

ALKOHOLI PAHIN PÄIHDE SUOMESSA

Suomen yleisin päihde on alkoholi. Toiseksi yleisintä on keskushermostoon vaikuttavien lääkeaineiden väärinkäyttö. Huumeista tavallisin ryhmä on kannabis. Yleensäkin päihdekäyttö yleistyy. Huumeista käytetään enenevässä määrin myös amfetamiinia ja opiaatteja. Päihdekäyttö aiheuttaa tuntevan osan sairauksista ja enneaikaisista kuolemista.

Tilastojen mukaan alkoholia kulutetaan Suomessa noin 6,5 litraa yhtä asukasta ja vuotta kohti. Tällä tasolla on pysytty noin 20 vuotta, joskin kulutus on myös noussut ja laskenut vuodesta toiseen. Vuonna 1997 kulutus oli 6,9 litraa. Tilastoimatonta alkoholia juodaan Suomessa arviolta kaksi litraa asukasta ja vuotta kohti. Alkoholin kulutuksen arvioidaan kasvavan. Kokonaiskulutukseksi ennustetaan noin 8-12 litraa vuonna 1999. Mitä enemmän juodaan, sitä suuremmat ovat haitat edellyttäen, etteivät juomatavat muutu.

ALKOHOLIIN LIITTYVÄ KUOLLEISUUS LISÄÄNTYNYT

Alkoholiin liittyvien kuolemantapusten määrää on arvioitu eri tavoin. Erään arvion mukaan niitä on noin viisi prosenttia kaikista kuolemista. Alkoholiin liittyvä kuolleisuus on suurentunut selvästi vuosien 1969-95 välisenä aikana. Kuolemaan johtaneista tieliikenneonnettomuuksista 114 tapauksessa oli yksi tai useampi osallinen alkoholin vaikutuksen alainen vuonna 1993. Rattijuoppoja tai huumaantuneena liikenteessä ajavia todettiin samana vuonna yhteensä 22 104.

Alkoholiin liittyneitä hoitokertoja on Suomessa vuosittain noin 17 000. Määrä on noin 1,5 prosenttia kaikista sairaalahoitokertoista. Alkoholiin liittyneiden hoitokertojen määrä on suurentunut vuosien 1987-95 välisenä aikana noin 17 prosenttia. Sellaista Kansaneläkelaitoksen myöntämää työkyvyttömyyseläkettä, jonka myöntöperusteisiin oli osuutta jollakin alkoholisairaudella, saa Suomessa liki 9 000 henkilöä. Näistä noin 3 500 tapauksessa pääsairaus on alkoholiperäinen. Osuus kaikista työkyvyttömyyseläkkeistä on noin 1,2 prosenttia. Alkoholin väärinkäytön on arvioitu aiheuttaneen vuonna 1994 välittömiä kustannuksia yhteensä noin 2 900-3 700 miljoonaa markkaa.

HUUMEIDEN KÄYTTÄJÄLUVUT ARVIOITA

Huumeiden käytön esiintyvyyttä on vaikea selvittää luotettavasti. Kokonaiskuvan hahmottamiseksi on syytä hankkia tietoja monesta eri lähteestä. Kyselyt viittaavat siihen, että huumeita päihtymistarkoituksessa käyttävien määrä on noin 4 000-20 000 henkilöä. Kuolleisuuden perusteella voisi arvioida, että Suomessa olisi noin 2 000-8 000 huumeiden väärinkäyttäjää. Hepatiit-

tivirustartuntojen perusteella Suomessa lienee noin 2 000-10 000 suomensisäisesti joskus huumetta käyttänyttä henkilöä. Sairaaloitosten ja muiden rekisteritietojen perusteella suomensisäisten käyttäjien määräksi on arvioitu 5 000-10 000 henkilöä. Pääkaupunkiseudulla heitä olisi noin 2 000-4 000.

Huumeisiin liittyneitä sairaalahoitokertoja oli vuonna 1995 yhteensä 855. Osa näistä oli saman henkilön saamia hoitokertoja. Henkilöiden määrä on noin 62-75 prosenttia hoitokertojen määrästä. Tähän määrään saattaa sisältyä myös muiden päihteiden kuin tässä tarkasteltavien huumeiden käyttäjiä, esimerkiksi luotinaimien imppaajia. Pahimman vaihtoehdon mukaan sairaalahoitoa tarvinneita huumeiden käyttäjiä olisi 600. Vuoden 1995 päihdetapauslaskennan mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttäviä huumeitapauksia oli noin 1 200. Palveluja käyttävien huumeiden käyttäjien määrä lienee siis Suomessa noin 600-1 200. Kun noin 50-100 prosenttia niistä, joilla on terveysongelmia, hakee apua palvelujärjestelmästä, voidaan arvioida että palvelujen tarpeessa olevia huumeiden ongelmakäyttäjiä on Suomessa noin 600-2 400.

Eräät kyselytutkimukset viittaavat siihen, että huumeiden käyttö olisi viime vuosina yleistynyt nuorison keskuudessa. Huumeisiin liittyneiden sairaalahoitosten määrä on 2,5-kertaistunut vuosien 1989-95 välillä. Kuolemantapaukset, joissa huumeesti osoittaa huumeikäyttöä, ovat kuusinkertaistuneet Suomessa 1988-95. Huumeriippuvuuskuolemat eivät ole yleistyneet. Tuoreimmat tiedot huumeiden käytön kehityssuunnasta saadaan toistetusta kysely- tai haastattelututkimuksista ja kuolemantapauksien yhteydessä suoritetuista oikeuskemiallisista tutkimuksista. Tiedot ovat parhaimmillaankin nykyhetkestä vuoden tai pari jäljessä. Kukaan ei varmuudella tiedä, mihin juuri nyt ollaan menossa.

HUUMEONGELMA ALKOHOLIVAIKEUKSIA VÄHÄISEMPI

Vuoden 1995 päihdetapauslaskennassa tutkituista sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaista 94 prosenttia käytti päihteenään alkoholia, 23 prosenttia lääkkeitä, yhdeksän prosenttia kannabista ja seitsemän prosenttia muita huumeita. Lääkkeiden ja huumeiden väärinkäytöstä yhteensä aiheutuneet välittömät kustannukset ovat noin 20-25 prosenttia alkoholin päihdekäytön aiheuttamista vastaavista kustannuksista. Suomen huumeongelma on selvästi pienempi kuin alkoholiongelma ja ehkä myös pienempi kuin lääkkeiden väärinkäytön muodostama ongelma.

Suomen huumeongelma on pienempi kuin useiden muiden teollistuneiden maiden huumeongelma. Vuonna 1994 Suomessa takavarikoitiin vähemmän kannabista ja kokaiinia kuin missään muussa EU-maassa. Heroiinia takavarikoitiin Suomessa vähemmän kuin missään muussa

EU-maassa Luxemburgia lukuun ottamatta. Amfetamiinimäärän osalta Suomi sijoittui seitsemänneksi 12 EU-maan joukossa. Yhdysvalloissa noin kolmannes väestöstä kertoo käyttäneensä joskus kannabista. Vastava luku on Tanskassa 30 prosenttia, Englannissa 14, Saksassa 13, Ranskassa 11 ja Suomessa alle 5 prosenttia. Satunnaisesti poimittujen, 18-70-vuotiaasta väestöstä edustavien kyselyjen mukaan joskus kannabista käyttäneitä oli Tanskassa 30,1; Ruotsissa 11,4; Norjassa 8,3 ja Suomessa 7,3 prosenttia vuosina 1993-95. Viimeisten kuuden kuukauden aikana kannabista käyttäneiden määrät olivat saman tutkimuksen mukaan Tanskassa 4,1; Ruotsissa 1,2; Norjassa 1,8 ja Suomessa 1,1 prosenttia. Vaikeiden huumeaddiktien määrä on Suomessa kertaluokkaa pienempi kuin muissa EU-maissa, joista arvioita on julkaistu.

Suomessa alkoholi on päihteistä pahin. Kulutus kasvaa ja enin osa suomalaisista suosii edelleen humalahakuista juomista. Tämä ennakoit entistä suurempia haittoja. Kansanterveystyön keskeisimpiä haasteita on se, miten suomalainen muuttuisi tolkkuttomasta juopottelijasta kohtuuden ystäväksi. Huumeongelma on selvästi pienempi kuin muissa Euroopan maissa. Emme kuitenkaan voi suhtautua tulevaisuuteen huolettomasti. Kovat huumeet ja injektioneulojen välityksellä leviävät infektioaudit voivat yleistyä, ellei sen estämiseksi ponnistella. □

*Kari Poikolainen,
Järvenpään Sosiaalisairaala
(09) 291 5400, kari.poikolainen@sci.fi*

PÄIHITEIDEN KÄYTTÖÖN LIITTYY TERVEYSHAITTOJA

Pitkäaikainen ja runsas alkoholinkäyttö voi aiheuttaa vaurioita lähes mihin tahansa elinryhmään. Somaattisten vaurioiden syntymekanismit ovat kuitenkin pääosin selvittämättä ja asettavat edelleen haasteita perustutkimukselle.

Alkoholisairaudet ja kuolleisuus alkoholin aiheuttamiin sairauksiin ovat yleistyneet viime vuosikymmeninä. Tyypillisen alkoholin aiheuttaman elinvaurion, maksakirroosin esiintyvyyttä on viime vuosikymmenien aikana moninkertaistunut, samoin myös kuolleisuus siihen. Erityistä huolta on herättänyt naisten ja entistä nuorempien maksakirroosin lisääntyminen. Alkoholisairauksien ennusteen kannalta merkittävin tekijä on edelleenkin alkoholinkäytön lopettaminen. Sairauksien ehkäisyssä valistuksella ja tiedottamisella on merkittävä osuus.

Somaattisia vaurioita aiheuttavan alkoholin kulutuksen riskirajaa on viime vuosina laskettu. Vaurioiden vakavuuteen vaikuttavat yksilöllisten tekijöiden lisäksi nautitun alkoholin määrä, altistuksen kes-

to ja tapa sekä ravintotekijät. Riskikuluttajana/suurkuluttajana voidaan pitää mieshenkilöä, joka nauttii alkoholia säännöllisesti yli 40 grammaa päivässä, naisilla raja on alhaisempi (n. 30 g), vastaten miehillä 3,4 ja naisilla 2,3 pulloa olutta päivässä. Eräät tutkimukset ovat osoittaneet, että jo 20–30 grammaa alkoholia päivässä juovilla riski saada alkoholihaittoja kasvaa.

Viimeaikoina on keskusteltu paljon kohtuullisen alkoholinkäytön ”hyvistä” vaikutuksista ja noin kahden päivittäisen alkoholiannoksen (24 g) nauttimista on pidetty ”terveellisenä”. Selvää kynnyksarvoa ”turvalliselle” ja haitalliselle alkoholinkulutukselle ei ole.

ERI HUUMEET AIHEUTTAVAT ERILAISIA TERVEYSHAITTOJA

Huumaavien aineiden akuuttivaikutukset kohdistuvat keskushermostoon. Päihdyttävää vaikutusta vakavampia ovat aineiden toksiset vaikutukset, jotka vaihtelevat eri huumeilla. Tekniset liuottimet, kuten butaani, trikloorietyleni tai bentseenijohdokset ovat hermomyrkyttäjä ja saattavat aiheuttaa fataaliteettiriskiä ohella pysyviä hermovaurioita lyhyenkin käyttöperiodin yhteydessä. Varsin toksinen aine on hallusinoogeenina käytetty fensykliidiini.

