielenterveyspalveluihin, ja kaikki heidän yhteydenottoonsa olivat tapahtuneet tutkimuskohteena olleen masennusjakson aikana. Miehet ilmoittivat naisia harvemmin edes harkinneensa yhteydenottoa mielenterveyspalveluihin. Masennusjakson aikaisia hoitokontakteja molemmilla oli kuitenkin yhtä paljon. Monihäiriöistä kolme neljästä oli ollut yhteydessä mielenterveyspalveluihin. Miltei kaikki muutkin olivat sitä suunnitelleet. Joka toinen depressiosta pelkäänsä kärsineistä ei tuntenut tarvetta ulkopuoliseen apuun. Heistä vain viidennes oli ollut hoidossa.

YHTEENVETOA TULOISTA

Tutkimustulokset vahvistivat aiempia havaintoja siitä, että depressio on nuorten aikuisten keskuudessa yleinen ja vahvasti alihoidettu mielenterveyden häiriö. Masennustiloihin liittyy usein merkittävä psykososiaalisen toimintakyvyn lasku, ja muiden mielenterveyshäiriöiden samanaikainen esiintyminen on pikemmin sääntö kuin poikkeus. Suurinta osaa masentuneista, joilla oli kliinisesti merkittävä toimintakyvyn lasku, ei hoidettu. Toisaalta kaikki masentuneet eivät kärsi toimintakyvyn häiriöstä, eivätkä koe tarvetta ulkopuoliseen apuun. Tutkimuksessa todettiin, että masennuksen arvioimisessa toimintakyvyn häiriön käyttö diagnostisena lisäkriteerinä erotteli ne masentuneet, joilla oli kliinisesti merkittävä masennus. Tällä havainnolla on merkitystä paitsi kliinisessä työssä, myös arvioitaessa hoidon tarvetta väestössä. Tuloksissa korostuu lisäksi komorbiditeetin merkitys depression vaikeusasteen ja hoidon tarpeen säätelijänä. Lisäksi nuorilla miehillä oli hoitokontakteja yksinomaan masennusjakson ajalta. Nuorten miesten yhteydenotot mielenterveyspalveluihin tulee ottaa vakavasti, varsinkin kun puolet masentuneista miehistä ei ollut edes harkinnut hakea apua masennukseensa.

Terhi Aalto-Setälä, LL, tutkija KTL, Mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto

NUORTEN AIKUISTEN KASVISTEN KÄYTTÖ SUOSITUKSIA VÄHÄISEMPÄÄ

Nuorten ja nuorten aikuisten kasvien käyttö on vähäistä niin Suomessa kuin muualla. Kuitenkin ravitsemussuosituksen mukaan kasvien ja viljatuotteiden tulisi muodostaa ruokavalion perusta. Nuoria aikuisia on tutkittu melko vähän, joten tietoa kasvien käyttöön yhteydessä olevista tekijöistä on rajoitetusti. FINRISKI 1997 -tutkimuksen tulokset osoittivat, että 25–34-vuotiaat syövät harvemmin perunoita, juureksia, hedelmiä ja marjoja kuin vanhemmat.

Koulutuksen tiedetään olevan yhteydessä kasvien käyttöön. Terveyttä edistävät valinnat, kuten tupakoimattomuus ja liikunta ovat yhteydessä runsaampaan kasvien käyttöön. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää terveyskäyttäytymisen ja sosioekonomisten tekijöiden yhteyksiä nuorten aikuisten kasvien käyttöön. Lisätavoitteena oli selvittää lounasruokailun merkitystä kasvien käytössä. Tutkimuksen tulokset on aiemmin julkaistu Scandinavian Journal of Nutrition-lehdessä.

1 589 NUORTA AIKUISTA

Tutkimuksen aineistona käytettiin Kansanterveyslaitoksen keräämiä vuoden 1997 FINRISKI- ja Finravintoaineistoja. Vuonna 1997 nuoria aikuisia, eli 25–34-vuotiaita oli otoksessa yhteensä 1 589, joista miehiä 725 ja naisia 864. Nuorten osallisuusaktiivisuus tutkimukseen oli alhaisempi (64 %) kuin muissa ikäryhmissä (72 %). Nuorten aikuisten otoksesta 305 miestä ja 361 naista osallistui lisäksi Finravinto-tutkimuksen 24h-ruoankäyttöhaastatteluun.

