

KANSAN TERVEYS



KANSANTERVEISLAITOKSEN TIEDOTUSLEHTI • FOLKHÄLSOINSTITUTETS INFORMATIONSTIDNING

TOUKOKUU 5/1998 MAJ

KTL 5/1998

■ **Eräitä käsitteitä liittyen yksityisyyden suojaan henkilötietojen käsittelyssä**
Sivu 2

■ **Terveystutkimusten tietosuojaa EU-Suomessa**
Sivu 3

■ **Yksityisyyden suoja tärkeä osa terveydenhuollon kehittämistä**
Sivu 3

■ **Valtakunnalliset rekisterit auttavat paikallisen terveydenhuollon suunnittelua**
Sivu 4

TARTUNTATAUTITILANNE SUOMESSA

- **Virusraportti**
- **Tartuntatautitilanne**
- **Malariatapaukset vuonna 1998**
- **Tartuntatautien neuvottelukunnan kokous 8.4.1998**
- **Heinäveden virusepidemiassa sairastui noin 2 000**
- **Ruokamyrkytysten raportointikaavake ilmestynyt**
- **Ulostenäytteet ruoka- ja vesiperäisissä epidemioissa**

INFEKTIONSSJUKDOMAR I FINLAND

■ **Rekisterit avaavat ainutlaatuiset tutkimusmahdollisuudet**
Sivu 9

■ **Ruisleipä taitaa olla muodissa**
Sivu 10

■ **Valtakunnallisen sairaalainfektio-ohjelman alkutaival...**
Sivu 11

■ **HIV-pikatestit voivat sittenkin olla hyödyllisiä**
Sivu 11

REKISTERIT - UHKA VAI AARRE

On oikeastaan aika hämmästyttävää, että jokaiselle kansalaiselle kuuluva oikeus yksityisyyteen on ollut perusoikeutena voimassa vasta vuodesta 1995. Jokaisen fyysisen koskemattomuus sen sijaan perustuu pitkään ja vakiintuneeseen oikeuteen.

Ajassa on liikunut ja liikkuu perustrendejä. Olemme käyneet tietoyhteiskuntaan. Atk:n aikanaan tapahtunut käyttöönotto ja sen käytön nopea kehittyminen ovat merkinneet laajojen ja mitä moninaisimpien tiedostojen ja tietokantojen syntymistä. Kehittyvä tietotekniikka mahdollistaa henkilötietoja sisältävien suurten tietomassojen hallitsemisen. Tieto on valtaa, ja vallan tulisi olla demokraattisesti kontrolloitua. On tarvittu lainsäädäntöä yksityisyyden suojan turvaksi. Toisaalta on tunnustettava, että henkilörekisterien käyttö on useinkin perusteltu ja tarpeellinen osa yhteiskunnan ja hallinnon toimintaa. Tutkimus, tilastointi ja suunnittelu palvelevat yhteiskunnan kehittämistä. Ilmiöiden ja ongelmien tunnistaminen ja ratkaiseminen auttavat myös rekisteröityjä. Olemme tulossa, ellemmme tässä tietovirtojen ajassa jo ole, ymmärrysyhteiskuntaan. Uutena piirteenä rekisterinpitotoiminnassa esiintyy malli, jossa kansalaiset itse, suostumuksensa mukaisesti, ilmoittautuvat eri rekistereihin, kuten esimerkiksi kanta-asiakasjärjestelmiin ja erilaisiin verkkopalvelutoimeksiantoihin.

Nykyisen tietosuojalainsäädännön tehtävä on osoittaa ratkaisumallit yksityisyyden suojan ja yhteiskunnallisten ja yksityisten tiedontarpeiden väliin ristiriitoihin ja siten turvata toimivan yhteiskunnan tiedolliset vaatimukset.

Tilastokeskus julkaisi kesällä 1997 katsauksia-sarjassaan tietosuojaa koskevan tutkimuksensa tulokset. Sen mukaan, voimakkaasti yleistäen, yli puolet kansalaisista ei ollut huolissaan tietosuojastaan. Huolestuttavaa oli, että vastaajista ainoastaan noin kolmannes tiesi ylipäänsä tietosuojalainsäädännön olemassaolosta. Tiedämmekö, mihin annamme suostumuksemme ja mihin suostumuksemme ulottuu?

Tarkastelukulman valinta houkuttaa asettamaan kysymyksen otsikossa esitetyllä tavalla. On kuitenkin mahdollista, että olemassa olisi kolmaskin vaihtoehto. Ehkei rekisterinpitotoiminta aina aiheuta uhkaa yksityisyydelle ja ehkei kaiken kohdalle osuvan tiedon sullominen rekisteriin ole rekisterinpitäjän kannalta tarpeellista, aarteesta puhumattakaan. Ehkä asetelma ei aina olekaan mustavalkoinen. Asia muuttuu monessakin mielessä mielenkiintoiseksi. Miten ja kenen arvoilla arvioimme tarpeellisuuden, sillä kysymys on yhteiskunnallisesta arvovalinnasta? Mielipiteitä on yhtä monta kuin on niiden esittäjäänkin.

Ei lainsäädäntö, eikä edes EU:n tietosuojadirektiivikään, määrittele yksityisyyttä. Kuitenkin oikeus yksityisyyteen on perusoikeus. Tarvitsemme siis jonkinlaisen mittatikun voidaksemme turvata tuon perusoikeuden toteutumisen ja samalla huolehtia yhteiskunnan tietohuollon toteutumisesta. Mittaria haettaessa eräs lähestymistapa on tunnistaa se oikeushyvä, joka kätkeytyy yksityisyyteen.

Tietosuojassa ei ole, toisin kuin usein luullaan, ensisijassa kysymys tietojen suojaamisesta tai jopa salaamisesta. Sen sijaan suojelun kohteena on ihminen itse ja se, mitä inhimilliseen elämäämme kuuluu ja jota laitton rekisterinpitotoiminta uhkaa. Suojeltavia perusarvoja ovat mm. oikeus elää elämäänsä muiden siihen tarpeettomasti puuttumatta, oikeus tulla kohdelluksi kunnioitavasti ja arvokkaasti sekä oikeus tietää tietojen käsittelystä. Myös reagointikeinojen olemassaolo on turvattava.

Kun nuo inhimillisen elämänlaadun tekijät huomioidaan rekisterinpitotoiminnassa, ei otsikon kysymykseen liittyvää vastakkainasettelua välttämättä olekaan.

*Reijo Aarnio,
tietosuojavaltuutettu*



ERÄITÄ KÄSITTEITÄ LIITTYEN YKSITYISYYDEN SUOJAAN HENKILÖTIETOJEN KÄSITTELYSSÄ

Tulevan uuden henkilötietolain käsittelemääritykset pohjautuvat henkilötietotoimikunnan mietintöön 1997:9 sekä tulevan lain sosiaali- ja terveysministeriön tietosuoja- ja tietoturvatyöryhmän käytössä olleisiin luonnoksiin. Hallituksen esitys henkilökisterilain korvavasta henkilötietolaista annettaneen eduskunnalle tämän kevään kuluessa.

Tietosuojasta puhuttaessa tarkoitetaan usein henkilön yksityisyyden suojan huomioimattamista henkilötietojen käsittelyssä. Tietosuoja on sanana iskevä ja helposti omaksuttava, mutta se antaa hieman harhaanjohtavan kuvan siitä, mistä on kysymys. Tietoja sinänsä ei suojata, vaan henkilön oikeutta yksityisyyteen. Kysymys on siis henkilön yksityisyyden suojasta henkilötietojen käsittelyssä.

Yksityisyyden suojaan kuuluu yksityiselämän suoja, jonka lähtökohdaksi on, että yksilöllä on oikeus elää omaa elämänsä ilman viranomaisten tai muiden ulkopuolisten tahojen mielivaltaista tai aiheutonta puuttumista siihen. Yksityisyyden suojaan kuuluu myös oikeus tietää ja päättää itseään koskevien tietojen käytöstä. Itsemääräämisoikeus henkilötietojen käsittelyssä merkitsee mm. sitä, että tietojen käsittelemisen on ensisijaisesti perustuttava rekisteröidyn henkilön suostumukseen.

Tietosuoja voidaan määritellä henkilörekisterilainsäädäntöön sisältyvien säännösten kokonaisuudeksi, jonka tarkoituksena on henkilötietoja kerätessä, tallennettaessa, käytettäessä ja luovuttaessa, arkistoidessa ja hävitettäessä henkilön yksityisyyden sekä hänen etujensa ja oikeuksiansa suojeleminen, valtion turvallisuuden varmistaminen samoin kuin hyvän rekisteritavan toteuttaminen. Valtionhallinnon tietoturvallisuuden johtoryhmän laatimassa käsitteistössä tietosuoja on määritelty perusoikeudeksi, joka on tarkoitettu turvaamaan kansalaisen yksityisyyden suojaamalla henkilötiedot oikeudettomalta tai henkilölle vahingoittavalta käytöltä.

TIETOTURVALLISUUS

Tietoturvallisuus on usein määritelty tietoriskien hallinnaksi. Tietoturvallisuuden katsotaan rakentuvan kolmen tiedon ominaisuuden; luottamuksellisuuden, eheyden ja käytettävyyden turvaamisesta. Tämä turvaaminen tapahtuu teknisillä tai organisatorisilla menetelmillä.