Amfetamiini ja heroiini aiheuttavat varsinaisista huumausaineista Suomessa eniten yliannostuskuolemia. Amfetamiinin yliannostusoireille ovat tyypillisiä ylikorostuneet stimulaatiovaikutukset kuten paranooidisen psykoosin oireet, kiihtynyt pulssi, verenpaineen nousu, lisääntynyt rytmihäiriö- ja aivoverenvuotoriski. Heroiinin toksisista vaikutuksista vakavimpia on hengityksen lamaantuminen, joka aiheuttaa äkkikuoleman. Annos, jota kokenut käyttäjä on sietänyt hyvin käyttökierteen aikana, saattaa tappaa viikkojen tai kuukausien käyttötaujan jälkeen. Naloksoni nopeavaiikutteisena opiaattiantagonistina on tällaisessa tilassa tehokas elvytyslääke.

Säännöllinen huumeiden käyttö johtaa aineriippuvuuteen, johon kuuluu mm. pakonomainen ainehimo ja vieroitustila käytön keskeytymisen yhteydessä. Riippuvuuden ja vieroitustilojen oireet ovat ainespseifejä ja sekakäyttäjillä erilaisten aineiden yhteisvaikutusten vaihtelevia yhdistelmiä. Hengenvaarallisia vieroitustiloja esiintyy sedatiivisten aineiden kuten alkoholin, bentsodiatsepiinien ja barbituraattien käytön yhteydessä. Heroiinin aiheuttamat vieroitusoireet ovat harvoin hengenvaarallisia, mutta käyttäjän näkökulmasta usein sietämättömän epämiellyttäviä. Amfetamiinin vieroitustilaan liittyvä vakavin riski on lamaannukseen ja masennukseen liittyvä itsemurhahakuisuus.

SUONITULEHDUKSISTA HEPATIITTEIHIN JA HIVIIN

Kroonisten virustautien ja seksitautien ohella epähygieeninen ruiskejen käyttö päästävät erilaisia mikrobipatogeeniä käyttäjän elimistöön. Seurauksena on toisuvia ihotulehduksia, suonitulehduksia,

endokradiitteja ja muita vakavia infektoita, jotka usein vaativat tehohoitoa. Kun säännöllisesti aineita käytävissä syntyy ryhmiä, lisääntyy myös riski B- ja C-hepatiitien ja seksitautien leviämistä ryhmien ulkopuolelle. Tuoreet HIV-tartunnat myös suomalaisissa iv-käyttäjien ryhmässä ovat ensimmäinen merkki siitä, että pelot ovat muuttumassa todellisuudeksi. □

Hannu Alho, KTL
(09) 133 3339, hannu.alho@ktl.fi

Antti Holopainen,
Järvenpään Sosiaalisairaala



PÄIHDE- TUTKIMUKSESTA VAIN OSA PÄTEVÄÄ

Päihdelääketieteellisen kliinisen tutkimuksen kolme tärkeintä aluetta ovat hoito, varhaistoteaminen ja ehkäisy. Vaikka päihdeongelmien ja päihderiippuvuuden hoitoa koskevia tutkimuksia on tuhansia, vain pientä osaa niistä voidaan pitää tieteellisesti pätevinä. Toisin sanoen satunnaistettujen ja kontrolloitujen hoitotutkimusten tarve on päihdelääketieteessä suuri. Tarve on myös ajankohtainen, sillä uusia huonosti tutkittuja hoitomuotoja sekä käytetään että markkinoidaan aktiivisesti ja valitettavan usein jopa epäeettisesti.

Suomesta löytyy hyviä ja luotettavia hoitotutkimuksia, mutta myös kielteisiä esimerkkejä hoitokäytännöistä, joita ei voi pitää näyttöön perustuvana lääketieteenä. Ilokaasua käytetään meillä laajalti alkoholisten katkaisuhoidossa. Sillä on väitetty olevan myös päihderiippuvuutta vähentäviä ja potilaan mielentilaa parantavia ominaisuuksia. Olemassa olevan tieteellisen tiedon kriittinen arviointi vie kuitenkin sekä ilokaasun käytöltä katkaisuhoidossa että siihen kohdistuvilta muilta väitteiltä pohjan.

NALTREKSONI KUNNOLLA TUTKIMATTA

Naltreksonin on osoitettu olevan plaseboa parempi alkoholiriippuvuuden hoidossa. Lääkkeen teho on kuitenkin osoitettu vain valikoituissa eli erittäin hyvin motivoituissa potilasryhmissä. Lisäksi ainakin toistaiseksi julkaistuissa tutkimuksissa naltreksoni toimii vain, mikäli se on yhdistetty tehokkaaseen psykososiaaliseen tai kognitiiviseen tukihoittoon. Satunnaistettuna ja kontrolloidussa tutkimuksessa ei ole toistaiseksi osoitettu, toimiiko naltreksoni esimerkiksi tavanomaisessa A-klinikoiden potilasmateriaalissa. Ei myöskään tiedetä toimiiko hoitomuoto, jos lääkitys aloitetaan ilman edeltävää katkaisuhoidoa tai jos hoidon tavoitteena on kohtuujuoaminen. Hoitoja markkinoivien omiin satunnaistamat-

tomiin ja kontrolloimattomiin aineistoihin perustuvat näytöt eivät riitä. Aikaisempien tutkimusten pohjalta tehdyt alaryhmäanalyysit eivät myöskään pienistä potilasluvuista johtuen ole päteviä. Tarvitaan satunnaistettuja ja kontrolloituja tutkimuksia, jotka on toteutettu suomalaisessa (A-klinikat) hoitojärjestelmässä, joissa naltreksonia, disulfiraamia ja akamprosaattia on vertailtu keskenään ja/tai yhdessä toistensa kanssa sekä yhdistettynä erilaisiin psykososiaalisiin hoitomuotoihin ja erilaisiin hoitotavoitteisiin. Kunnollisesti toteutettujen hoitotutkimusten avulla on myös pyrittävä löytämään optimaaliset hoitoajat ja edullisimmat hoitopaikat.

TEHOTTOMAT HOIDOT KARSITTAVA

Vuosikausia on väitetty, että ryhmä-, käyttäytymis- tai perheterapiaa ei voida tutkia satunnaistetuissa ja kontrolloidussa tutkimuksissa. 1990-luvulla tällaisia tutkimuksia on kuitenkin alettu julkaista maailmalla kiihtyvällä vauhdilla. Hyvin toteutetut tutkimukset ovat kieltämättä kalliita ja aikaa vieviä, mutta ainoastaan niiden avulla voidaan saada vastauksia hoitomuotojen todellisesta tehosta ja soveltuvuudesta ”minun” potilaisiini.

Tarvitaan lukuisia hyvin suunniteltuja ja oikein toteutettuja hoitotutkimuksia, joiden tarkoituksena on karsia tehottomat hoitomuodot tehoavista, löytää tehokkaita hoitomuodoista yksinkertaisimmat ja halvimmat sekä löytää ne lääke- ja tukihoitokombinaatiot, jotka ovat suomalaisessa hoitojärjestelmissä sekä tehokkaita että käytännössä toimivia ja toteutettavissa. Tämä vaatimus koskee sekä alkoholin että muiden päihdeiden aiheuttamia ongelmia ja sairauksia. Sekä tutkijan että rahaa jakavan kannattaa mieluummin sijoittaa yhden luotettavan tuloksen saamiseen kuin kymmeneen huonoon tutkimukseen, jotka eivät anna vastausta mihinkään.

Kliinistä tutkimusta tarvitaan myös sekä päihdeongelmien että päihdeiden aiheuttamien sairauksien varhaistoteamiseen liittyvien menetelmien löytämiseen, evaluoimiseen ja kehittämiseen. Tarvitaan menetelmiä, joiden avulla riskiryhmät voidaan mahdollisimman luotettavasti ja edullisesti tunnistaa ongelmien ja sairauksien varhaisvaiheessa. Jos tässä onnistutaan, on seuraavaksi pyrittävä löytämään ne sekundaarispreveniiviset toimenpiteet, joiden avulla yksilö- ja yhteisötasolla päihdeiden käyttöä pystytään tehokkaimmin ehkäisemään ja vähentämään. □

Mikko Salaspuro, HYKS
(09) 471 4093

RANSKALAINEN PARADOKSI ELI ONKO VIININ VÄRILLÄ VÄLIÄ

Ranskan sepelvaltimotautikuolleisuus on tilastojen mukaan selvästi alhaisempi kuin väestön veren kolesterolin pitoisuus tai rasvojen käyttö antaisivat aiheen olettaa. Ilmiötä on ruvettu kutsuma ranskalaiseksi paradoksiksi.

Ranskan paradoksin hyvälle tilanteelle on tietysti haluttu löytää selitys. Koska ravintorasvat eivät näytä kelpaavan tässä tapauksessa vastaukseksi, ratkaisua on haettu muista ravinnon aineosista, kuten alkoholijuomista, joita Ranskassa kulutetaan runsaasti ja joiden kohtuukäytön väitetään pienentävän riskiä sairastua sepelvaltimotautiin.

Eräiden arvioiden mukaan eri alkoholijuomien sepelvaltimotaudin riskiä vähentävä vaikutus ei olisi samanarvoinen, vaan alkoholin käytön suotuisaa vaikutusta saatettaisiin selittää osittain tai kokonaan punaviinin nauttimisella.

Uudemmissa väestötutkimuksista on ilmennyt, että viinin juojien riski kuolla sepelvaltimotautiin on pienempi kuin olutta tai tislattuja juomia suosivien. Nämä havainnot viittaavat siihen, että alkoholin suotuisa vaikutus sydäntautikuolleisuuteen ei perustuisi pelkästään alkoholin itsensä vaikutukseen, vaan merkitystä olisi myös muilla, todennäköisesti juuri viiniin liittyvillä tekijöillä. Varsinkin Ranskassa näyttää nyt olevan vallalla käsitys, että ranskalainen paradoksi olisi selitettävissä maan muita maita korkeammalla punaviinin kulutuksella.

PUNAVIINISSÄ TEHOANNOS ANTIOKSIDANTTEJA

Punaviiniä on pidetty mahdollisena selittävänä tekijänä erityisesti sen sisältämien antioksidanttien takia. Sepelvaltimotaudin kehittyminen on monivaiheinen tapahtuma, jossa veren LDL-kolesteroli hahpetuu ja kulkeutuu verisuonten seinämien soluihin aiheuttaen ennen pitkää suonten ahtautumisen. LDL-kolesterolin hahpetu-

mista estävät antioksidantit, joita punaviinissä on runsaasti. On oletettukin, että punaviinin nauttija saa juomansa mukana tehoannoksen antioksidantteja, jotka suojaavat häntä sepelvaltimotautilta.

Antioksidantteja ovat useat rypäleiden siemenistä ja kuoresta peräisin olevat fenoliväriaineet, kuten flavonoidit, antosyanidit ja tanniinit. Niiden on osoitettukin koeputkiosuhteissa olevan tehokkaita LDL-kolesterolin hahpetumisen estäjiä. Valkoviinin antioksidanttipitoisuus ja -kapasiteetti on huomattavasti alhaisempi.