MENETELMÄT

Kasvien, hedelmien ja marjojen käytöstä muodostettiin summamuuttuja kyselylomakkeen yhteensä viidestä ruokavalintoja kartoittavasta kysymyksestä. Summamuuuttujan laskettiin kasvien käyttökerrat kuussa, jonka jälkeen muutuja luokiteltiin matalaan (alle 60 kertaa) ja korkeaan (60 kertaa tai useammin) kasvien käyttöön. Perunoiden käyttöä ei otettu mukaan summaindeksiin.

Koulutus jaettiin kahteen ryhmään: matala (enintään 12 vuotta) ja korkea (yli 12 vuotta). Perhemuoto määriteltiin sen mukaan, asuiko taloudessa 16-vuotiaita tai sitä nuorempia lapsia. Perhemuoto kuvasi myös siviilissäätöä, sillä suurin osa pareista, joilla oli lapsia, oli myös naimisissa tai avoliitossa. Lounaspaikkavaihtoja oli kolme: lounas kotona tai eväät töissä, lounas työ-

paikkaruokalassa tai ravintolassa tai muu. Terveyskäyttäytymistä kuvattiin vapaa-ajan fyysisen aktiivisuuden (vähän, kohtuullisesti, paljon) sekä tupakoinnin avulla (tupakoi-ei tupakoi).

Miehet ja naiset analysoitiin erikseen. Analyysissa vakiotiin painoindeksi. Varianssianalysissa 10-vuotiskäryhmä jaettiin kahtia, sillä sosioekonominen asema vaihteli iän mukaan.

KORKEA KOULUTUS LISÄÄ

Miehet söivät kasviksia keskimäärin 44 ja naiset 65 kertaa kuussa. Koulutus, perhemuoto, vapaa-ajan fyysinen aktiivisuus, tupakointi, lounaspaikka ja käsitys oman ruokavalion terveellisyydestä selittivät 21 prosenttia 25–29-vuotiaiden naisten ja 30 prosenttia 30–34-vuotiaiden naisten kasvien käytön vaihtelusta. Miehillä vastaava malli selitti 25 prosenttia kasvien käytön vaihtelusta kummassakin 5-vuotiskäryhmässä. Kummassakin ikäryhmässä molemmilla sukupuolilla korkea koulutus näytti olevan yhteydessä runsaaseen kasvien käyttöön.

Runsas liikunta vapaa-ajalla ja käsitys terveellisestä ruokavaliosta olivat yhteydessä kasvien ja hedelmien tiheään käyttöön. Nuoremmissa 5-vuotiskäryhmissä myös tupakoinnattomuus oli yhteydessä runsaaseen kasvien käyttöön. Työpaikkaruokalassa tai ravintolassa lounastavat miehet, ja 30–34-vuotiaat naiset käyttivät enemmän kasviksia kuin itse lounaansa valmistavat. Koulutuksen ja lounaspaikan valinnan välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää interaktiota. Ammattiasemalla ei ollut vaikutusta tuloksiin, joten se ei ollut mukana lopullisessa mallissa.

Tiheä kasvien käyttö oli yhteydessä runsaaseen kasvien saantiin myös ruokankäyttöhaastattelussa. Frekvenssikyseleyn perusteella usein kasviksia käyttävät söivät myös enemmän ruisleipää. Naisilla myös muiden viljatuotteiden, kuten murojen ja puuron raportointi oli haastattelussa yleisempää niillä, jotka kuluttivat runsaasti kasviksia.

NUORET AIKUISET JÄRJESTETTYN RUOKAILUUN

Nuorten aikuisten kasvien käyttö on suosituksia vähäisempää. Naiset kuitenkin käyttävät kasviksia miehiä enemmän. Koska korkea koulutus on yhteydessä kasvien käyttöön, erityisesti nuorten,

25–34-vuotiaiden kasvien käyttökerrat kuussa lounaspaikan mukaan. Tilastolliset merkitsevyydet varianssianalysista: * p -arvo $<0,05$, ** p -arvo $<0,01$, *** p -arvo $<0,001$, ns=ei merkitsevä