HENKILÖTIETO

Henkilökisterilaissa henkilötiedolla tarkoitetaan sellaista henkilön taikka henkilöiden ominaisuuksien tai elinolosuhteiden kuvausta, joka voidaan tunnistaa tiettyä luonnollista yksityistä henkilöä tai hänen perhettään tai hänen kanssaan yhteisessä taloudessa eläviä henkilöitä koskevaksi. Tästä määritelmästä on huomattava se, että henkilökisterilaki ei koske kuvausta, jota ei voida tunnistaa tiettyä henkilöä koskevaksi. Tavallisimmat tunnistamistiedot ovat nimi ja henkilötunnus. Tosin muutkin tiedot, kuten esim. virka-asema, voivat mahdollistaa henkilön tunnistamisen.

Henkilökisterilaki suojaa vain luonnollisten henkilöiden tietoja. Oikeushenkilöitä koskevat tiedot jäävät lain soveltamisalan ulkopuolelle. Luonnollista henkilöä koskeva tieto ei aina ole henkilökisterilain tarkoittama henkilötieto. Tiedon tulee koskea yksityistä henkilöä. Henkilön toimiminen julkisessa virassa tai tehtävässä tai elinkeinoelämässä ei siten ole hänen yksityisyyteensä kuuluva tieto silloin, kun tiedon kerääminen, tallettaminen ja käyttö liittyvät em. toimintoihin. Uuden henkilötietolain myötä tosin nämä luonnollisen henkilön julkiseen toimintaan liittyvät tiedot ilmeisesti tulevat henkilötiedon määritelmän piiriin.

HENKILÖTIETOJEN KÄSITTELY

Uuden henkilötietolain myötä luovuttaneen myös henkilökisterilaissa vallinneesta henkilötietojen elinkaariajattelusta. Henkilökisterilaissa säädettiin erikseen tiedon keräämisestä, tallettamisesta, käytöstä ja luovuttamisesta. Henkilötietolaissa sääntelyn kohteena lienee henkilötietojen käsittely, joka tarkoittaa kaikkia henkilötietoihin kohdistuvia toimenpiteitä.

REKISTERI

Henkilökisterillä tarkoitetaan laissa henkilötietoja sisältävää tietojoukkoa, jota käsitellään automaattisen tietojenkäsittelyn avulla, sekä sellaista luetteloa, kortistoa tai muuta näihin verrattavalla tavalla järjestettyä henkilötietoja sisältävää tietojoukkoa, josta tiettyä henkilöä koskevat tiedot voidaan löytää helposti ja kohtuuttomitta kustannuksitta.

Uuden henkilötietolain mukaan henkilörekisterillä tarkoitettaneen käyttötarkoituksensa vuoksi yhteen kuuluvista merkinnöistä muodostuvaa henkilötietoja sisältävää tietojoukkoa, jota käsitellään osin tai kokonaan automaattisen tietojenkäsittelyn avulla taikka, joka on järjestetty kortistoksi, luetteloksi tai muulla niihin verrattavalla tavalla siten, että tiettyä henkilöä koskevat tiedot voidaan löytää helposti ja kohtuuttomitta kustannuksitta. Tämä määritelmä sisältää ns. loogisen rekisterikäsitteen.

LOOGINEN

REKISTERIKÄSITE

Henkilökisterin käsite henkilörekisterilaissa on juridinen eikä tietotekninen. Henkilökisterillä tarkoitetaan loogista rekisteriä. Henkilökisterin muodostaa tiet-

tyyn tarkoitukseen järjestetty henkilötietojen kokonaisuus. Henkilökisterilain tarkoittamassa mielessä yksi henkilörekisteri voi muodostua useista tietoteknisistä rekistereistä ja toisaalta yksi tietotekninen rekisteri voi sisältää useita henkilörekistereitä.

REKISTERINPITÄJÄ

Lähes kaikki henkilörekisterilain velvoitteet kohdistuvat rekisterinpitäjään. Rekisterinpitäjän käsitteellä on merkitystä mm. silloin, kun arvioidaan sitä, milloin on kyse henkilötietojen luovutuksesta. Näin ollen rekisterinpitäjän määritelmällä on keskeinen merkitys. Henkilökisterilain 2 §:n 1 momentin 3 kohdan mukaan rekisterinpitäjällä tarkoitetaan henkilöä, yhteisöä tai säätiötä, jonka käyttöä varten henkilörekisteri perustetaan ja jolla on oikeus määrätä henkilörekisterin käytöstä. Ilmaisu henkilö, yhteisö tai säätiö osoittaa sen, että rekisterinpitäjän käsite ulottuu kaikkiin oikeussubjektimuotoihin. Rekisterinpitäjän käsite on sidottu kahden edellytyksen täyttymiseen: rekisterin tulee olla olemassa em. oikeussubjektin käyttöä varten ja oikeussubjektilla tulee olla myös oikeus määrätä rekisterin käytöstä, jotta se/hän olisi rekisterinpitäjä.

Rekisterinpitäjä ei kuitenkaan välttämättä ole se, joka vastaa käytännössä rekisteritoiminnasta, vaan se, jonka toimesta henkilörekisterin perustamista, käyttöä, muuttamista, kehittämistä ja lopettamista koskevat päätökset voidaan tehdä.

Henkilötietolaki muuttaneen määritelmää siten, että rekisterinpitäjä voisi olla myös usea henkilö, yhteisö, laitos tai säätiö yhdessä. Näin on tosin katsottu myös nykyisen henkilörekisterilain soveltamisikäntämissä ilman nimenomaista säädöstäkin. Rekisterinpitäjän määritelmään lisätäneen myös mainita siitä, että rekisterinpitäjänä voisi olla myös se, jonka tehtäväksi rekisterinpito on lailla säädetty.

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista säädetään potilasasiakirjojen laatimis- ja säilyttämisvelvollisuus terveydenhuollon ammattihenkilölle ja kullekin terveydenhuollon toimintayksikölle. Potilasasiakirjat on laadittava ja säilytettävä siten kuin sosiaali- ja terveysministeriö tarkemmin määrää. Edelleen potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salassapidettäviä, eikä niitä saa antaa sivulliselle ilman potilaan kirjallista suostumusta. Sivullisella tarkoitetaan muuta kuin asianomaisessa toimintayksikössä potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvia henkilöitä. Rekisterinpitäjänä terveydenhuollossa pidetäänkin terveydenhuollon toimintayksikköä tai terveydenhuollon ammattihenkilöä tilanteesta riippuen. □

Sami Uotinen,

*Sosiaali- ja terveysalan tietoteknologian osaamiskeskus (OSKE), Stakes
(09) 3967 2479, samiu@stakes.fi*



TERVEYSTUTKIMUSTEN TIETOSUOJA EU-SUOMESSA

Henkilörekisterilakia uudistetaan mm. EU:n tietosuojadirektiivin vuoksi. Olenaisia muutoksia aikaisempaan nähden ei ole tulossa, merkittävintä lienee, että henkilötietojen käsittelyä edellyttävä informointivelvoite laajenee.

Suomessa henkilörekisterilaki ja -asetus määrittelevät ne yleiset edellytykset, joiden mukaisesti henkilötietoja voidaan kerätä ja tallettaa henkilörekisteriin sekä millä tavoin tietoja voidaan käyttää, luovuttaa ja säilyttää sekä muutoin käsitellä. Lain säännökset velvoittavat myös tutkimustarkoituksessa muodostettavan henkilörekisterin rekisterinpitäjää.

Henkilörekisterilain tarkoituksena on varmistaa, ettei henkilötietoja kerätä ja käsitellä tarpeettomasti ja ettei kenenkään yksityisyyttä perusteettomasti loukata (hyvä rekisteritapa). Laki velvoittaa myös suojaamaan henkilörekisterin ja siihen sisältyvät tiedot. Henkilörekisterilain merkitys on käytännössä paljolti siinä, että se ohjaa säännöksillään suunnitelmallisuuteen ja huolellisuuteen henkilötietojen käsittelyssä.

YKSITYISYYSVAATIMUKSET

MUKAAN JO EETTISIIN TOIMIKUNTIIN

Yksityisyyden varmistaminen kaikissa tutkimusvaiheissa kuuluu tutkimustoiminnan eettisiin periaatteisiin. Siksi henkilörekisterilain henkilötietojen käsittelyvaatimusten selvittäminen on osa tutkimuksen suunnittelua ja edellytettäisiin tehtäväksi aina siinä vaiheessa, kun tutkimuksia käsitellään eettisissä toimikunnissa.

Terveystutkimuksen tutkimustoiminnassa henkilötietojen käsittelyyn vaikuttavat henkilörekisterilain lisäksi myös muussa lainsäädännössä olevat salassapitosäännökset. Nekin vaikuttavat tutkijoiden oikeuteen saada salassa pidettäviä tietoja rekistereistä ja velvoittavat tutkijaa pitämään salassa saamansa tiedot. Salassa pidettäviä tietoja voidaan luovuttaa ulkopuolisille ainoastaan rekisteröityjen suostumuksella tai tietyissä tapauksissa asianomaisen ministeriön luvalla.