Punaviini saattaisi olla paradoksia selittävä tekijä, jos sen antioksidanttien tiedettäisiin estävän LDL-kolesterolin hahpetumisen elimistössä yhtä tehokkaasti kuin koeputkessa. Siksi olisi osoitettava, että punaviinin flavonoidit imeytyvät ruoansulatuskanavasta verenkiertoon ja että niiden hahpetumista estävät vaikutukset säilyvät myös veressä riittävän kauan.

KOEPUTKITULOS EI TOIMI IHMISESSÄ

Tähänastisissa tutkimuksissa on ilmennyt, että aterialla nautittu punaviinin antioksidanttiaktiivisuus säilyy veressä vain muutamia tunteja, mikä ei ilmeisestikään riitä estämään kylliksi kolesterolin hahpetumista. Pettymys on myös tieto, että käytännössä LDL-kolesterolin hahpetumisessa ei ole eroa joipa sitten puna- tai valkoviiniä. Se mikä toimii koeputkessa, ei näytä siis aina pätevän ihmisen elimistössä.

Ranskalaisella paradoksilla on varmasti oma selityksensä, mutta se saattaa löytyä punaviinin sijasta esimerkiksi punaviinin juojista itsestään. Onhan mahdollista, että ranskalaisen ja Välimeren alueen ruokavalioiden tai elämäntyylin muut tekijät saattavat suojata sepelvaltimotaudin kehittymiseltä. Suomessa taas viimejä ostavat ovat keskimääräistä koulutettumia ja valistuneempia ja siksi noudattavat muutenkin terveellisempiä elämäntapoja.

Koska punaviinin antioksidanttien ei ole osoitettu selittävän ranskalaista paradoksia, punaviinin terveellisyyteen ei kannata toistaiseksi turvata eikä sen kuten muidenkaan alkoholijuomien kohtuukäyttöä ole siksi syytä suositella terveellisyyteen vedoten. □

*Kalervo Kiiänmaa, KTL
(09) 133 2826, kalervo.kiiänmaa@ktl.fi*

ENEMMISTÖ SUOMALAISISTA KANNATTAA RAVINTOLA- TUPAKOINNIN RAJOITUKSIA

KTL:n tämän vuoden suomalaisten terveystutkimustutkimuksen ennakkotietojen perusteella 64 prosenttia suomalaisista on sitä mieltä, että ravintoloissa ja baareissa pitäisi olla selvästi erillinen osa tupakoiville asiakkaille.

Tällaista jakoa vastusti 19 prosenttia; 18 prosenttia vastasi "vaikeaa sanaa". Ravintoloiden tupakointirajoituksia kannatti 73 prosenttia tupakoimattomista ja 42 prosenttia tupakoivista asiakkaista. Rajoituksia vastusti tupakoivistakin vain 34 prosenttia ja tupakoimattomista 12 prosenttia.

Ravintoloiden tupakoinnin rajoituksia koskeva lakiesitys tulee eduskunnan käsittelyyn syksyn aikana.

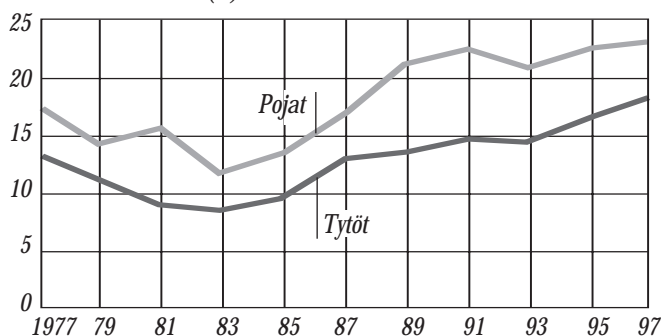
TUPAKKALAKI TOTEUTUNUT HYVIN TYÖPAIKOILLA

Samana tutkimuksen ennakkotietojen mukaan työssä olevista suomalaisista noin kolmasosa ilmoittaa työskentelevänsä työpaikalla, jossa kukaan ei tupakoi ja reilu puolet työpaikalla, jossa on erityinen tupakkahuone.

Vuonna 1995 säädetyt tupakkalain jälkeen tilanne on hyvin vakiintunut. Noin 92 prosenttia ihmisistä on tyytyväisiä työpaikkansa tupakointijärjestelyihin. Osuus on sama sekä tupakoivilla että tupakoimattomilla. □

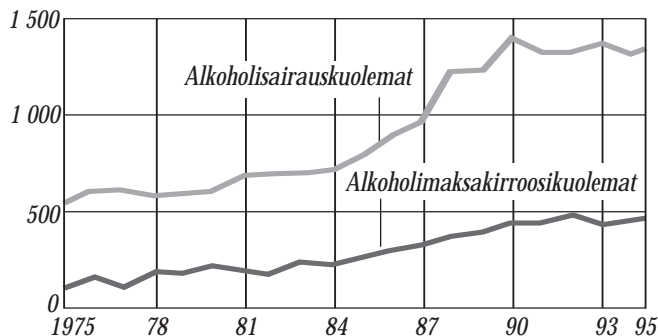
*Pekka Puska; KTL
(09) 4744 8336, pekka.puska@ktl.fi*

Alkoholia vähintään kerran viikossa juovien 14-18-vuotiaiden ikävakioidut osuudet (%)



Lähde: Nuorten terveystapatutkimus, Stakes, Aiheita 28/97

Alkoholisairaus- ja maksakirroosikuolemien lukumäärä 1975-95



Lähde: Tilastokeskus

TARTUNTATAUTITILANNE SUOMESSA

RAPORTOIDUT MIKROBILÖYDÖKSET



INFEKTIONSSJUKDOMAR I FINLAND

RAPPORTERADE MIKROBFYND

Kesä on selvästi muuttunut kirpeäksi, kirjavankauniiksi syksyksi. Syksyn tulon voi nähdä myös tartuntatautirekisterin luvuissa. Kesän satoa korjataan vielä hetki suolisto- ja sukupuolitautipatogeenien osalta ja syksyn nousijat kuten Pogostan tauti ja jänisrutto ovat tulleet lukuihin mukaan.

Syksyn saapuminen ei kuitenkaan ole pienentänyt ruokaperäisten epidemioiden lukumäärää. Epäilyilmoituksia tulee tasaisesti ja kunnissa tehdään eri laajuisia selvitystöitä paikallisesti ja tarvittaessa infektioepidemiologisen osaston avustuksella. Ruokamyrkytysten selvitystyössä infektioepidemiologisen yksikön rooli näyttääkin muuttuvan entistä enemmän kenttäepidemiologiseen suuntaan.

Haukiputaalla miehemme etsivät kumisaappaisiin sonnustautuneina mahdollisia johtolankoja epidemian alkulähteistä. Syyskuun alussa sekajoukkueemme matkusti Pirkanmaalle *Yersinia pseudotuberculosis*-kouluepidemiaa tutkaillemaan (sivu 8).

Kenttä toimii koko ajan: elo-syyskuun vaihteessa Raumalla todettiin kouluepidemia, jossa 48 oppilasta eri luokka-asteilta sekä joitakin opettajia sairastui ripulitautiin. Aiheuttajaksi todettiin varhaisessa vaiheessa *Salmonella* Typhimurium var Copenhagen FT1. Paikallinen ruokamyrkytysten selvitystyöryhmä järjesti ripeästi näytteiden oton kaikilta oireisilta koulussa sekä koulun keittiöhenkilökunnalta. Keittiöhenkilökuntaan kuuluvista löytyi kolme oireetonta viljelypositiivista. Koulun keittiö toimii jakelukeittinä. Se on tiloiltaan uusi eikä ruuan säilytykseen tai käsittelyyn todettu liittyvän puutteita. Torjuntatoimet koulussa aloitettiin oireisten tai viljelypositiivisten sairaslomina, yhteisten leirikoulujen perumisena, saniteettitilojen tehostetuna siivouksena ja vanhemmille tiedottamisena. Kaikki oireettomat koulun työntekijät (opettajat, siivoushenkilökunta) tut-

kittiin, mutta heidän joukossaan ei ollut yhtään viljelypositiivista. Epidemia rajoittui selvästi aikaan 18.8.–2.9.1998, jolloin kyseisen salmonella eristettiin kouluun liittyen 32:lta henkilöltä. Epidemian yhteydessä paikallinen selvitystyöryhmä teki kaikille esikoululaisille, koululaisille, opettajille ja muulle henkilökunnalle kyselyn. Tulokset analysoidaan myös paikallisesti; niiden käsittely on vielä kesken.

KENTÄLLE TARVITAAN OSAAVAA VÄKEÄ LISÄÄ

Kaikki edellä mainitut ruoka- tai vesiperäiset epidemiat osoittavat, että kentällä tarvitaan kipeästi innostuneita ja osaavia henkilöitä paikalliseen selvitystyöryhmään. Koulutustarve ja myös -halukkuus on ilmeinen, sillä lokakuussa yhteistyössä Eläinlääkintä- ja elintarvikelaitoksen (EELA) ja Elintarvikeviraston (EV) kanssa järjestettävälle selvitystyön peruskurssille oli ilmoittautuneita moninkertaisesti se, mitä tilojen puolesta voidaan kerralla kursittaa. Tiedon lisäksi epidemian selvitystyö vaatii mahdollisuuksia irrottaa henkilöitä lyhyeksi aikaa omista rutiinistöistään pelkästään epidemiaselvitykseen; tarvitaan siis myös taloudellista resurssointia.

TIPPURI LISÄÄNTYI TAAS

Sukupuolitautipatogeenit jäävät välillä vähälle huomiolle ja juuri silloin ne iskevät! Tilastoista voi todeta sukupuoliteitse leviävän klamydian pikkuhiljaa lisääntyneen niin, että kuukausittainen tapausmäärä on 800–1 000. Tällä hetkellä kertymä on 555 (9%) tapaus viimevuotista enemmän. Varsinainen nousija on kuitenkin harvalukuinen *Neisseria gonorrhoeae*. Tämän vuoden kertymä on 31 prosenttia viimevuotista suurempi. Taudin ilmaantuvuus on itärajan tuntumassa suurinta. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri johtaa (7,3 tapaus/100 000 asukasta) ja seuraavina tulevat Helsingin (6,7) ja Etelä-Karjalan (6,1) sairaanhoitopiirit. Puhelinsoitot muutamaan

Itä-Suomen terveyskeskukseen paljastivat, että monessa terveyskeskuksessa tippurin harvinaistuttua ei enää oteta näytettä, jos potilaalla epäillään klamydiainfektiota.

Elokuun aikana tartuntatautirekisteriin ilmoitettiin kolme *Haemophilus influenzae* b:n aiheuttamaa infektiota. Yksi näistä oli pieni lapsi, joka sairastui Suomessa lomaillessaan bakteerimeningiittiin, jossa bakteeri eristettiin myös varesta. Lapsi asuu vakituisesti ulkomailta, eikä häntä ole rokotettu (Hib ei kuulu kyseisen maan rokotusohjelmaan). Valitettavan usein näiden melko harvinaisten myös lääkärin ilmoitettavien tautien kohdalla käy niin, että lääkärin ilmoitusta joudutaan kyselemään infektioepidemiologian osastolta. Lääkärin ilmoitus on merkityksellinen, sillä sen avulla kerätään epidemiologisesti merkittävää kliinistä tietoa, jota myös useimpien bakteerien kohdalla raportoidaan kansainvälisesti.