■ Ravintola, baari tai työpaikkaruokala
■ Lounas kotona tai eväät töissä

■ Ei lounasta/muu

Miehet

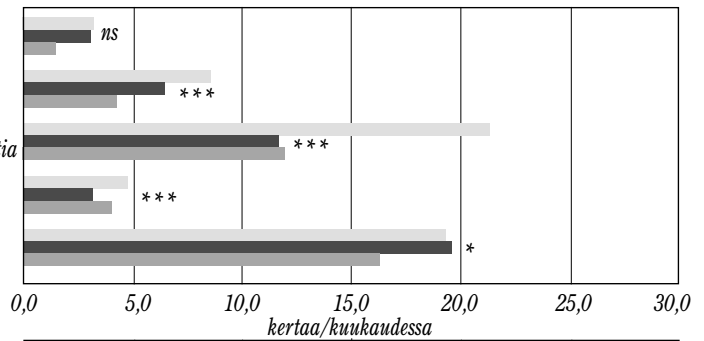
Kasvisruokia

Keitetyjä kasviksia tai palkokasviksia

Tuoreita vihanneksia, juureksia, tuoresalaattia

Paistettuja tai ranskalaisia perunoita

Perunaa keitettynä/soseena



Naiset

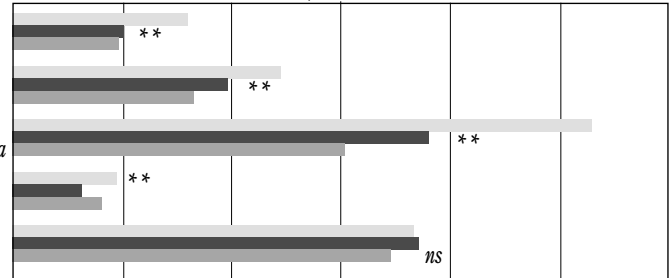
Kasvisruokia

Keitetyjä kasviksia tai palkokasviksia

Tuoreita vihanneksia, juureksia, tuoresalaattia

Paistettuja tai ranskalaisia perunoita

Perunaa keitettynä/soseena



matalasti koulutettujen miesten kasvien käytön lisäämiseksi tarvitaan tehokkaita keinoja terveyskasvatuksessa. Terveyskasvatus olisi aiheellista suunnata varta vasten tietyille kohderyhmille. Terveyskasvatuksen lisäksi ruokapalvelun saataisuus voi edistää kasvien käyttöä.

Työpaikkaruokaloissa ja ravintoloissa tarjotaan yleensä kasviksia lounaan yhteydessä, ja tällä näyttää olevan selvästi nuorten aikuisten kasvien käyttöä lisäävä vaikutus. Olisikin tärkeä parantaa nuorten aikuisten mahdollisuuksia osallistua järjestettyyn ruokailuun joko työpaikoilla tai muuten. □

Tea Lallukka, tutkija
Kansanterveyslaitos
Helsingin yliopisto

Marja-Leena Ovaskainen, erikoistutkija
Kansanterveyslaitos

Lallukka T, Lahti-koski M, Ovaskainen M-L. Vegetable and fruit consumption and its determinants in young Finnish adults. *Scand J Nutr* 2001;45:120-126.

BRIEF ENGLISH SUMMARIES OF THE ARTICLES AT:
www.ktl.fi/kansanterveyslehti/arkisto/2002/04/inenglish.html

KANSANTERVEYS-LAITOS



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

KANSANTERVEYS

KTL:N TIEDOTUSLEHTI

Päätoimittaja Pauli Leinikki
Mannerheimintie 166, 00300 Helsinki
Puhelin (09) 4744 8403
Faksi (09) 4744 8468
pauli.leinikki@ktl.fi

Vs.toimitussihteeri Marja Hyryläinen
Mannerheimintie 166, 00300 Helsinki
Puhelin (09) 4744 8743
Faksi (09) 4744 8746
marja.hyrylainen@ktl.fi

TARTUNTATAUTI-REKISTERI

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

EPIDEMIA-KONSULTAATIOT

Puhelin (09) 4744 8557

Osoitteenmuutokset ja tilaukset
toimitussihteerille.

Lehden aineistoa lainattaessa
on lähde aina mainittava.

ROKOTUSNEUVONTA

Matkailijoiden rokotukset
ma, ke ja pe klo 10–12,
puhelin (09) 4744 8485
Muu rokotusneuvonta (rokotus-
aikataulut, neuvolarokotukset,
haittavaikutukset): arkisin klo 9–12
puhelin (09) 4744 8243

YMPÄRISTÖONGELMA-NEUVONTA

Puhelin (017) 201 325

ISSN 1236 - 973X
Painopaikka: Askonpaino 4.2002