Kymmenen vuotta vanhan henkilörekisterilain uudistuksen tulisi tapahtua 24.10.1998 mennessä. Mm. tutkimustoiminnan rekisterinpitäjä koskevat tietosuojaan liittyvät vaatimukset määräytyvät yhä enemmän EU:n toimielimissä tehdyillä ratkaisulla, suosituksilla ja käytännönsäädännöllä.

Tietosuojadirektiivi ei sinänsä aiheuta merkittäviä muutoksia nykyiseen henkilörekisterilakiin. Suomessa tieteellinen tutkimus oli ja tulee henkilötietolakiuudistuksen perusteella jatkossakin olemaan poikkeus lain pääsääntönä olevasta ns. yhteysvaatimusedellytyksestä. Yksilöityä tieteellistä tutkimustarkoitusta varten voidaan kerätä ja tallettaa myös lain tarkoittamia arkaluonteisia henkilötietoja, vaikkei yksityisen kansalai-

sen (rekisteröidyn) ja tietoja keräävän tutkijan tai tutkimusorganisaation välillä olisi-kaan asiallista yhteyttä, ts. sellaista asiakastai muuta vastaavaa suhdetta, jonka perusteella henkilö voi tietää, että hänestä kerätään tietoja.

KANSALAISELLA

ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS

EU:n tietosuojadirektiivissä samoin kuin 13.2.1997 hyväksytyssä Euroopan neuvoston lääketieteellisten tietojen suojelemista koskevassa suosituksessa korostuvat aikaisempaa selvemmin kansalaisten itsemääräämisoikeus sekä erityisesti hänen oikeutensa saada tietää itseään koskevien tietojen käsittelystä ja vaikuttaa siihen. Tämä tarkoittaa mm. sitä, että tutkimuksessa tarvittavat tiedot tulee hankkia joko asianomaisen suostumuksella tai ilman tunnistetietoja, ellei henkilötietojen kerääminen esimerkiksi tietojen yhdistämiseksi ole välttämätöntä.

Direktiivin pääsääntönä on, että rekisteröityjä tulee informoida heidän henkilötietojensa käsittelystä. Esimerkiksi henkilötietoja henkilöhaastatteluun tai -kyselyyn keräävällä ja käsittelevällä tutkijalla/tutkimuslaitoksella tulee olemaan velvoite kertoa haastateltavalle henkilöille mm. tietojen keräämisen tarkoituksesta; siitä, kuka tietoja käsittelee, millä tavoin ja missä tarkoituksessa niitä käsitellään, mistä muualta häntä koskevia tietoja hankitaan samoin kuin vastaamisen vapaaehtoisuudesta.

HENKILÖN TIEDETTÄVÄ, MIHIN SUOSTUU

Informointi on tähänkin mennessä kuulunut tutkimuksen eettisiin periaatteisiin, ja myös vaatimus informoidusta ja yksilöidystä suostumuksesta on sitä edellyttänyt: henkilön tulee voida tietää, mihin suostuu. Nyt informointivelvoitteesta säädetään kuitenkin nimenomaisesti uudessa henkilötietolaissa. Pelkästään rekisteripohjaisissa tutkimuksissa informointivelvoitteesta voitaisiin poiketa, jos tietojen antaminen rekisteröidylle olisi mahdollista tai se vaatisi kohtuutonta vaivaa tai jos tietojen keräämisestä säädetäisiin nimenomaisesti laissa. Suostumus arkaluonteisten tietojen pyytämiseen tulee saada kirjallisena ja yksilöitynä.

Nykyistä selvemmin direktiivi ja tuleva henkilötietolaki oikeuttavat käyttämään eri henkilörekistereitä tieteelliseen tutkimustarkoitukseen niiden varsinaisesta käyttötarkoituksesta riippumatta. Salassapitoa ja tietojen luovuttamista koskevat yleiset edellytykset vaikuttavat mahdollisuuksiin ja oikeuteen saada, käyttää ja luovuttaa tietoja.

EU:n tietosuojadirektiivin tavoitteena on edistää tietojen vapaata liikkuvuutta unionin alueella. Tämä ei kuitenkaan merkitse, että salassa pidettäviä tietoja voitaisiin luovuttaa salassapitosäännöksistä poiketen. Tietojen luovuttaminen ulkomaille edellyttäneen edelleen tietyissä tapauksissa ilmoitusta tietosuojavaltuutetulle, etenkin jos vastaanottajamaana on EU:n ulkopuolinen maa.

VASTUISSA EPÄSELVYYKSIÄ

Tietosuojavaltuutetun käsittelemissä tut-

kimuslupa-asioissa ovat usein nousseet esille rekisterinpidon vastuisiin liittyvät epäselvyydet. Vastuiden määrittely on henkilötietojen käsittelyssä ja tietosuojan toteuttamisessa perusedellytys. Käytännössä esimerkiksi tutkimuslaitoksissa ja isoissa tutkimussairaaloissa saattaa olla epäselvää ja on myös voinut jäädä määrittelemättä, onko tietyn tutkimuksen rekisterinpitäjä ko. laitos vai siellä toimiva yksittäinen tutkija. Jos tutkimuslaitos on rekisterinpitäjä, sen toimivaltaisen johdon tai muun toimivaltaisen elimen tulisi tehdä päätös tutkimuksen toteuttamisesta ja siinä muodostuvan henkilörekisterin perustamisesta. Tässä tilanteessa on syytä edellyttää tutkimussuunnitelman osana selvitystä tietosuojaa koskevien vaatimusten täyttymisestä. Tutkimuslaitoksessa tai esimerkiksi sairaalassa toimiva, omaa tutkimusta tekevä henkilö on rekisterinpitäjä, joka myös vastaa rekisterinpidosta ja jolla on oikeus määrätä siitä. Tutkija on tällöin ulkopuolisen asemassa ko. laitoksen asiakirjoihin nähden siinäkin tapauksessa, että hän olisi työsuhteessa laitokseen.

Toinen usein esiin tullut ongelma koskee usean eri organisaation yhteisesti toteuttamia tutkimuksia. Näissä tapauksissa on tärkeää määritellä rekisterinpitäjä ja henkilötietojen eri käsittelyvaiheisiin, erityisesti salassapitoon, suojaamiseen ja säilyttämiseen sekä hävittämiseen, liittyvät vastuut. Sopimus yhteisestä projektista ei syrjäytä salassapitovelvoitteita. Tutkimukseen osallisten roolien selvittäminen kuuluu edellä mainitun informointivelvoitteen piiriin.

EU:n tietosuojadirektiivin mukaan henkilörekisterillä voi olla useita rekisterinpitäjiä. Käytännössä tällöinkin kysymys on rekisterinpitäjästä vastuiden määrittelystä. Huomioon on otettava myös salassapitovelvoitteet. □

*Maija Kleemola,
tietosuojavaltuutetun toimisto
(09) 1825 7832, maija.kleemola@om.vn.fi*



YKSITYISYYDEN SUOJA TÄRKEÄ OSA TERVEYDENHUOLLON KEHITTÄMISTÄ

Tietosuoja- ja julkisuuslainsäädäntöä uudistetaan, terveydenhuollon selvitysmiehet ovat antaneet raporttinsa, ja tietoteknologia ja -tekniikka tarjoavat uusia mahdollisuuksia. Terveystutkimuksen kehittämisessä pitää tässäkin tilanteessa ottaa huomioon yksityisyydensuoja, joka kuuluu kaikille osana perusoikeuksia.

Oikeus yksityisyyteen, vaikka ajatus sinänsä on vanhaa perua, on noussut voimakkaasti esille 1995 uudistetussa hallitusmuodossa. Erityisesti HM:n 6, 8 ja 10 § koskevat yksityisyyttä. 6 §:n 1 momentin mukaan jokaisella on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja

turvallisuuteen. Jokaisen yksityiselämä, kun-
nia ja kotirauha on turvattu 8 §:n 1 momen-
tin mukaan. Henkilötietojen suojasta sääde-
tään tarkemmin lailla. Sanavapaudesta ja oi-
keudesta saada tietoja julkisesta asiakirjasta
säädetään 10 §:ssä.

Moni-ilmeinen yksityisyys on vaikeasti
määriteltävissä, koska siinä tosiasiat ja kuvi-
telmat voivat lomittua toisiinsa. Niinpä yksi-
tyisyyden sääntelyä voidaan pitää paitsi laa-
jana myös epäjohdonmukaisena, kun ote-
taan huomioon monet kansainväliset sopi-
mukset ja kansallinen erityislainsäädäntö,
jossa on monella tavalla yksityisyyttä koske-
via säännöksiä.