POGOSTAN TAUTIA JA MYRÄKUEMETTAA

Myyräkuumetapaukset lisääntyvät odotetusti; elokuussa tartuntatautirekisteriin ilmoitettiin 20 tapaus. Näistä Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä oli seitsemän, Pirkanmaan ja Kymenlaakson sairaanhoitopiireissä molemmissa viisi.

Pogostan taudin ilmoituksia tuli rekisteriin heinäkuussa yksi ja elokuussa 25. Tapaukset ovat hajallaan eri puolilla Suomea, kuitenkin Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella kuusi. Akuuttia Pogostan tautia tavataankin juuri elo-syyskuussa. Sindbis-virus tarttuu hyttysen välityksellä. Viikon itämisajan jälkeen puhkeaa akuutti tauti, jossa oireina voi olla "flunssaa", kuumetta, papulaista ihottumaa ja nivelkipuja. Joskus nivelkiput pitkittyvät ja tuovat potilaan lääkärin vastaanotolle vasta kuukausien kuluttua. □

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

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

	Huhtikuu April 1998 1997		Toukokuu Maj 1998 1997		Kesäkuu Juni 1998 1997		Heinäkuu Juli 1998 1997		Elokuu August 1998 1997		Yhteensä 1-8** Totalt 1-8 1998 1997	
HENGITYSTIEPATOGEENIT / LUFTVÄGSPATOGENER												
Klamydia (<i>C. pneumoniae</i>)	24	42	14	45	16	25	8	12	14	12	136	234
Mykoplasma (<i>M. pneumoniae</i>)	17	18	17	12	5	17	6	13	8	15	119	149
Pertussis	38	40	38	36	36	33	39	38	119	47	391	410
Adenovirus	24	84	30	37	15	33	16	35	16	45	298	435
Influenssa A -virus	75	10	4	1	0	2	2	2	2	0	903	311
Influenssa B -virus	3	44	0	6	0	5	1	0	0	0	9	227
Parainfluenssavirus	17	66	15	44	9	13	8	1	12	5	97	192
RSV (respiratory syncytial virus)	16	114	10	262	6	228	4	85	1	26	559	794
SUOLISTOPATOGEENIT / TARMPATOGENER												
Salmonella	124	211	124	145	215	145	263	300	356	559	1 681	1 952
Shigella	5	20	2	10	4	3	6	5	13	7	49	73
Yersinia	39	91	53	72	76	76	58	75	75	62	421	538
Kampylo	140	188	215	133	246	182	484	451	455	352	1 871	1 734
Kalivirus	21	-	38	-	2	-	9	-	2	-	102	-
Rotavirus	287	210	192	204	91	167	42	76	15	24	1 280	897
Kryptosporidia	0	2	1	0	0	1	2	1	1	1	5	10
Giardia	10	38	21	21	47	26	28	34	32	37	199	218
Ameba (<i>E.histolytica</i>)	10	21	7	10	12	13	18	19	13	20	77	120
HEPATIITIPATOGEENIT / HEPATITPATOGENER												
Hepatitis A -virus	8	6	5	19	7	28	8	19	15	13	57	105
Hepatitis B -virus	30	49	23	67	36	54	53	42	22	37	313	414
Hepatitis C -virus	164	174	140	183	96	140	141	134	117	158	1 127	1 221
SUKUPUOLITAUTIPATOGEENIT / KÖNSSJUKDOMSPATOGENER												
Klamydia (<i>C. trachomatis</i>)	751	796	764	725	807	700	907	848	998	841	6 820	6 265
HI-virus	5	5	3	8	7	6	5	7	9	2	46	46
Gonokokki	22	16	15	17	17	18	17	17	18	20	156	119
Syfilis (<i>T. pallidum</i>)	18	11	18	12	14	13	12	11	11	15	111	101
VERI- JA LIKVORIVILJELYLÖYDÖKSET / BLOD- OCH LIKVORODLINGSFYND												
Pneumokokki (<i>S. pneumoniae</i>)	44	57	46	57	48	32	45	24	28	20	371	351
A-streptokokki (<i>S. pyogenes</i>)	10	6	8	8	11	8	6	4	10	5	70	57
B-streptokokki (<i>S. agalactiae</i>)	8	9	18	19	8	10	12	16	8	15	91	97
Meningokokki	3	5	4	5	1	2	4	4	1	7	33	35
RESISTENTIT BAKTEERIT / RESISTENTA BAKTERIER												
MRSA	15	9	9	24	19	3	16	5	13	15	117	73
Pneumokokki (PenR)	10	21	5	13	5	9	5	4	0	11	41	101
MUITA MIKROBEJA / ÖVRIGA MIKROBER												
Borrelia*	9	17	13	23	21	34	49	49	60	93	213	279
Tularemia	0	1	0	0	0	0	2	4	28	47	32	56
Tuberkuloosi (<i>M. tuberculosis</i>)	39	48	39	32	48	41	36	37	11	32	298	312
Coxsackie B -virus	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	6	2
Echovirus	0	0	0	2	0	1	2	6	1	8	4	21
Enterovirus	0	0	0	0	0	3	1	1	6	8	16	17
Parvovirus	3	7	14	5	9	2	4	2	4	2	45	45
Puumalavirus	28	28	23	32	36	35	60	68	93	87	392	382
Malaria	4	8	1	5	0	6	0	11	4	3	17	41

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

** Yhteensä = tapaukset vuoden alusta elokuun loppuun

VIROLOGINEN EPIDEMIA-ILANNE 17.8. – 20.9.98 VIRUSLABORATORIOIDEN LÖYDÖSTEN PERUSTEELLA

C-hepatiittia löytyy jatkuvasti huolestuttavan paljon, jous-
kossa tuoreitakin tapauksia. Helsingissä kuudella suomalai-
sella naisella on todettu harvinainen genotyyppi.

Kalikkivirukset ovat aiheuttaneet pari pientä vatsatauti-
epidemiaa leiri- ja retkioloissa.

Myyräkuumetta on löytynyt runsaasti jokseenkin kautta
maan, ja ikäjakaumakin on ollut laaja. Pogostan taudin tapauk-
sia on myös ollut paljon, pääasiassa Itä-Suomessa, mutta myös
Hämeessä ja Lounais-Suomessakin.

Enteroviruslöydösten jokasyksyinen lisääntyminen on
toistaiseksi ollut melko vaisua. Tapauksia on kuitenkin löyty-
nyt sekä viljelyllä (mm. Echo7), serologialla, että PCR:lla.
Viimemainitulla tavalla enterovirus-DNA:ta on osoitettu likvor-
ista mm. kahden viikon ikäiseltä oululaiselta lapselta sekä
kolmevuotiaalta seinäjokelaiselta pojalta, joka oli kuumeinen
ja tajuton.

Yksi B-influenssa löytyi Turussa antigeenidetektioilla
kahdeksankuukautisen kuumeilijan imulimasta, joka oli
otettu 7.9. Tämä lienee kuitenkin yksittäistapaus.

Eräissä laboratorioissa on otettu käyttöön PCR-testi
Mycoplasma pneumoniae-diagnoositiikassa. Sen avulla on löy-
detty muutama mykoplasmainfektio, vaikka tällä hetkellä epi-
demio-logisesti näyttää olevan hiljainen kausi. Esimerkiksi
Helsingissä löytyi mykoplasma-DNA:ta kylkikipua potevan
nuoren naisen ysköksestä. Kuopiossa sitä löytyi nielunäyt-
teestä, jolloin diagnoosia tuki samanaikainen korkea
CF-tiitteri (1:256).

Nopeaa menetelmää mykoplasma-diagnostiikkaan on vuosi-
kausia kaivattukin. Aika ja kokemus osoittavat, onko
PCR tyydyttävä ratkaisu.

Marjaana Kleemola

(09) 4744 8310, marjaana.kleemola@ktl.fi

VIROLOGINEN RAPORTTI*

VIROLOGISK RAPPORT*	17.8.- 20.9.98	18.8.- 21.9.97	Kertymä 20.9.1998 Totalt	Kertymä 21.9.1997 Totalt
<i>Hepatitis A</i>	11	12	61	103
<i>Hepatitis B</i>	28	52	395	491
<i>Hepatitis C</i>	200	177	1 706	1 502
<i>Hepatitis D</i>	0	0	1	1
<i>Hepatitis E</i>	0	1	2	2
<i>Morbilli</i>	0	0	0	1
<i>Parotitis epidemica</i>	0	0	2	2
<i>Rubella</i>	0	0	1	2
<i>Adeno</i>	29	47	366	410
<i>Entero</i>	15	46	70	102
<i>Influenza A</i>	0	0	1 088	412
<i>Influenza B</i>	1	0	14	291
<i>Parainfluenza</i>	17	5	159	215
<i>Parvo</i>	11	1	78	38
<i>Puumala (Myyräkuumevirus)</i>	122	89	557	450
<i>Respiratory syncytial virus</i>	8	49	798	701
<i>Corona</i>	0	0	0	7
<i>Rota</i>	4	6	479	414
<i>Sindbis (Pogosta)</i>	86	161	91	168
<i>Tick-born encephalitis</i>	7	5	12	12
<i>Dengue</i>	0	0	10	2
<i>Rhino</i>	7	3	27	38
<i>PPV</i>	0	0	5	17
<i>Astro</i>	0	..	8	..
<i>Calici</i>	5	..	123	..
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	14	85	131	157
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	16	14	127	127

* Tiedot löydöksistä on saatu seuraavilta laboratorioilta: HYKS-Diagnostiikka, Turun yliopiston
kliinisteoreettinen laitos (virusoppi), Kuopion yliopiston kliinisen mikrobiologian laitos,
Tampereen yliopistollisen sairaalan viruslaboratorio, Kansanterveyslaitos, Oulun yliopiston
mikrobiologian laitos, Medix, Jorvin sairaala, Yhtyneet Laboratoriot.
Luvut ovat epävirallisia, niistä ei ole voitu poistaa samasta potilaasta otettuja rinnakkaisnäytteitä.

EUROSURVEILLANCE- KATSAUS

EUROSURVEILLANCE NO 7, 1998
(HEINÄKUU)

Viral marker rates among unpaid blood
donors in Europe decreased from 1990
to 1996

Screening of viral markers for HIV, HBV
and HCV infections in blood donors
in France and residual risk of viral
transmission by blood transfusion

Establishing a European network for
the diagnosis of "imported" viral diseases
(ENIVD)

EUROSURVEILLANCE NO 8/9, 1998
(ELO-SYYSKUU)

Outbreak of trichinellosis
in the Midi-Pyre ne'es region of France,
January-March 1998

Human outbreak of trichinellosis
associated with the consumption
of horse meat in Italy

History of trichinellosis outbreaks linked
to horse meat consumption, 1975-1998
Trichinellosis associated with horse meat
consumption: European regulations
and risk management

Lehden heinäkuun numeron kaksi
ensimmäistä artikkelia käsittelevät veren-
siirtoon liittyvää problematiikkaa. Vuosilta
1990-96 on valmistunut yhteiseurooppalai-
nen retrospektiivinen selvitys HIV-infekti-
on sekä hepatiitti B:n ja C:n esiintymisestä
säännöllisesti verta luovuttavilla ja ensi-
kertaa luovuttavilla maissa, joissa veren-
luovutuksesta ei makseta palkkiota. Aineis-
to sisälsi yhteensä noin 50 miljoonaa veri-
tai plasmaluovutusta. Kummassakin ryh-
mässä todettiin seroprevalenssien olevan
matalat ja seurantavuosina laskusuuntai-
set. Vuonna 1996 oli anti-HIV 1+2 positiivi-
sia ensiluovuttajissa 4,56/100 000 ja sään-
nöllisesti luovuttavissa 0,56/100 000, anti-
HCV-positiivisia vastaavasti 87,95/100 000
ja 3,9/100 000, HBsAg-positiivisia ensilu-
vutuksia 73,99/100 000 ja 1,66/100 000.

Saman lehden toisessa artikkelissa
kerrotaan Ranskan tuloksista, kun siellä

on seurattu em. virusinfektioiden seropre-
valenssia ja sen muutoksia verenluovuttajil-
la. Samalla on pyritty arvioimaan verensiir-
toon liittyvä riski saada jokin näistä infekti-
oista ottaen huomioon uudelleenluovuttaji-
en serokonversioluvut aikajaksolla 1994-96
ja jokaisen infektion suhteen ns. katvevaihe
(aikajakso infektiosta serokonversioon).
Riski saada HIV-infektio oli tämän mukaan
yksi miljoonasta, C-hepatiitti 1:200 000:sta
ja B-hepatiitti 1:180 000:sta.

Suomessa todetaan vuosittain 1-2
verensiirtohepatiittia. Viimeisin verituo-
teesta Suomessa saatu HIV-tartunta on
vuodelta 1985. □

Clara Wilkman, KTL

(09) 4744 8557, clara.wilkman@ktl.fi

EUROSURVEILLANCE
<http://www.ceses.org/eurosurv>

EUROSURVEILLANCE
WEEKLY
<http://www.eurosurv.org/main.htm>

YERSINIA PSEUDO-TUBERCULOSIS AIHEUTTI KOULUSSA VATSATAUTI-EPIDEMIAN – SYY EI PALJASTUNUT

Vajaa viidennes määntäläisen koulun 300:sta oppilaasta ja muutama opettaja sairastui *Yersinia pseudotuberculosis* serotyyppi 3:n aiheuttamaan epidemiaan syyskuun alussa. Suomessa bakteeri on aikaisemminkin aiheuttanut muutamien epidemian. Taudinkuva on joskus raju ja voi johtaa aiheuttamaan umpilisäkkeen poistoon.

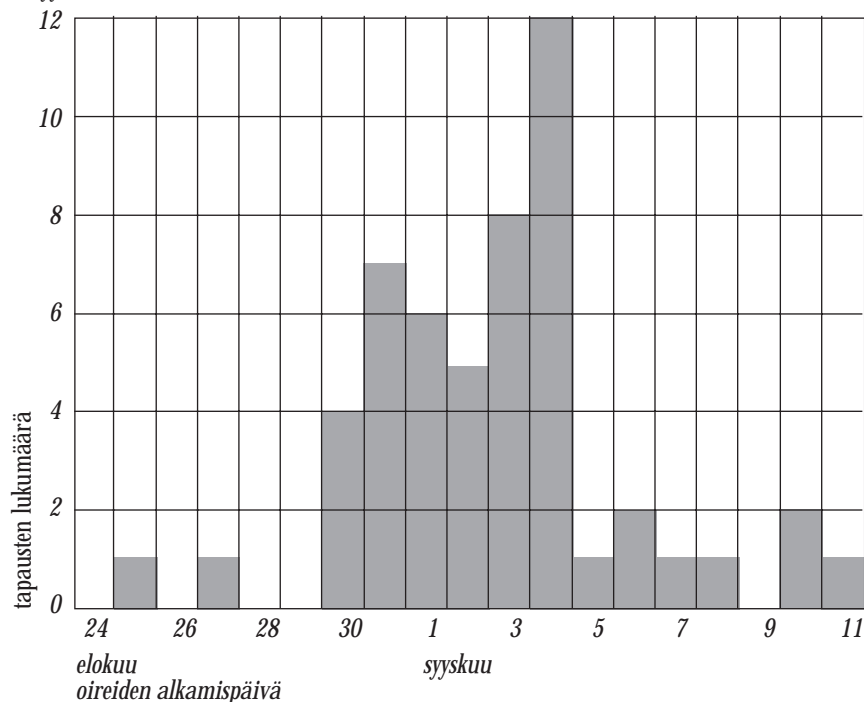
Yersinia pseudotuberculosis aiheuttaa taudinkuvan, jolle tulehtunutta umpilisäketä muistuttavat vatsakivut ovat tyypillisiä. Lämmön nousu liittyy yleensä vatsakipuuihin. Jälkitaudit ovat tavallisia. Potilaat ovat pääosin lapsia ja infektiot ovat esiintyneet useissa maissa, mm. Japanissa, koulu-epidemioina. Monet villieläimet kuten jänikset, hiiret ja linnut voivat olla oireettomia suolistokantajia. Kotieläimistä kantajuutta on todettu ainakin sioilla ja kissoilla.

Eläinten ulosteista bakteerit joutuvat maahan ja vesistöihin. Ihmisiin tartunta etenee useimmiten ruuan tai epäpuhtaan veden välityksellä. Vaikka tautia tavataan kautta maapallon, se on yleisempi pohjoisen pallonpuoliskon lauhkeilla alueilla Kanadassa, Skandinaviassa, Venäjällä ja Japanissa. Suomessa on aikaisemmin kuvattu kolme epidemiaa: Turussa talvella 1987 (aiheuttaja serotyyppi 1a) ja samoin Turussa 1992 (aiheuttaja serotyyppi 3) sekä Pirkkalassa syksyllä 1997 (aiheuttaja serotyyppi 3).

Perjantaina 4. syyskuuta 1998 kiinnitettiin Mäntän terveyskeskuksessa huomiota siihen, että huomattavan paljon lapsia kävi päivystysvastaanotolla vatsakipujen ja kuumeen vuoksi. He olivat kaikki Mäntän Savosenmäen koulun oppilaita. Epäily elintarvike- tai vesiperäisestä epidemiasta heräsi ja terveystarkastaja kävi koululla ottamassa elintarvikenäytteet jäljellä olevista ruoka-aineista sekä vedestä. Oireilvalta lapsilta otettiin myös uloste- ja vatsakivut.

Savosenmäen koulussa on ala-aste ja sen yhteydessä toimiva esikoulu. Ruoka valmistetaan koulun keittiössä, mistä sitä viedään myös samalla alueella toimivaan pieneen 16 kehitysvammaisen oppilaan Mäntänvuoren kouluun. Savosenmäen koulu oli aloittanut syyslukukautensa 13. elokuuta yhdeksän kuukautta kestäneen perusteellisen remontin jälkeen. Tarkastuskäynnin yhteydessä keittiö ja elintarvikkeiden säilytystilat olivat moitteettomassa kunnossa, eikä ruoan valmistusprosessissa tullut esille puutteita.

Vatsatautitapaukset Savosenmäen koulussa, elokuusta syyskuu 1998



RUOKANÄYTTEITÄ VAIN VÄHÄN

Ainoastaan edellisen päivän, torstain 3. syyskuuta ruoka-aineita (karjalanpaisti, keitetyt perunat ja kiinankaali) oli jäljellä. Kaikki elintarvikenäytteet ja vesinäyte olivat Jyväskylän ympäristölaboratorion mukaan mikrobiologisesti moitteettomat. Ulostenäytteet tutkittiin TaYS:n mikrobiologisessa laboratoriossa ja kahdeksalta oireilvalta löytyi *Yersinia pseudotuberculosis* serotyyppi 3 joko tavallisessa viljelyssä tai kylmärikastuksessa.

Savosenmäen koulun tilastojen perusteella oppilaiden poissaolot olivat lisääntyneet jo viikon 36 alussa eli 31. elokuuta alkaen, poissaolohuipun osuessa perjantain 4. syyskuuta. Jaksolla 24.8.–11.9. koulusta poissaolleilta oppilailta kerättiin rivilistauksella tiedot oireista ja niiden alkamispäivästä. Vastaukset saatiin 65 oppilaasta. Heidän oireensa olivat seuraavat:

Oire	Lukumäärä	(%)
Vatsakivut	49/65	75
Ripuli	8/65	12
Kuume	64/65	98

Seitsemällä oppilaalla (11 %) oli ollut päänsärkyä ja kahdella (3 %) kyhmyruusu, 12 lasta (18 %) oli ollut sairaalahoitossa tai käynyt sairaalassa, kolmelta lapselta oli leikattu umpilisäke.

Tapaukseksi määriteltiin lapsi, joka oli ollut poissa koulusta jaksolla 24.8.–11.9.1998 ja jolla oli ollut vatsakipuja ja kuumetta. Lisäksi tapausmäärittelmään sisällytettiin neljä lasta, joiden uloste- ja vatsakivut olivat positiiviset *Yersinia pseudotuberculosis* serotyyppi 3:lle. Tapausmäärittelmän kriteerit täytti 53 lasta, joiden iän keskiarvo oli 9,2 vuotta (vaihteluväli 5–12 vuotta, mediaani 10 vuotta).

Sairastumistaajuus sukupuolen ja iän mukaan oli seuraava:

	Sairastuneet	Koko koulu	Sairastumistaajuus, Attackrate (%)
Tyttöjä	30	158	19
Poikia	23	147	16
<9 v.	22	93	24
≥9 v.	31	211	15
Yhteensä	53	304	17

Eri luokkien sairastumistaajuudet vaihtelivat 4–41 prosentin välillä. Oppilaat syövät koulussa kahdessa eri vuorossa, mutta selkeää eroa sairastumistaajuudessa näiden eri ruokailuvuorojen välillä ei todettu.

Sairastumisaikojen perusteella laadittu epidemiakuvan ja *Yersinia pseudotuberculosis* itämisaajan (3–7 vrk) perusteella on todennäköistä, että tartunta on tapahtunut muutamana viikonloppuna 22.–23.8 edeltävänä tai seuraavana päivänä. On myös mahdollista, että tartunta on tapahtunut useana eri päivänä. Todennäköisin tartunnanlähde on ruoka, mutta käytettävissä olevien tietojen perusteella ei pystytä osoittamaan yhteyttä yksittäiseen ruoka-aineeseen. Ruoka-aineisiin kohdistuvaan kyselytutkimukseen ei katsottu olevan edellytyksiä, koska tartunnasta oli jo kulunut viikkoja ja näin pienten lasten kyseessä ollessa luotettavien altistumistietojen saaminen on epätodennäköistä. □

Clara Wilkman, KTL
(09) 4744 8557, clara.wilkman@ktl.fi

Pekka Nuorti, KTL,
Matti Jähkölä, KTL



TARTTUVA TAUDEIT LEVIÄVÄT RUISKUHUUMEIDEN MUKANA

Monet mikrobit leviävät ruiskutettavien huumeiden välityksellä. Ensijainen syy on, että useat huumeiden käyttäjät käyttävät samoja ruiskuja ja neuloja. Tois-sijaisesti asiaan vaikuttavat puhtaiden välineiden huono saatavuus ja tietojen puute tartunnoista. Parhaiten tunnetaan virusten aiheuttamat maksatulehdukset ja HIV, mutta myös bakteeri-infektiot aiheuttavat merkittävää sairastavuutta mm. laskimotulehduksia.