Yksityisyyden suoja liittyy itsemäärää-
misoikeuteen ja tietosuojakysymyksiin. Itse-
määräämisoikeus on saanut jalansijaa lääke-
tieteen etiikassa vasta toisen maailmanso-
dan jälkeen ja on siten paljon nuorempaa pe-
rua kuin salassapitoa ja vaihtolovelvollisuutta
koskevat säännöt. Itsemääräämisoikeus on
sisällytetty potilaan oikeuksia ja asemaa kos-
kevaan lakiin: potilasta on hoidettava yhteis-
ymmärryksessä hänen itsensä kanssa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja
potilastiedot ovat arkaluonteisia tietoja ja si-
ten salassapito- ja vaihtolovelvollisuuden alai-
sia. Vaikka puhutaan tietosuojasta, tavoite
on yksityisyyden suojan turvaaminen. Yksi-
tyisyyden suoja konkretisoituu henkilötieto-
jen rekisteröinnissä ja tietojen luovutettaessa.
Potilaan asemaa ja oikeuksia koskevan lain
mukaan sivulliselle ei saa antaa potilasasia-
kirjoihin sisältyviä tietoja ilman potilaan kir-
jallista suostumusta. Yksityisyyden suoja ja
itsemääräämisoikeus tulevat erityisen vai-
keiksi tilanteissa, joissa asiaan on kaksi vaiht-
toehtoista lähestymistapaa. Miten tulisi me-
netellä tilanteissa, jossa toisaalta on kunnio-
itettava nuoren vanhempien tahtoa ja toi-
saalta nuoren omaa yksityisyyden suoja ja
itsemääräämisoikeutta? Eri suuntiin mene-
vät näkemykset tekevät tilanteen ongelmalli-
seksi. On ratkaistava ammatillisen tietotai-
don ja kokemuksen pohjalta, mihin järjes-
tyksen näkemykset pannaan, jotta päästään
potilaan kannalta parhaaseen lopputulok-
seen.

UUDESTA TIETOSUOJA- LAINSÄÄDÄNNÖSTÄ

Oikeusministeriössä on viimeisteltävänä
hallituksen esitys henkilötietolaiksi, jolla
implementoidaan EU:n tietosuojadirektiivi.
Laki tulee korostamaan rekisteröidyn ase-
maa: henkilön itsemääräämisoikeutta ja
suostumuksen ensisijaisuutta tietojen luov-
uttamiseen. Rekisteröityä tulee informoida
tietojen käsittelystä ja käytöstä sekä hänen
oikeudestaan tietojen tarkastukseen. Laissa
säädetäisiin myös henkilötunnuksen käytös-
tä. Sitä voitaisiin käyttää pääsääntöisesti hen-
kilön suostumuksella tai ko. pykälässä maini-
tun syyn perusteella. Uutta olisivat alakohtai-
set käytännösäännöt, joilla pyritään paranta-
maan rekisterinpitäjien hyvää rekisteritapaa.
Oikeusministeriössä valmisteltu julkisuus-
lainsäädännön uudistusta koskeva hallituk-
sen esitys on annettu eduskunnalle 9.4.1998
(hallituksen esitys nro 30/1998 viranomais-

ten toiminnan julkisuutta koskevaksi laiksi ja
siihen liittyviksi laeiksi). Uudistuksen tarkoi-
tuksena on muun ohella selkeyttää salassapi-
toerusteita sekä luoda perusteet viranomais-
ten välisen tietojen vaihdon yhdenmukaiselle
sääntelylle. Samalla kumottaisiin yleisten
asiakirjojen julkisuudesta annettu laki ja sään-
nöksiä useista muista laeista.

TERVEYDENHUOLLON KEHITTÄMISESTÄ

Osa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittä-
mistyön laatua on ottaa huomioon ja kehittää
yksityisyydensuojaa/tietosuojaa ja tietotur-
vaa. Näihin on kiinnitetty huomiota sekä sosi-
aali- ja terveystieteiden ministeriön Terveydenhuollon
suuntaviivat-julkaisussa että terveydenhuol-
lon selvitysmiesten ministeriölle luovuttamas-
sa kahdessa raportissa. Kummassakin rapor-
tissa on ehdotuksia tietoteknologian hyödyn-
tämiseksi ja tietosuojaksi. Selvitysmiehet eh-
dottavat hoitoketjun hallinnan kehittämistä
niin, että hyödynnetään tietotekniikkaa, te-
hostetaan hoitopalautekäytäntöjä sekä rat-
kaistaan tietosuojangemat terveydenhuol-
lon sisällä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon
välillä. Kokonaishoidon, omalääkärin ja hoito-
tiimin merkitystä korostetaan erityisesti hoi-
totapahtuman osien yhteensovittamiseksi.

Tällä tavoin parannettaisiin asiakkaan
kohtelua, tiedonsaantia ja itsemääräämisoikeutta.
Tietosuojalainsäädännön tulkinna-
sa on eroja eri puolilla maata ja sen johdosta
myös erilaisia käytäntöjä. Tietosuojan tulkin-
taan ja soveltamiseen liittyvät epäselvyydet
tulisi ratkaista, koska palveluprosessin
saumattomuuden ja oikean porrastuksen
edistäminen on asiakkaan kannalta välttämä-
töntä. On tärkeää, että koko hoitoprosessin
aikana oikeat tiedot ovat käytettävissä oike-
aan aikaan oikeassa paikassa. Tämä on jo
nyt mahdollista asiakkaan/potilaan suostu-
muksella. Samoin asiakkaan/potilaan suos-
tumus mahdollistaa jo nyt hoitopalauteen
antamisen tarkoituksenmukaisella tavalla.

Tietoteknologia antaa terveydenhuollon
käyttöön uusia välineitä, mutta myös uusia
haasteita. On sanottu, että sen monet mahdol-
lisuudet antavat parempia välineitä yksityisyy-
den suojan / tietosuojan toteuttamiselle kuin
konsanaan manuaaliset järjestelmät. Tietotek-
nologian hyödyntäminen edellyttää kuitenkin
uudenlaista ajattelua, kun siirrytään toiminta-
yksikkö- ja organisaatiokeskeisistä erilaisiin
tiimityöskentelymalleihin, jopa virtuaalitiimeihin.

Tulevaisuuden haasteet edellyttävät sosi-
aali- ja terveydenhuollon organisaatioilta ky-
kyä nopeisiin päätöksiin, joustavuutta, asia-
kaslähtöistä näkökulmaa ja moniammatillista
työskentelyä. Uudet telelääketieteen sovel-
lukset, kansalaisille tarkoitettujen informaatiojär-
jestelmät, korttitietoteknologia sekä mahdollisesti
tarvittavat erilaiset viitetietokannat avaavat
erilaisia näkökulmia terveydenhuollon kehit-
tämiseen, mutta myös yksityisyyden suoja-
amiseen.

Käytetään henkilötietojen käsittelyssä
mitä menetelmiä tahansa lähtökohtana on tie-
tojen käyttötarkoitus, luotettavuus, eheys ja
käytettävyyden. Nämä periaatteet koskevat poti-

lasrekistereiden ohella tutkimus- ja tilastore-
kistereitä. Tietoteknologiaan liittyy kysymys
tietoturvallisuudesta. Turvallisuustoimet ovat
tarpeen henkilötietojen suojaamiseksi hävittä-
miseltä, oikeudettomalta pääsylvä, käytöltä,
muuttamiselta ja paljastumiselta. Terveyden-
huollossa pitää toteutua potilaan parhaan
mahdollisen hoidon ohella myös yksityisyy-
den suoja siten kuin tietosuojaja muussa lain-
säädannössä edellytetään. Mikäli yksityisyy-
den suoja ei pidetä osana terveydenhuollon
laadun ja toiminnan kehittämistä, voidaan ky-
syä, syntykö luottamuksellista hoitosuhdetta-
kaan. □

Varpu-Leena Aalto, STM
(09) 160 4341, varpuleena.aalto@stm.vn.fi



VALTAKUNNALLISET REKISTERIT AUTTAVAT PAIKALLISEN TERVEYDENHUOLLON SUUNNITTELUA

*SOTKA (sosiaali- ja terveydenhuollon ti-
lastotietokanta), Netti-HILMO (sosiaali-
ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekiste-
rit) ja muut Stakesin rekisterien tietopal-
velut ovat myös paikallisen suunnittelun
apuvälineitä. Rekisterien perusteella
tuotetaan monia tilastoja. Innokkaimmat
voivat tehdä tutkimussuunnitelman ja
pyytää tutkimuslupaa rekisteriaineistojen
käyttöön.*

Stakesin rekisterit voidaan periaatteessa
jakaa kolmeen ryhmään: henkilö-, tuottaja-
sekä kuntakohtaisia tietoja koskevat rekiste-
rit. Henkilötietorekisterejä on lukuisia ja niil-
lä on yleensä jo pitkä historia. Aiheensa puo-
lesta ne voi jakaa lisääntymisrekistereihin,
epidemiologisiin rekistereihin, henkilöstö- ja
hoitoilmoitusrekistereihin. Lisääntymisrekis-
terejä ovat syntymärekisteri, raskaudenkes-
keyttämis- ja sterilöimisrekisteri sekä epä-
muodostumarekisteri. Epidemiologisisi re-
kistereiksi voi luokitella syöpärekisterin ja
näkövammaarekisterin, joiden ylläpidosta vas-
taavat teknisesti Suomen Syöpäyhdistys ja
Näkövammaisten Keskusliitto.

Terveydenhuoltohenkilöstön rekisteri
TERHIKKI pitää sisällään tiedot terveyden-
huollon ammatinharjoittamisoikeuden saa-
neista ja nimikesuojatuista henkilöistä. Tämä
rekisteri on itse asiassa Terveydenhuollon
oikeusturvakeskuksen alainen, mutta sitä yl-
läpitävät kyseinen laitos ja Stakes yhteisesti.
Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoil-
moitusrekisterit (HILMO) sekä asumispalve-
lujen asukaslaskenta ja kotihoidon laskenta
ovat laaja kokonaisuus, jossa on tietoja sosi-
aali- ja terveydenhuollon laitoshoidosta ja
sitä korvaavista hoitomuodoista.

Tuottajakohtaista tietoa on toimipaikka-
rekisterissä, josta selviävät sosiaali- ja tervey-
denhuollon palvelujen tuottajien ja toimipaik-
katuu sivulla 9

TARTUNTATAUTITILANNE SUOMESSA

LABORATORIOIDEN MIKROBILÖYDÖKSET



INFEKTIONSSJUKDOMAR I FINLAND

RAPPORTERADE MIKROBFYND

VIROLOGINEN EPIDEMIATILANNE
 23.3. - 19.4.1998
VIRUSLABORATIOIDEN
LÖYDÖSTEN PERUSTEELLA

Kevät on tullut myös viruslöydösrintamalle. Influenssa A-epidemiaa hellitti jo maaliskuun lopulla, joskin yksittäislöydöksiä esiintyy yhä. Kaikki analysoidut influenssa A-virukset Suomessa ovat olleet H3N2-alatyyppejä ja valtaosa ns. Sydneykantaa muistuttavia. Viruslöydösten runsaudesta huolimatta menneen talven influenssaepidemia ei ollut muista mittareista (mm. Helsingin kaupungin poissaolotilastot) päätellen edelliskautista kummempi. Tämä on totta yleisemminkin Euroopassa. Toinen alustava yleistys on, että epidemia vaivasi nyt erityisesti lapsia ikäihmisten päästessä suhteellisesti vähemmällä. Influenssa B:n esiintyminen Suomessa on pysynyt koko kauden yksittäislöydöksinä. Influenssa A/H1N1-alatyypin viruksia ei Suomessa ole kuluneena kautena todettu yhtään.

Hengitystievirusten hellittäessä rotavirus jatkaa kiertoaan virkeänä. Vatsatautiviruksista suurempaa julkista huomiota on saanut yhä kuitenkin eri epidemioissa mellastava kalikivirus, jota on käsitelty tarkemmin tämän lehden aiemmissa numeroissa.

Hepatiitti B:tä ja C:tä esiintyy edelleen runsaasti. HCV:n kertymäluvut ovat jonkin verran viimevuotisia numeroita edellä. Yksi HBV-infektio oli leukemiapotilaalla, joka kuitenkin oli rokotettu puoli vuotta aiemmin. HB-rokotehan ei anna aivan sadan prosentin suojaa terveillekään.

Jakson harvinaisuus on sikotauti (IgM+) vuonna 1978 syntyneellä nuorella naisella, joka oli saanut tartunnan Israelin matkalla. □

Tapani Hovi, KTL
 (09) 4744 8321, tapani.hovi@ktl.fi

* 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

VIROLOGINEN RAPORTTI*
VIROLOGISK
RAPPORT*

	23.3.- 19.4.98	23.2.- 22.3.98	17.3.- 20.4.97	Kertymä 19.4.1998 Totalt	Kertymä 20.4.1997 Totalt
<i>Hepatitis A</i>	7	4	8	19	23
<i>Hepatitis B</i>	45	56	78	218	242
<i>Hepatitis C</i>	209	233	222	816	658
<i>Hepatitis D</i>	0	0	0	0	0
<i>Hepatitis E</i>	0	0	0	0	0
<i>Morbilli</i>	0	0	0	0	1
<i>Parotitis epidemica</i>	1	0	0	1	1
<i>Rubella</i>	0	0	0	0	1
<i>Adeno</i>	52	70	95	201	235
<i>Entero</i>	5	4	0	32	31
<i>Influenza A</i>	177	587	32	1043	394
<i>Influenza B</i>	2	2	97	9	268
<i>Parainfluenza</i>	14	17	65	58	110
<i>Parvo</i>	11	8	5	31	27
<i>Puumala</i> (Myyräkuumevirus)	23	15	37	251	196
<i>Respiratory syncytial-virus</i>	26	67	52	734	104
<i>Corona</i>	0	0	2	0	5
<i>Rota</i>	97	69	82	342	189
<i>Sindbis (Pogosta)</i>	0	0	0	0	0
<i>Tick-born encephalitis</i>	0	0	0	0	0
<i>Dengue</i>	0	0	0	2	2
<i>Rhino</i>	1	1	4	12	14
<i>PPV</i>	1	1	2	5	6
<i>Calici</i>	18	5	0	42	0
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	12	19	21	76	63
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	16	15	19	73	68

TARTUNTATAUTI-
TILANNE

Viimeaikojen epidemiologista tilannetta ovat hallinneet virukset; influenssa A-epidemia on nyt laantunut, mutta kalikivirusta löytyy yhä useamman ruokamyrkytys-epidemian yhteydessä. Kuten Kansanterveys-lehdessä 3/1998 todettiin, meiltä puuttuu luotettavaa tietoa siitä, miten virusta eritty normaalioloissa tai kalikivirusripurin jälkeen. Myös aikaisempien vuosien taustatiedot puuttuvat, sillä diagnostiset menetelmät on otettu käyttöön vasta viime vuoden lopussa. Tarvitaan siis todettujen kalikivirusepidemioiden tarkkaa läpi-

käymistä pidemmältä ajalta, jotta viruksen todellinen epidemiologinen luonne selviää.

Muutoin tartuntatautirintamalla on rauhallista. Vuodenvaihteessa vaikealta näyttänyt EHEC-tilanne on tasaantunut ja uusia tapauksia ilmenee muutama kuukausittain. Tämän vuoden kokonaismäärä on 24, joista sekä maalis- että huhtikuussa ilmaantui kolme. Maaliskuussa todettiin positiiviseksi päiväkotikäinen lapsi ja tämän oireeton sisarus sekä lomamatkalla verripuliin sairastunut aikuinen. Viimeisin on HUSin vuoksi sairaalahoitoon joutuneen lapsen oireeton äiti. Lapsi on toipumassa ja hänen kohdallaan viljelyt ovat jääneet toistaiseksi negatiivisiksi. □

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

MALARIATAPAUKSET
VUONNA 1998

Runsaan neljännesvuoden aikana malarialöydöksiä on ollut lukumääräisesti saman verran kuin vuosi aikaisemmin (vuosivauhti noin 60). Poikkeuksellisesti kuitenkin alkuvuodesta malariaan on menehtynyt kaksi henkilöä. Edellinen malariakuolema sattui vuonna 1995. Pohjoismaissa kuolleisuus falciparum-malariaan on ollut 1-2 prosentin vaiheilla.

Helmikuussa 60-vuotias suomalainen mies oli kahden viikon lomamatkalla Tansaniassa, jossa hän kävi mm. Ngorongoron

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

	Marraskuu November 1997 1996		Joulukuu December 1997 1996		Yhteensä Totalt 1997 1996		Tammikuu Januari 1998 1997		Helmikuu Februari 1998 1997		Maaliskuu Mars 1998 1997	
HENGITYSTIEPATOGEENIT / LUFTVÄGSPATOGENER												
Klamydia (<i>C. pneumoniae</i>)	31	32	24	28	351	342	23	40	18	24	18	34
Mykoplasma (<i>M. pneumoniae</i>)	15	49	23	36	224	467	34	37	18	15	8	22
Pertussis	50	80	41	83	606	586	46	91	37	77	37	48
Adenovirus	61	93	45	81	671	693	51	69	52	49	74	83
Influenssa A -virus	1	15	0	34	315	509	34	143	495	118	272	35
Influenssa B -virus	0	1	0	1	229	76	1	36	4	81	0	55
Parainfluenssavirus	16	3	17	5	237	182	11	14	15	19	7	130
RSV (respiratory syncytial virus)	272	3	768	5	1953	961	332	24	151	28	38	27
SUOLISTOPATOGEENIT / TARMPATOGENER												
Salmonella	175	287	271	199	2885	2730	223	194	180	155	187	243
Shigella	4	5	7	14	103	100	7	10	4	6	7	12
Yersinia	31	62	36	44	704	852	43	52	34	53	43	57
Kampylo	138	223	110	155	2404	2629	127	134	82	122	121	172
<i>Clostridium difficile</i>	275	359	226	336	4082	3975	**		**		**	
Rotavirus	65	14	112	11	1112	1507	184	32	177	71	290	113
Kryptosporidia	1	0	1	0	16	11	0	2	0	0	1	3
Giardia	27	16	16	29	333	261	20	26	16	18	22	18
Ameba (<i>E.histolytica</i>)	15	13	9	12	164	122	7	17	6	16	3	4
HEPATIITIPATOGEENIT / HEPATITPATOGENER												
Hepatitis A -virus	8	19	5	9	143	155	5	3	1	10	8	7
Hepatitis B -virus	31	65	40	47	588	609	49	58	50	56	46	51
Hepatitis C -virus	134	159	159	108	1895	1774	159	137	146	137	168	158
SUKUPUOLITAUTIPATOGEENIT / KÖNSSJUKDOMSPATOGENER												
Klamydia (<i>C. trachomatis</i>)	822	772	774	673	9651	8696	905	888	773	760	909	707
HI-virus	6	5	3	6	71	69	8	13	3	2	5	3
Gonokokki	12	12	15	14	185	211	22	13	22	9	23	9
Syfilis (<i>T. pallidum</i>)	15	22	8	10	152	188	10	11	12	10	10	18
VERI- JA LIKVORIVILJELYLÖYDÖKSET / BLOD- OCH LIKVORODLINGSFYND												
Pneumokokki (<i>S. pneumoniae</i>)	42	39	87	62	589	538	38	44	53	67	69	50
A-streptokokki (<i>S. pyogenes</i>)	6	2	6	6	81	60	7	12	10	9	8	5
B-streptokokki (<i>S. agalactiae</i>)	3	10	12	16	140	141	11	9	6	8	20	11
Meningokokki	1	6	4	8	46	76	10	4	2	2	8	6
RESISTENTIT BAKTEERIT / RESISTENTA BAKTERIER												
MRSA	15	7	17	6	120	108	17	9	14	3	13	5
Pneumokokki (PenR)	13	16	10	6	146	93	4	15	4	15	6	13
MUITA MIKROBEJA / ÖVRIGA MIKROBER												
Borrelia*	48	37	30	21	538	449	23	23	19	18	19	22
Tularemia	2	7	2	1	109	397	0	1	1	1	0	2
Tuberkuloosi (<i>M. tuberculosis</i>)	29	37	31	38	442	511	49	48	34	35	16	39
Coxsackie B -virus	0	1	1	0	5	16	0	0	2	1	3	0
Echovirus	2	23	3	10	39	101	1	3	0	0	0	1
Enterovirus	9	3	5	1	71	33	6	3	3	2	0	0
Parvovirus	3	9	2	5	53	50	3	14	4	8	4	5
Puumalavirus	96	111	152	113	758	907	87	84	44	26	20	22
Malaria	2	6	4	4	56	43	4	5	1	1	2	2