Kroonistuessaan tartunnat lisäävät huumeidenkäyttäjien muutoinkin korkeaa kuolevuutta. Kroonisten hepatiitti C (HCV) ja hepatiitti B (HBV) -virusinfektioiden tiedetään lisäävän pysyvän maksavaurion riskiä jopa kymmenien vuosien kuluttua. HBV ja HIV voivat levitä muuhun väestöön seksitartuntojen kautta. Koska ruisku-huumeiden käyttäjiä on maassamme tuhansia – kymmeniä tuhansia, niihin liittyvien infektioiden kansanterveydellinen merkitys on melkoinen. Tehokkain tapa ongelman hoitamiseksi on valistus, jonka erityisenä kohderyhmänä tulisi olla nuoret. Myös huumeiden käyttäjiin suunnattu valistus ja neuvonta vähentävät tartuntojen leviämistä.

EPIDEMIA TILANTEEN VAKAVUUDEN

Vuonna 1994 lähinnä Helsingin alueella havaittiin laaja hepatiitti A -epidemia, johon sairastuneet olivat lähinnä aikuisia. Epidemian syyksi osoittautui ulosteen saastuttama amfetamiinierä, jota huumeiden käyttäjät käyttivät kuukausien ajan. Hepatiitti A -virus on fyysikaalisesti kestävä ja tämä selittää epidemian pitkän keston. Epidemian seurauksena myös suuri joukko huumeidenkäyttäjien lähikontakteja sai tartunnan. Epidemia paljasti, että ruiskutettavien huumeiden käyttö oli laajalle levinnyttä ja siihen liittyi ilmeinen tartunnan vaara.

Kahden seuraavan vuoden aikana hepatiitti B -virus puolestaan aiheutti useassa suurehkoissa kaupungeissa paikallisia epidemioita, joissa sairastuneet olivat nuoria huumeiden käyttäjiä. Ikävänä jälkiseurauksena alle 20-vuotiaiden tyttöjen sairastavuus HBV-infektioon lisääntyi selvästi ilmeisesti ainakin osittain seksitartuntojen kautta.

HCV-infektiot ovat tavallisia ruisku-huumeiden käyttäjillä. Muista maista saadut tiedot viittaavat siihen, että huumeiden käytön aloittamisesta parin vuoden kuluessa sen on yleensä saanut. Suomessa eräissä aineistoissa käyttäjistä jopa 80 prosenttia on viruksen kantajia, matalimmat luvut ovat aineistosta riippuen hieman alle 50 prosenttia.

HARVOIN HIV

HIV-tartunnat ovat meillä tässä ryhmässä ilmeisesti melko harvinaisia. Tartunnoista alle neljä prosenttia ilmoitetaan olevan yhteydessä huumeiden käyttöön ja tätä tukevat HIV-positiivisilla tehdyt tutkimukset, joiden mukaan alle kymmenen prosenttia HIV-positiivisista on HCV-vasta-ainepositiivisia. Ruotsissa nykyinen huumeidenkäyttäjien HIV-sairastavuus on suunnilleen samaa luokkaa kuin Suomessa, mutta 1980-luvulla siellä esiintyi laajoja epidemioita, joiden seurauksena Ruotsin huumeidenkäyttäjien joukossa on edelleen enemmän HIV-positiivisia kuin Suomessa. Eräissä maissa jopa yli puolet kaikista huumeiden käyttäjistä on HIV-positiivisia.

ONGELMAN LAAJUUS

Suomessa on viimeisten vuosien aikana ilmoitettu tartuntatautirekisteriin lähes 2 000 HCV-tartuntaa vuosittain. Valtaosa on nuoria aikuisia, mikä viittaa siihen, että suurin osa tartunnoista on peräisin viime vuosilta. Kaikkiaan HCV-tartunnan kantajia on Suomessa arviolta 5–10 000. Kerätyt taustatiedot viittaavat siihen, että HCV-tartunnan kantajilla muut syyt kuin ruiskutettavien huumeiden käyttö ovat harvinaisia. HCV-tartunnan kantajista ainakin puolet on sairastanut myös HBV-tartunnan. HBV- ja HCV-tartunnoista voi seuraavina vuosikymmeninä aiheutua varsin merkittävä kustannus maamme terveydenhuollolle (Kansanterveys 1/98).

MITEN TARTUNNAT VOIDAAN EHKÄISTÄ?

Käytettävissä on vain vähän todella tehoavia keinoja. KTL uudistaa parhaillaan suosituksiaan HBV-rokotteen käytöstä. Maksuttomien HBV-rokotusten käyttöä pyritään lisäämään erityisesti huumeidenkäyttäjille ja heidän lähiomaisilleen.

HCV-infektion torjumiseen ei rokotetta ole. Ainoa mahdollisuus on vaikuttaa terveyskasvatukseen keinoin. Tartuntojen vähentämiseksi tarvitaan tietoa, asenteita ja välineitä. Yleisellä tiedottamisella ja valistamisella saadaan kyllä jonkin verran vaikutusta, mutta toiminta on tärkeää suunnata myös suoraan riskiryhmiin. Useat tutkimukset ovat yksiselitteisesti osoittaneet, että huumeiden käyttäjille suunnattu valistus ja terveyskasvatus johtavat nopeasti tulokseen ja että tartuntojen määrä vähenee. Neulojen ja ruiskujen vaihto palvelevat kontaktin saamista, mutta auttavat myös keräämään käytetyt välineet pois "kierrosta".

Huumeiden käyttäjiin tehoavan terveyskasvatukseen toteuttaminen ei ole yksinkertaista. Parhaiten siinä onnistuvat tähän käyttäjäryhmään erikoistuneet tiimit, joissa voidaan yhdistää lääketieteellinen ja psykososiaalinen tuki. Usein vertaiskouluttajat, kuten entiset huumeiden käyttäjät, ovat arvokkaita tiimien jäseniä. Vankiloissa sekä tartuntojen kantajia että uusia tartuntoja on paljon. Niissä puhtaiden välineiden hankkiminen saattaa olla vaikeaa eikä asenteiden muuttamiseen aina tahdo olla edellytyksiä.

Vankiloissakin vertaiskouluttajat, entiset vangit, saattaisivat olla hyödyllisiä ja löytää oikeat keinot.

NUORISOON VAIKUTTAMINEN

Valistuksen kannalta ongelmallisimpia ovat nuoret, jotka yleensä kyllä tietävät riskit ja ymmärtävät varotoimien merkityksen, mutta jotka kokeilussaan joutuvat uuteen tilanteeseen eivätkä kykene siinä toimimaan järkevasti. Miten toteuttaa heihin suunnattu valistus?

Huumeiden käyttöön liittyvien infektiotilanteiden korostaminen saattaa kohdata vastustusta siksi, että sen arvellaan hämärtävän sitä valistus- ja kasvatusyötä, joka tähtää huumeiden käytön vähentämiseen ja lopettamiseen. Puheet tartuntojen torjunnasta nähdään osana "harm-reduction"-politiikkaa, joka korostaa enemmänkin huumeiden käytöstä aiheutuvien haittojen kuin itse huumeiden käytön torjuntaa. On luonnollista, että huumeiden käyttöä on kaikin tavoin pyrittävä torjumaan, mutta viimeiset viisi vuotta ovat osoittaneet, ettei tässä ole kovin hyvin onnistuttu. Lisäksi markkinoille on jatkuvasti työntymässä yhä uusia psykyen kautta vaikuttavia aineita, joita kulkeutuu myös Suomeen. Huumaavien aineiden liikumisen estämiseen pyrkivien toimenpiteiden rinnalle tarvitaan terveyskasvatusta, jonka tavoitteena on itsetunnon vahva nuori, että hän pystyy eri tilanteissa punnitsemaan oikein huumeiden käytön hyvät ja huonot puolet ja myös mahdollisessa kokeilutilanteessa toimimaan niin, ettei saa kokeilusta elinikäistä ruumiinvammaa kroonisen virus-sairauden muodossa. □

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



HELSINGISSÄ TUOREITA HIV-TARTUNTOJA RUISKUHUUMEITA KÄYTTÄNEILLÄ

Kesällä Helsingissä todettiin kaksi tuoretta HIV-tartuntaa, joissa virus oli tarttunut ruisku-huumeiden välityksellä. Pian todettiin kolme lisää. Tartunnat olivat Helsingissä huumeita käyttäneillä henkilöillä, joista yksi oli muuttanut muualle Suomeen. Kuluneen 15 vuoden aikana tätä ennen on raportoitu vain kaksi Suomessa ruisku-huumeiden välityksellä saatua HIV-tartuntaa.

Suomessa elokuun loppuun mennessä todetuista 911 HIV-tartunnasta 32 on saatu ruisku-huumeiden käytön yhteydessä. Kolmasosa tartunnan saaneista on naisia. Eniten ruisku-huumeetartuntoja on saatu Ruotsissa (7 tartuntaa), Espanjassa (5 tartuntaa) ja Italiassa (3 tartuntaa). Suomessa ruisku-huumeetartuntojen osuus todetuista

HIV-tartunnoista on maailman pienimpiä, mutta nyt todetut tartunnat osoittavat, että myös Suomessa tilanne saattaa huonontua nopeasti. Näin myös seksitartuntojen ja HI-virukselle altistuneiden lasten määrä voi lisääntyä.

Maailmanlaajuisesti HI-viruksen ruisku-huumeetartunnat lisääntyvät muita tartuntatapoja nopeammin. Ne ovat monin paikoin seksitartuntoja yleisempiä. Ruiskuuhumeiden käyttöön liittyvä injektiovälineiden yhteiskäyttö mahdollistaa HI-viruksen nopean leviämisen, kun tartunnan saaneen henkilön veri kulkeutuu seuraavan pistäjän elimistöön. HI-viruksen leviämisenopeus narkomaaniryhmissä riippuukin pääasiassa yhteisten välineiden käytön ja puhdistamisen yleisyydestä.

YHTEISTEN RUISKUJEN KÄYTTÖ YLEISTÄ MYÖS SUOMESSA

Ruiskuuhumeiden käyttäjien välineiden yhteiskäyttöä ja puhdistamista on tutkittu Helsingissä narkomaanien terveysneuvontapiste Vinkissä. Vuonna 1997 Vinkissä asioineesta 508 narkomaanista 131 osallistui haastattelututkimukseen. Heistä puolet oli aloittanut ruiskuuhumeiden käytön alle 18-vuotiaana (vaihteluväli 12–53 vuotta). He pistivät päivittäin keskimäärin neljä kertaa. Samaa neulaa he käyttivät keskimäärin seitsemän kertaa. Omia ruiskuja ja neuloja oli lainannut muille 75 prosenttia. Omasta ruiskusta ainetta toisen ruiskuun tai toisen ruiskusta omaan oli jakanut 54 prosenttia.

KAUPALLISTEN PISTOPAikkojen VÄHÄISYYS SUOJANNUT SUOMALAISIA

Monissa maissa ruiskuuhumeiden käyttöön liittyvät kaupalliset pistopaikat (shooting galleryt). Niissä huumeiden myyjät sekoittavat huumetta isommissa erissä käyttöä varten ja myyvät sitä annoksittain. Huumeen pistämiseen käytetään usein yhteistä ruiskua ja neulaa. Samaa käyttöliuosta, puhdistamatonta neulaa ja ruiskua saattaa käyttää jopa 50 narkomaania, joten HIV-tartunnat ovat tavallisia.

Suomessa ruiskuuhumeita on käytetty toistaiseksi pienehköissä ryhmissä. Ryhmässä pistäminen tapahtuu usein jonkun käyttäjän asunnossa (ns. "luukussa"), johon käyttäjät tuovat itse huumeen ja välineitä. Ruiskuuhumeita kokeilevien ja käytön juuri aloittaneiden tilanne on myös Suomessa hankala. Huumetta kauppaava välittäjä hoitaa usein huumeen luottotamisen ja pistämisen, jolloin usein nuori kokeilija on välittäjän armoilla. Käytön alussa välittäjä tai kokenempi narkomaani voi hoitaa valmistelut ja pistämisen pitkänkin aikaa.