* sis./inkl. *B. burgdorferi*, *B. garinii*, *B. azelii*

** seuranta lopetettu

villieläinalueella. Malarian estolääkettä matkalainen ei tietävästi ottanut lainkaan. Hän palasi kotimaahan 28.2. oireettomana, mutta alkoi kuumeilla kuusi päivää myöhemmin. Hän arveli tautia ilmeisesti flunssaksi. Potilaalla oli 9.3. ohimenevästi sekavuutta, tajuttomuus kehittyi 10.3. melko äkisti ja hänet toimitettiin aluesairaalaan. Siellä hänet todettiin korkeakuumeiseksi ja tajuttomaksi, mutta hengitys tuntui olevan kunnossa, CRP 220, veren leukosyytit 25,5 ja kreatiini 340. Valkosolujen erittelylaskennassa löytyi malariaplasmodeja. Potilasta alettiin valmistaa siirrettäväksi keskussairaalaan, mutta ennen lähtöä hän sai ambulanssissa sydänpysähdyksen eikä elvytys tuottanut tulosta. Malarian spesifistä lääkitystä ei ehditty aloittaa. Auroran parasitologian laboratorio totesi myöhemmin malarianäytteessä 19 prosentin *Plasmodium falciparum*-infektion.

Sambiassa projektityössä ollut 52-vuotias suomalainen mies tuli käymään kotimaassa huhtikuun alussa. Malarian estolääkkeeksi oli suositeltu klorokiiniin ja proguaniliin yhdistelmää. Muutama päivä saapumisen jälkeen mies alkoi ripuloida, minkä hän arveli johtuvan alkoholin käytöstä. Viitisen päivää oireiltuaan mies hakeutui keskussairaalan poliklinikalle, kun malariala sairastanut työkaveri kehotti. Poliklinikalla potilaan vointi äkkiä huononi, verenpaine laski ja häntä jouduttiin elvyttämään. Elvytys onnistui alkuun, mutta laboratoriotutkimusten mukaan potilaan tila oli jo pahasti komplisoitunut (B-pH 6,68, BE -32, trombosyytit 15, CRP 125). Malarianäytteessä todettiin *Plasmodium falciparum* (myöhemmin Aurorassa infektiosteeksi laskettiin 7,9%). Potilas joutui päivystyspoliklinikalla pian uudelleen elvytykseen, mikä ei enää tuottanut tulosta, ja potilas menehtyi ennen malariahoitoa aloittamista.

Edellisten malariatapausten vuoksi HYKSin infektiyksikkö ja KTL laativat tiedotteen, joka on lähetetty sairaanhoitopiireille ja lääninlääkäreille 23.4. sekä annettu tiedotusvälineille 24.4. Onkin tärkeää, että matkustava yleisö muistaa varautua malariariskeihin asianmukaisesti. Lääkäreiden on hyvä kerrata malarian ehkäisyn menetelmät, taudinkuva, diagnostiikka ja hoito. Myös hoitavien yksiköiden olisi tarkistettava hoitostrategiansa malarian varalta. □

Hannu Kyrönseppä, HYKS-Aurora
(09) 471 5983

TARTUNTATAUTIEN NEUVOTTELUKUNNAN KOKOUS 8.4.1998

Neuvottelukunnan kokouksessa käsiteltiin Heinäveden yhdyskuntavesiepidemiaa ja viime vuoden lopulta lähtien entistä useammin esille nousseiden kalikivirusten merkitystä. EHEC-tilanteen todettiin rauhoittuneen ja listeria-epidemian tyystin loppuneen.

Neuvottelukunta keskusteli olosuhteista Kuopion HIV-tapauksen yhteydessä. Kuopiossa oli useita henkilöitä altistunut HIV-tartunnalle suojaamattomassa seksikontaktissa HIV-positiiviseen. Tämän seurauksena tartuntaa levittänyt vangittiin. Kahden viikon aikana Kuopiossa otettiin arviolta 700 HIV-testiä, jotka kaikki olivat negatiivisia. Neuvottelukunnan keskustelussa käsiteltiin lääkärin asemaa vastaavissa tilanteissa ja siihen mahdollisesti tulevia muutoksia sekä tiedotusta ja siihen liittyviä ongelmia. Ministeriön asettama HIV-asiantuntijaryhmä on miettinyt tartunnanjäljityksen keinoja ja tulee piakkoin antamaan suosituksen lääkärin oikeudesta HIV-positiivisen henkilön seksikumppanin informoimiseen. Neuvottelukunta totesi, että tiedotuspolitiikassa tulisi yleisesti pyrkiä siihen, ettei leimattaisi ja syyllistettäisi eri väestöryhmiä.

KTL:n edustajina Reijo Pyhälä ja Tapani Hovi alustivat influenssapandemian varalle Suomea varten työstettyä ehdotusta valmiussuunnitelmaksi. Influenssapandemialla tarkoitetaan ympäri maailmaa kulkevaa epidemiaa, jonka yhteydessä parin kuukauden sisällä sairastuu yli 25 prosenttia koko väestöstä. Sairastuvuuden ja kuolevuuden lisääntymisen lisäksi pandemia voi aiheuttaa häiriöitä yhteiskunnan toiminnassa. Koska pandemian ajankohdan ennustaminen on mahdotonta, Tapani Hovi toi esille valmiussuunnitelman laatimiseen liittyvät ongelmat. Ensimmäinen kansallinen valmiussuunnitelmaehdotus valmistui keväällä 1995, ja syksyllä 1997 Hongkongissa todetun pandemian vuoksi tehdyssä ehdotuksessa valmiussuunnitelmaa muutettiin ja täydennettiin. Yksityiskohtaisen suunnitelman käsittelyn jälkeen neuvottelukunta päätti hyväksyä sen tehdyin muutosehdoituksin. □

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

HEINÄVEDEN VIRUSEPIDEMIASSA SAIRASTUI NOIN 2 000

Heinävedellä helmi-maaliskuussa 1998 alkoi ilmetä vatsatautiepidemia, jonka oireisiin kuului raju oksentelu ja ripulointi. Oireilua kesti tavallisimmin vuorokauden. Sairastapausten huippu ajoittui maaliskuun toiselle ja kolmannelle viikolle.

Huhtikuun aikana potilasnäytteistä löytyneiden kalikivirusten sekä Heinäveden juomavesiverkostossa havaittujen koliformisten mikrobien takia paikalliset viranomaiset alkoivat epäillä juomavettä epidemian syyksi. Epäilyn saatu vahvistusta paikalliset viranomaiset aloittivat vedenjakeluputkiston puhdistamisen huuhtelemalla sekä kehittivät vedenjakeluverkon piirissä

olevia asukkaita keittämään juomavetensä.

KTL:n kehoituksesta Heinäveden kunta suoritti 9.-11. huhtikuuta vedenjakeluverkoston puhdistuksen ns. shokkikloorauksena (10 mg Cl₂/l) koko Heinäveden vedenjakeluverkon alueella. Shokkikloorauksen jälkeen verkostoa huuhdeltiin ja juomaveden jäännösklooripitoisuus nostettiin kahteen mg Cl₂/l:aan. Tehostettua kloorausta jatketaan ainakin siihen asti, kunnes Heinäveden vedenpuhdistamolle rakenteilla oleva saostus/flotaatio-yksikkö aloittaa toimintansa.

Alustava arvio sairastuneiden määrästä oli 200-300, mutta myöhempi Heinäveden kuntalaisille tehty kyselytutkimus osoitti, että koko Heinäveden taajaman asukasmäärään suhteutettuna sairastuneiden lukumäärä vastaa noin 2 000 asukasta eli noin 90 prosenttia väestöstä. Oman kaivoveden käyttäjä sairastui noin viisisataa eli 15-20 prosenttia väestöstä. Oman kaivoveden käyttäjistä suurin osa oli saanut taudin tartuntana perheenjäseniltä tai työtovereilta.

Heinäveden pintavedenottamon raakaveden saastumisen syytä ei tiedetä. Selvitystä varten Pohjois-Savon ja Etelä-Savon ympäristökeskukset ovat ottaneet noin 15 jätevesinäytettä, 10 vesilaitosten raakavesinäytettä ja yli 50 järvesinäytettä. Tutkimuksessa selvitetään muun muassa virusten mahdollista kulkeutumista reittivesistöissä Kuopiosta sekä Leppävirran että Heinäveden kautta aina Savonlinnaan asti. □

Terttu Vartiainen, KTL
(017) 201 346, terttu.vartiainen@ktl.fi
Ilkka Miettinen, KTL
(017) 201 382, ilkka.miettinen@ktl.fi

RUOKAMYRKYTUSTEN RAPORTOINTIKAVAKE ILMESTYNYT

Ruokamyrkytysten raportointi on uudistettu vuoden 1997 alussa siten, että ruokamyrkytysten epäilyilmoitus lähetetään Kansanterveyslaitokseen ja selvitys-ilmoitus Elintarvikevirastoon.

KTL on suunnitellut epäilyilmoituksen, joka on täysin uudentyyppinen ilmoitusmalli. Nyt myös Elintarvikevirasto on suunnitellut uudenlaisen ruokamyrkytysten selvitys-ilmoituksen, joka korvaa entisen vuodesta 1986 käytetyn selvityslomakkeen. Tätä uutta selvitys-ilmoitusta on postitettu kunnallisille elintarvikevalvontaviranomaisille ja sosiaali- ja terveysministeriö postittaa sen myös kunnallisille ruokamyrkytysten selvitysryhmille. Selvityslomaketta voi tilata Elintarvikevirastosta, puhelin (09) 77 261.

Uuden selvityslomakkeen pohjana on entiseen tapaan käytetty tietoa, jota tarvitaan ruokamyrkytysten kansainväliseen raportointiin. Lomakkeessa tiedustellaan altistuneiden ja sairastuneiden määriä, oireita ja niiden itämisaikaa. Lisäksi kysytään tehtyjä laboratoriotutkimuksia ja niiden tuloksia sekä sairastuneista, elintarvikkeista

että ympäristöstä. Selvitysraporttien ja KTL:n tartuntatautilastosten perusteella tehtävä vuosittainen yhteenvedo lähetetään WHO:n Euroopan alueen ruokamyrkytyskeskukseen Berliiniin, joka toimii Kuluttajansuojaja- ja eläinlääkintälaitoksen (Bundesinstitut für Gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin, BgVV) yhteydessä.

Ruokamyrkytyksen puhkeamiseen johtaneet syyt ovat elintarvikevalvonnan kannalta keskeisintä: missä ja millaisissa oloissa ihmiset sairastuivat sekä mistä ruokamyrkytyksen aiheuttanut ruoka tai elintarvike oli peräisin, miten se oli valmistettu ja säilytetty. Jokainen selvitys tuo viranomaisille arvokasta lisätietoa ehkäiseviä valvontatoimia suunniteltaessa. Tietoja voidaan

hyödyntää myös kehitettäessä elintarvike- teollisuuden ja suurtalouksien omavalvontaa. Ruokamyrkytys selvitysten kautta voidaan saada tietoa myös uusista riskielintarvikkeista.

Selvitysraportissa on nyt myös kohta ruokamyrkytysten kustannusten arviosta. Lisäksi juomaveden roolia myrkytysten lähteenä on haluttu painottaa varaamalla juomavettä koskeville tiedoille lomakkeesta oma osansa. □

Lisätietoja:

Marjatta Rakkio, Elintarvikevirasto
(09) 7726 7615

Lomaketilaukset:
Elintarvikevirasto,
puhelin (09) 77 261

MUUTOKSIA KTL:N ROKOTUS-
NEUVONNAN PUHELINAIKOIHIN:
Matkailurokotusten uudet puhelinneuvonta-ajat ovat maanantaisin ja torstaisin klo 10-12, puhelin (09) 4744 8485.

Yleisen rokotusohjelman puhelinneuvonta-ajat ovat kesäkuusta alkaen arkisin klo 9-12, puhelin (09) 47 441/rokoteosasto. Vastaukset kysymyksiisi voit löytää myös Rokottajan käsikirjasta, josta on myös www-versio KTL:n kotisivuilla. Rokoteneuvontaa antavat myös terveyskeskusten tartuntataudeista vastaavat terveydenhoitajat ja lääkärit. Kiireellisissä rokotusten haittavaikutuskysymyksissä voit soittaa numeroon (09) 4744 8487 tai (09) 4744 8671.

ULOSTENÄYTTEET RUOKA- JA VESIPERÄISISSÄ EPIDEMIOISSA

Ruokamyrkytystapauksissa ulostenäytteet pyritään keräämään mahdollisimman pian oireiden alkamisen jälkeen bakteriologisia tutkimuksia varten. Samoja näytteitä voidaan käyttää myöhemmin virus- ja parasiittitutkimuksiin, jos näytteet säilytetään oikealla tavalla. Epäily virusten tai parasiittien osuudesta herää usein niin myöhään, että uusia näytteitä ei enää ole saatavissa oireilevista potilaista.

Suosittellemme, että epidemiaselvityksissä pyritään saamaan ulostenäyte (astianmyötäinen ripulinäyte paras) vähintään 5-10 henkilöltä, mieluiten oireilevilta. Ulostetta tulee olla sekä näytenäytteessä että kuljetuspätkessä (Transpocult tai vastaava). Näytteet lähetetään siihen aluetta palvelemaan keskus- tai yliopistosairaalan klinisen mikrobiologian laboratorioon, jonka kanssa ruokamyrkytys epidemianäytteisiin liittyvistä tutkimuksista on sovittu.

NÄYTTEIDEN KÄSITTELY-
JA TUTKIMUSPERIAATTEET
OVAT SEURAAVAT:

1. Bakteriologista tutkimusta varten valitaan saatujen näytteiden joukosta 3-5 edustavinta ripuliulostetta. Niistä tehdään

F-BaktVi3-tutkimus (sisältää F-BaktVi1 -tutkimuksen sekä *Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus* ja *Clostridium perfringens* -viljelyt). Tarvittaessa tutkimusta täydennetään EHEC- ja vibrio-viljelyillä.

2. Kaikista saaduista ulostenäytteistä siirretään osa ulosteesta formaliinia sisältävään näyteastiaan mahdollisesti myöhemmin tehtäviä parasiittitutkimuksia varten (1 osa ulostetta + 3 osaa 10 % formaliinia, säilytys jääkaapissa, ei saa jäätyä). Näytteestä voidaan tutkia mm. *Cryptosporidium*, *Cyclospora*, sekä *Giardia* ja ameban kystat.

3. Jäljelle jäänyt ulostenäyte säilytetään pakastettuna (-20°C) alkuperäisessä näyte- astiassa mahdollisesti myöhemmin tehtäviä virustutkimuksia varten. Näytteestä voidaan tutkia astro-calici- ja hepatiitti A -virukset.

Edellytyksenä näytteiden säilytykselle on, että epidemiaa konsultoiva keskussairaalan infektio lääkäri tai mikrobiologi ilmoittaa mahdollisimman varhain epidemiaa epäiltäessä näytteen säilytystarpeesta ulostenäytteen bakteriologisista tutkimuksista laboratoriossa vastaavalle henkilölle.

Ruokamyrkytys epidemiaselvityksissä ulostenäytteiden tutkimisen alueellinen koordinaatio vastuu on sairaanhoitopiirin keskussairaalan klinisen mikrobiologian laboratorion. Valtakunnan tasolla KTL:n infektio epidemiologian osasto koordinoi tarvittaessa epidemian selvitystyötä. KTL:n suolistobakteriologian laboratorio toimii F-BaktVi3 -tutkimusten tukilaboratoriona. HYKS-Diagnostiikan virologian ja parasitologian laboratoriot toimivat näiden alojen tukilaboratorioina.

Epidemiaselvityksinäytteiden lähettämisestä on välttämätöntä ilmoittaa etukäteen tutkivalle laboratoriolle. Bakteriologisten näytteiden huonon säilyvyyden takia ne pyritään aina tutkimaan paikallisessa keskuslaboratoriossa, jossa useimmiten on siihen hyvät valmiudet. Vain erikseen sovitavissa poikkeustapauksissa ne voidaan tutkia KTL:n suolistobakteriologian laboratoriossa. Tällöin ne lähetetään sinne pikakuljetuksena (esim. linja-auto, taksi, lentokone). Parasiitti- ja virustutkimusnäytteet voidaan lähettää tukilaboratorioihin normaalina näytenäytteidenä. Näytteisiin merkitään selvästi 'epidemiaselvitys näyte'.