ITSE TEHDYT PISTOSVÄLINEET LISÄÄVÄT TARTUNTARISKIÄ

Jos injektiovälineiden hankkiminen on vaikeaa, narkomaanit rakentavat niitä itse. Ruiskuna voi toimia silmätipppapullo tai muoviputken pala. Itse tehtyjen välineiden puhdistaminen ja sterilointi on usein mah-

dotonta, jolloin niihin liittyy erityisen suuri tartuntariski.

VIRUS VOI LYMYTÄ MYÖS HUUMEESSA

Huumausaineen käsittely voi sisältää vaihteita, joissa sitä käsitellään verellä. Mikäli se on HIV-tartunnan saaneen henkilön verta, huumeeseen joutuu virusta. Tällaiset käsittelyt ovat harvinaisia, mutta ikävän tehokkaita levittämään HI-virusta kuten Kaliningradin HIV-epidemia osoitti (Kansanterveys 5/97).

Joissain tilanteissa huumausainetta kauppaavat haluavat varmistua myymänsä huumeen tehosta. Tällöin välittäjät käyttävät ns. "orjia" kokeilemaan huumausaineen laatua. Palkkioksi kokeilusta henkilö saa pistoksen jälkeen ruiskuunsa annoksen huumetta. Jos hänellä on HIV-tartunta, saattaa käyttökuntoon laimennettu huume-erä saastua viruksella.

MONET HAASTEET

Matemaattisten mallien mukaan HIV-tartunnan yleistymisen narkomaanien keskuudessa 10 prosentin tuntumaan johtaa suurella todennäköisyydellä siihen, että 40–50 prosenttia ruiskuuhumeiden käyttäjistä saa muutaman vuoden kuluessa HIV-tartunnan. Kokemusten mukaan HIV-tartuntojen leviämistä voidaan hidastaa tehokkaasti mikäli ehkäisytöimet aloitetaan ennen kuin viisi prosenttia käyttäjistä on saanut tartunnan. Suomessa on vielä mahdollisuus tähän.

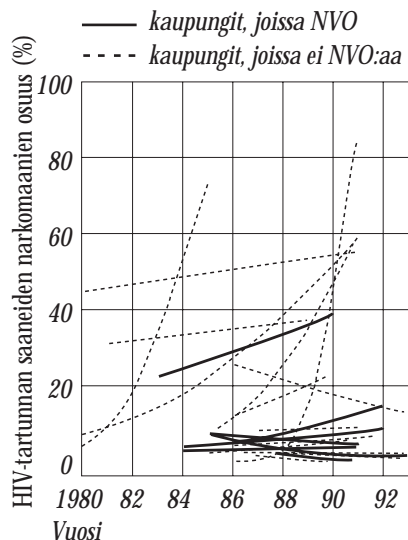
Ruiskuuhumeiden käyttöön liittyvät HIV-tartunnat voi parhaiten välttää lopettamalla huumeiden käytön. Monissa maissa narkomaanien HIV-epidemiaat ovat edesautaneet vieroitushoitojen kehittelyä ja parantaneet niiden saatavuutta. Tehokkaasta ja helposti saatavasta vieroitushoidosta huolimatta osa käyttäjistä ei halua tai pysty lopettamaan ruiskuuhumeiden käyttöä. Heitä opastamalla välineiden yhteiskäyttöä voidaan vähentää ja opettaa tehokkaita puhdistusmenetelmiä.

Tuoreet tutkimukset ruiskuuhumeiden käyttöön liittyvien HIV-tartuntojen ehkäisytöistä ovat osoittaneet, että onnistuneilla torjuntatoimilla on ollut yhteisiä piirteitä. Näihin on liittynyt aina etsivä kenttätyö tai vertaiskouluttajat, joiden avulla käyttäjiä on tavoitettu paremmin. Onnistuneisiin torjuntatoimiin on kuulunut myös puhtaiden ja turvallisten injektiovälineiden saanti joko apteekkien tai vaihto-ohjelmien avulla. Kolmas yhteinen tekijä on ollut torjuntatoimien aloittaminen ennen ruiskuuhumeita käyttävien HIV-tartuntojen yleistymistä.

RUISKUJEN JA NEULOJEN APTEEKKIMYYNTI

Apteekki apteekit päättävät itse myyvätkö ne injektiovälineitä narkomaaneille. Syyskuussa pääkaupunkiseudulla tehdyn selvityksen mukaan enää kolmasosa helsinkiläisistä apteekeista myi niitä narkomaaneille. Käytäntö vaihteli kaupunginosittain. Eniten välineitä myyviä apteekkeja oli kantakaupungin, Töölön ja Munkkiniemen alueella. Itä- ja Pohjois-Helsingissä ruiskujen ja neulojen myynti oli harvinaista. Espoossa ja

Matemaattinen malli neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmien (NVO) vaikutuksesta HIV:n esiintyvyyteen ruiskuuhumeita käyttävillä. Malli perustuu 81 kaupungista kerättyihin tutkimustuloksiin.



Lähde: Lancet Vol 349, June 21, 1997:1799

Vantaalla myynti oli tavallisempaa – joka toinen apteekki myi narkomaaneille injektiovälineitä.

Syysyn aikana kaikki pääkaupunkiseudun apteekit osallistuvat myyntikäynnönsään riippumatta narkomaanien HIV-tartuntojen ehkäisytyöhön. Apteekit jakavat ruiskuja ja neuloja kyseleville narkomaaneille tiedotetta, jossa kerrotaan HIV-tartunnan mahdollisuudesta ja annetaan ohjeita tartuntojen välttämiseksi ja välineiden puhdistamiseksi.

VAIHTO-OHJELMILLA HYVIÄ TULOKSIA

Vaihto-ohjelmien yhteydessä huumeiden käyttäjät saavat puhtaita ruiskuja ja neuloja käytettyjä välineitä vastaan. Tämä vähentää HIV-tartuntojen leviämistä ja auttaa myös likaisten välineiden asianmukaisessa hävittämisessä ehkäisten niiden joutumista mm. ulkoilu- ja leikkipuistoihin. Kansainvälisissä tutkimuksissa neulojen ja ruiskujen vaihto-ohjelmien on osoitettu vähentävän uusien HIV-tartuntojen määrää. Vaihto-ohjelmien ei ole voitu todeta lisänneen ruiskuuhumeiden käyttöä. Päin vastoin, monin paikoin vaihto-ohjelmien on osoitettu lisänneen vieroitushoitoon hakeutuvien narkomaanien määrää.

Suomessa neulojen ja ruiskujen vaihto on toistaiseksi ollut mahdollista vain Helsingissä huhtikuusta 1997 ja Tampereella toukokuusta 1998 alkaen. Helsingissä narkomaanien terveysneuvontapiste Vinkissä vuonna 1997 käyneet 508 narkomaania vaihtoivat yli 30 000 neulaa ja ruiskua. Helmikuussa 1998 Vinkki avasi toisen toimipisteensä. Silti puhtaiden ruiskujen ja neulojen saatavuudessa on pääkaupunkiseudulla ja muualla Suomessa paljon parannettavaa. □

Pekka Holmström, KTL
(09) 4744 8673, pekka.holmstrom@ktl.fi

MIELIPITEITÄ



KOHTUULLINEN ALKOHOLIN KÄYTTÖ EDISTÄÄ TERVEYTTÄ

Kohtuullinen alkoholin käyttö ehkäisee eräitä sairauksia ja lisää elinikää.

Elinajan piteneminen johtuu pääasiassa sepelvaltimotaudin vähentymisestä.

Sairastuvuus diabetekseen, dementiaan ja eräisiin mielenterveyden häiriöihin näyttää myös vähentyvän.

Kohtuukäyttäjät kokee vointinsakin paremmaksi kuin raitis tai runsaasti juova.

Todisteet kohtuukäytön suojaavasta vaikutuksesta täyttävät hyvin kaikki epidemiologiset syy-yhteyden vaatimukset sepelvaltimotaudin osalta. On osoitettu, että syy edeltää seurausta. Yhteys on osoitettu yhtäpitävästi sekä maiden välisissä vertailuissa, tapaus-verrokkitutkimuksissa, seuranta-tutkimuksissa että eläinkokeissa hiirillä, rotilla ja apinoilla. Yhteys on todettu väestötutkimuksissa amerikkalaisilla, englantilaisilla, ranskalaisilla, italialaisilla, japanilaisilla, kiinalaisilla, ranskalaisilla, ruotsalaisilla, tanskalaisilla ja suomalaisilla. Suojaava vaikutus on voimakas. Se havaitaan, vaikka raittiiden joukkoon valikoituneet entiset alkoholin käyttäjät suljetaan pois. Se havaitaan, kun verrataan elinikäänsä raittiina olleita kohtuullisesti juoviin. Se havaitaan myös, kun verrataan nuikasti juovia säännöllisemmin kohtuutta noudattaviin. Syy-yhteyttä selittävistä biologisista mekanismeista tiedetään paljon. Alkoholilla on suotuisia vaikutuksia sekä kolesterolitasojen vaihteluun että veren hyytymistekijöihin, mutta toisaalta myös haitallinen verenpainetta nostava vaikutus. Kun käyttö on kohtuullista, suotuisat vaikutukset ovat voimakkaampia kuin verenpaineen nousu.

SYY-YHTEYS TODISTETTU

Syy-yhteys on todistettu niin hyvin kuin voi kohtuudella vaatia. Silti löytyy vielä henkilöitä, jotka eivät myönnä tätä todoksi. Ollakseen johdonmukaisia heidän olisi kiellettävä myös muut epidemiologisen tutkimuksen paljastamat syy-yhteydet, joista on samanlaiset todisteet. Heidän pitäisi siis myös sanoa, että alkoholi ei aiheuta maksakirroosia eikä liikenneonnettomuuksia, että tupakointi ei aiheuta keuhkosyöpää ja että liikunta ei ole terveellistä. Epidemiologisen tutkimuksen tulosten kieltäminen on mielestäni kansan terveyttä heikentävää ajattelua.

Epidemiologinen tieto sanoo, että alkoholin kohtuukäyttö on terveellistä ja että runsas alkoholin käyttö on epäterveellistä. Tämä on yleinen lainalaisuus. Siitä on toki

poikkeuksia, ihan samalla tavalla kun yleiset ravintosuosituksensa eivät sovi kaikille, esimerkiksi yliherkille tai allergisille. Raittius on kohtuujoumista parempi vaihtoehto autoilijoille, muissa tarkkuutta vaativissa tehtävissä toimiville, niille henkilöille, jotka eivät kykene pitämään kohtuulliseen määrään ja niille, joiden sairaus pahenee pienestäkin alkoholin käytöstä. Lasta odottaville äideille suositellaan raittiutta lapsen edun vuoksi, koska haitattoman juomisen ylärajaa ei tunneta kovin tarkasti. Muutoin malja tai pari on terveydeksi. □

*Kari Poikolainen,
Järvenpään sosiaalisairaala
(09) 291 5400, kari.poikolainen@sci.fi*

Kirjallisuutta:

*Chick J.
Alcohol, health and the heart:
implications for clinicians.
Alcohol and Alcoholism 1998;33:1-16.*

*Poikolainen K.
The effects of alcohol on health.
Bulletin de l'O.I.V. 1997;70:860-879.*



ALKOHOLIA, TERVEYDEKSIKÖ ?

Useissa epidemiologisissa tutkimuksissa on kiistatta osoitettu, että riippuvuus-suhde alkoholin kulutuksen ja kuolleisuuden välillä on U-kirjaimen muotoinen. Kohtuullisen alkoholin käytön suojaavasta vaikutuksesta erityisesti sepelvaltimotaudin osalta on paljon näyttöä. Syy-yhteys näyttää ilmeiseltä, kuitenkin ei ole pystytty selvittämään, onko kysymys alkoholista itsestään vaiko elämäntavoista, koulutuksesta, ravintotekijöistä tai muista taustatekijöistä. Ehkä epidemiologien olisi hyvä pitää mielessä ennen lopullisia johtopäätöksiään varoittava esimerkki beeta-karoteenista, osoittihan epidemiologinen tutkimus, että beetakaroteenilla olisi syövältä suojaavaa vaikutusta, totuus lienee kuitenkin jotain muuta.

Julistettaessa kohtuullisen alkoholin käytön terveydellisyttä olisi ennen kaikkea pidettävä mielessä, että alkoholin käyttäjä on aina yksilö, eikä suuri joukko ihmisiä. Yksilötasolla asian arvioiminen onkin jo paljon vaikeampaa. Useissa maissa on tehty erilaisia yrityksiä "virallisen" suosituksen antamisesta ja siitä minkälainen alkoholin käyttö edistäisi terveyttä ja suojaisi ennen kaikkea sydän- ja verisuonitautien synnyltä.

Viimeksi tässä ovat kunnostautuneet ruotsalaiset. Ruotsin lääkintöhallitus on järjestänyt äskettäin asiantuntijakokouksen, jonka tarkoituksena on ollut arvioida ja kirjoittaa loppuraportti aiheesta "Risk and Protective Effects of Alcohol on the Individual". Kyseisen kokouksen tulokset ilmestyvät seuraavassa Alcoholism: Clin. Exp. Res. lehdessä. Lehden yhteen-

veto-osassa on taulukko, jossa on arvioitu yksilötasolla alkoholin vaikutusta niin sikiönkehityksen, väkivallan, onnettomuukseen, syövän, mielenterveyden, itsemurhien, neurologisten sairauksien kuin sydän- ja verisuonitautien osalta. Kaikkien tekijöiden osalta todettiin, että vaikutus yksilön kannalta on vahingollinen ja että ainoastaan yli 50-vuotiailla saattaa kohtuullisella alkoholin käytöllä olla sydän- ja verisuonitaudeilta suojaavaa vaikutusta.

Toinen vaikea kysymys liittyy siihen, mikä on kohtuullista alkoholin käyttöä ja pystytäänkö kohtuullisen alkoholin käytön rajaa soveltamaan yksilötasolle. Jos "terveellinen alkoholin käyttö" on 1-3 päivittäistä annosta, on hyvä muistaa, että riskikulutuksen alaraja on joissakin tutkimuksissa todettu kahdeksi päivittäiseksi annokseksi (Anderson, 1993). Lisäksi "terveellisen" alkoholin käytön tulisi jakautua tasaisesti koko päivälle, voidaankin kysyä, kuinka moni tähän pystyy ja kuinka moni ymmärtää "suosituksen" olevan 1-3 palkua yömyssyksi.

Selvää yksilöllistä kynnyksiarvoa "turvaliselle" ja haitalliselle alkoholin kulutukselle ei ole olemassa ja siksi "terveellisestä" alkoholin kulutuksesta ei voitane antaa yleistä suositusta. □

*Hannu Alho, KTL
(09) 133 3339, hannu.alho@ktl.fi*

Kalervo Kiiänmaa, KTL

Mikko Salaspuro, HYKS

Kirjallisuus:

*Anderson P. ym.,
Addiction 88:1493-1508, 1993*

*Allenbeck P. & Rydberg U,
Alcoholism Clin. Exp. Res. 22(6):00-00, 1998.*

III VALTA-
KUNNALLISET
KANSANTERVEYS-
PÄIVÄT
3.-4. 11. 1998

**Helsinki,
Marina Congress Center**

Vielä ehtii ilmoittautua.

Yhteydenotot:
Marketta Taimi,
Puhelin (09) 4744 8621
tai marketta.taimi@ktl.fi

Ohjelma löytyy myös osoitteesta
<http://www.ktl.fi>

TARTUNTATAUTIEN NEUVOTTELUKUNNAN KOKOUS 2.9.1998

Tartuntatauti neuvottelukunta kokoontui nykyisessä kokoonpanossaan viimeisen kerran; valtioneuvosto tulee asettamaan seuraavan neuvottelukunnan jälleen kolmivuotiskaudeksi.

Neuvottelukunta käsitteli ehdotusta tartuntatautilain muutokseksi, jolla pyritään parantamaan mahdollisuuksia sairaalainfektioiden torjuntaan. Laboratorioille tulisi ilmoitusvelvollisuus lääkkeille vastustuskykyisten mikrobin toteamisesta, ja Kansanterveyslaitos oikeutettaisiin pitämään henkilötietoja sisältävää rekisteriä niiden kantajista. Tietoja olisi epidemiatilanteissa mahdollista luovuttaa terveydenhuollon yksiköille. Neuvottelukunta piti ehdotusta oikeasuuntaisena ja päätti suositella sen jatkotyöstämistä erityisesti tiedon kulkua, tietojen luovuttamista, rekisteristä poistamista ja yksilön tietosuojaa koskevilta osin, jatkotyö tapahtuu yhteistyössä tietosuojavaltuutetun toimiston kanssa. Toisena muutoksena olisi prionitautien ottaminen tartuntatautilain piiriin, jolloin nv. Creutzfeldt-Jakobin tauti voitaisiin määrätä ilmoitettavaksi.

Neuvottelukunta käsitteli lisäksi luonnosta Kansanterveyslaitoksen uudistetuksi suositukseksi hepatiitti B-rokotuksista. Suurin yksittäinen muutos suosituksen sisällössä on nykyisen työterveydenhuollon lainsäädännön mukainen linjaus työnantajan velvollisuudesta huolehtia niiden työntekijäryhmien rokotuskustannuksista, joille työterveydenhuolto katsoo rokotukset tarpeellisiksi. □

*Merja Saarinen, STM
(09) 1604030,*

merja.saarinen@stm.vn.mailnet.fi

XI VALTAKUNNALLISET TARTUNTATAUTIPÄIVÄT 16.-17.11.1998

Marina Congress Center, Helsinki

Järjestäjät: STM, KTL, Hengitys ja Terveys ry
Osallistumismaksu: 850 mk, sisältää ruokailut

Yleisluennot:

- Influenssan uhkakuvia
- Infektioalan henkilökunnan koulutus ja tarve
- Rokotusten haittavaikutukset
- Terveydenhuoltohenkilöstön infektioriskit
- Diabeetikkojen jalkainfektiot
- Infektioaläkeneuvonta apteekissa
- Verenvuotokuumeiden uudet uhkakuvat
- C-vitamiini ja infektiot

Ilmoittautuminen:

Hengitys ja Terveys ry, fax (09) 4542 1210, 30.10.1998 mennessä

Tiedustelut:

Viveca Bergman, Hengitys ja Terveys ry,
puhelin (09) 4542 1296, fax (09) 4542 1210, viveca.bergman@filha.fi

Sektiot:

- Laboratoriotutkimusten tulkinta
- Päiväkotiepidemiat
- Hepatiitit
- Miten estetään resistenttien bakteerien leviäminen
- Kertakäyttötuotteiden uudelleenkäyttö
- Infektiot ja ateroskleroosi

HEPATIITTIPÄIVÄ 4.12.1998

Dipoli, Espoo

Koulutustilaisuus on hyväksytty erikoistumiskoulutukseksi seuraaville erikoisaloille: anesthesiologia, iho- ja sukupuolitaudit, kirurgia, gastroenterologia (kirurgia), kliininen mikrobiologia, sisätaudit, gastroenterologia (sisätaudit), infektiosairaudet, yleislääketiede
Osallistumismaksu: 400 mk, sisältää ruokailut

Aiheina:

- C-hepatiitin epidemiologia
- C-hepatiitin diagnostiikka
- C-hepatiitin kliininen kuva ja ennuste
- B-hepatiitin epidemiologia
- B-hepatiitin diagnosoiminen ja taudinkuva
- B-hepatiittitartuntojen ehkäisy
- B-hepatiitin hoito ja ennuste
- B-hepatiittipotilaan ohjaus
- A-hepatiitin epidemiologian uudet ulottuvuudet
- A-hepatiitin immunoprofylaksi

Ilmoittautuminen 2.11.1998 mennessä:

Duodecim, koulutustoimisto, puhelin (09) 618 851

Tiedustelut:

Ritva Hanhijärvi, Duodecim, puhelin (09) 6188 5210

KANSANTERVEYSLAITOS

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

KANSANTERVEYS

KTL: N TIEDOTUSLEHTI
Päätoimittaja Pauli Leinikki
Mannerheimintie 166, 00300 Helsinki
Puhelin (09) 4744 8403
Fax (09) 4744 468
pauli.leinikki@ktl.fi
Toimitussihteeri Merja Tielinen
Mannerheimintie 166, 00300 Helsinki
Puhelin (09) 4744 8743
Fax (09) 4744 8746
merja.tielinen@ktl.fi

TOIMITUSKUNTA

Pentti Huovinen
PL 57, 20521 Turku
Puhelin (02) 251 9255
Fax (02) 251 9254
pentti.huovinen@ktl.fi
Leena Korhonen
PL 95, 70701 Kuopio
Puhelin (017) 201 372
Fax (017) 201 155
leena.korhonen@ktl.fi
Hanna Nohynek
Mannerheimintie 166
00300 Helsinki
Puhelin (09) 4744 8246
Fax (09) 4744 8675
hanna.nohynek@ktl.fi

Lehden aineistoa lainattaessa on lähde aina mainittava.

Eeva Pekkanen
Mannerheimintie 166
00300 Helsinki
Puhelin (09) 4744 8685
Fax (09) 4744 468
eeva.pekkänen@ktl.fi
Ritva Prättälä
Mannerheimintie 166
00300 Helsinki
Puhelin (09) 4744 8631
Fax (09) 4744 8338
ritva.prattala@ktl.fi
Jouni Tuomisto
PL 95, 70701 Kuopio
Puhelin (017) 201 305
Fax (017) 201 265
jouni.tuomisto@ktl.fi

TARTUNTATAUTIREKISTERI
Puhelin (09) 4744 8484 Eija Kela
Fax (09) 4744 468, eija.kela@ktl.fi

EPIDEMIAKONSULTAATIOT
Puhelin (09) 4744 8234, 4744 8557

ROKOTUSNEUVONTA
Matkailijoiden rokotukset:
ma ja to klo 10-12, puhelin (09) 4744 8485.

Muu rokotusneuvonta (rokotusaikataulut,
neuvolarokotukset, haittavaikutukset):
arkisin klo 9-12,
puhelin (09) 47 441/rokoteosasto

YMPÄRISTÖONGELMANEUVONTA
Puhelin (017) 201 325

ISSN 1236 - 973X
Painopaikka: Askonpaino 10. 98