TUKILABORATORIOIDEN OSOITTEET

BAKTEERITUTKIMUKSET:

Kansanterveyslaitos
Suolistobakteriologian laboratorio
Mannerheimintie 166
00300 Helsinki
Puhelin (09) 4744 8244
Fax (09) 4744 8238

Tiedustelut:
Anja Siitonen
tai Liisa Immonen

VIRUSTUTKIMUKSET:

HYKS-Diagnostiikka
Virologian osasto
Haartmaninkatu 3
00029 HYKS
Puhelin (09) 1912 6506
Fax (09) 1912 6491

Tiedustelut:
Carl-Henrik von Bonsdorff
tai Leena Maunula

PARASIITTITUTKIMUKSET:

HYKS-Diagnostiikka
Parasitologian laboratorio
Haartmaninkatu 3
00029 HYKS
Puhelin (09) 1912 6297
Fax (09) 1912 6244

Tiedustelut:
Sakari Jokiranta
tai Seppo Meri

EPIDEMIASELVITYSTÄ

KOORDINOI TARVITTAESSA
(EPÄILYILMOITUKSET,
EI NÄYTTEITÄ)
Kansanterveyslaitos
Infektio epidemiologian osasto
Mannerheimintie 166
00300 Helsinki
Puhelin (09) 4744 8557
(infektio lääkäri)
Fax (09) 4744 8468.

kojen osoitteet sekä sairaaloiden ja terveyskeskusten sairaansijamäärät ja erikoisalut. Tämä rekisteri antaa osoitteet HILMO-tietojen keräämistä varten. Palveluiden tuottajia ovat kunnat, kuntayhtymät, yksityiset yritykset ja jossakin määrin myös valtio.

Kuntarekisteri taas on SOSiaali- ja Terveystietokeskusten tilastotietokanta SOTKA, joka voidaan määrittellä myös tietopalveluvälineeksi. Siihen on koottu tietoja mm. eri ministeriöiden, Tilastokeskuksen, Kelan, Suomen Kuntaliiton ja Stakesin tilastoista ja rekistereistä. Tietokannan perusyksikkö on kunta ja se on luotu palvelemaan juuri kuntia.

HISTORIAA

JA PERIAATTEITA

Rekisterijärjestelmän kehittäminen alkoi 1950-60-luvuilla, jolloin alkunsa saivat syöpärekisteri, raskaudenkeskeyttämis- ja sterilisointirekisteri, terveydenhuoltohenkilöstön rekisteri, epämuodostumarekisteri sekä sairaaloiden poistoilmoitusjärjestelmä eli nykyinen HILMO. Muut rekisterit ovat 1980-90-lukujen perua, viimeisimpinä vuodelta 1995 sosiaalihuollon laitosten hoitoilmoitusjärjestelmä sekä asumispalvelujen ja kotihoidon laskennat. Myös toimipaikkarekisteri ja SOTKA ovat suunnilleen saman ajan lapsia. Parhailaan ovat kehittäneet lastensuojelu- ja toimeentulotutkirekisterit.

Aikojen kuluessa rekisterimpidon tekniikka ja niitä koskevat säädökset ovat muuttuneet. Henkilöstörekisterien tietosuojaa on viime aikoina tehostettu erityisesti. Tiedossa ei ole, että keskusrekisterin pitäjän toimet olisivat vaarantaneet aiemminkaan yksilön tietosuojaa. Sosiaali- ja terveysministeriössä valmistellaan lakiehdotusta sosiaalihuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä. Se koski lastensuojelu-, toimeentulotuki- ja sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteriä. Lakiehdotuksessa on lähdetty hallitusmuodon 15 a §:n säännöksestä, jonka mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle kansalaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Keskeisiä välineitä seurannassa ovat tilastot, rekisterit ja tutkimukset. Rekistereitä voi käyttää ainoastaan tilasto- ja tutkimuskäytössä, ei yksittäiseen henkilöön kohdistuvassa päätöksenteossa.

Nämä periaatteet koskevat kaikkia henkilöperusteisia rekistereitä. Yksilö on oikeutettu tietosuojaan, mutta sen turvin ei saa tuottaa huonolaatuista palvelua eikä loukata hänen etujaan maksavana asiakkaana tai potilaana ja veronmaksajana. Tilastojen hinta on koko lailla kohtuullinen. Vuonna 1996 sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan menot olivat noin neljäsosin valtion budjetista, valtion tilastotoimen kustannuksista tämän hallinnonalan osuus oli 3,3 prosenttia.

REKISTERIT JA PAIKALLISUUS

Terveyskeskusten suunnittelijat ja päätöksentekijät ovat aiemmin käyttäneet lähinnä valmiita tilastoja. Niitä ovat tuottaneet ministeriö, keskusvirastot, Kela, lääninhallitukset ja sairaanhoitopiirit sekä Suomen Kuntaliitto ja sen edeltäjänä Sairaalaliitto. Eräät kaupungit mm. Helsingin seudulla ovat perustaneet omia aluetietokantiaan, joita

myös terveydenhuolto on voinut käyttää. Myös Tilastokeskuksen ALTIKA-tietokanta on ollut kuntien käytettävissä jo vuosia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastouudistus vuonna 1994 uudisti tilastoaineistojen sisällön ja tiedonkeruun. Stakes ja Tilastokeskus ovat nyt tämän alan tilastoviranomaisia. Tietopalvelua parannettiin perustamalla SOTKA-tilastotietokanta. Se palvelee kuntia, alue- ja keskushallintoa, tutkijoita ja tiedonvälitystä.

Tilastokeskus kerää kunnilta mm. terveydenhuollon taloustiedot ja toimittaa ne SOTKA-tietokantaan. Toimintatietojen hankkijana toimii Suomen Kuntaliitto sopimuksen mukaan. Aktiivista työvoimaa koskevat tiedot tulevat SOTKAan Tilastokeskuksen palkkatilastosta. TERHIKKI-tietokannasta taas löytyy koulutettu, potentiaalinen työvoima. Kela tuottaa SOTKA-tiedot yksityisistä terveyspalveluista. HILMO-rekisterit ja laitoshoidon korvaavien hoitomuotojen rekisterit tuottavat SOTKAa varten kunta-kohtaisia tietoja asiakaslaskennoista ja asiakkaiden, potilaiden, hoitajakojojen ja hoitopäivien vuotuisista määristä.

Kaikkiaan SOTKAssa on noin 3 000 muuttujaa kunnan taloudesta, väestöstä, sosiaalisista haasteista, sairastavuudesta ja kuolleisuudesta, perheistä, asumisesta, työvoimasta, kustannuksista ja palvelujen käytöstä. Aikasarjat alkavat vuodesta 1990 tai tilaston alkamisvuodesta. Kuntakohtaiset tiedot voi yhdistellä hyvin monien aluejakojen mukaan, jolloin ohjelma laskee aluetta koskevat laskennalliset muuttujat kuten indeksit ja prosentit.

Kuntayhtymiä varten voi muodostaa pyryä "oman alueen", mutta silloin joutuu laskemaan itse tarvitsemansa laskennalliset muuttujat. Selostus tietojen kerääjästä, lähteestä, päivitätsajasta, luokituksista ja määrittämisestä löytyy nappulan napsautuksella tilasto-ohjeista. Tietoja päivitetään sitä mukaa kun tilastot valmistuvat.

SOTKAlla on noin 500 käyttäjää, joista kuntia on 223. Neljässä kansanterveysalan kuntayhtymässä ja 10 sairaanhoitopiirissä on SOTKA. Kunnissa käyttäjinä on luonnollisesti myös terveyskeskusten työntekijöitä. SOTKA-yhdyskuntaverkkoon kuuluu kaikkiaan 370 henkilöä, joille järjestetään koulutusta ja lähetetään materiaalia.

SOTKA-tietokantaa kehitetään jatkuvasti. Seuraava isompi askel on ehkäisevää sosiaali- ja terveyspolitiikkaa, yksityistä toimintaa ja hammashuoltoa koskevien tietojen määrän lisääminen sekä kunnan taloustilastojen muutos. Jatkossa pohditaan myös, miten otospohjaista tietoa ja rekisteritietoa voitaisiin esittää kuntaa isomman alueen, esimerkiksi maakunnan, puitteissa. Pienen kunnan raameissa ei voi antaa käyttöön yksityiskohdasta diagnoosi- ja ikäjakaumaa esimerkiksi sairastavuudesta ja kuolleisuudesta. Tapauseräät jaisivat hyvin alhaisiksi ja yksilön tietosuojakin saattaisi vaarantua. Siirtyminen internet-tekniikkaankin hämmöittää. Nykyinen sanomavälitteinen tekninen ratkaisu (OVT/EDI) on toiminut hyvin, mutta se edellyttää tietoliikenneyhteyden avaamista erikseen jo-

kaiselle käyttäjälle.

Stakes on kehittänyt rekistereitään laatimalla niistä relatiotietokannan. Sen pohjalta on tehty julkinen, interaktiivinen selailuliittymä Netti-HILMO sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille, kansalaisille ja tiedotusvälineille. Netti-HILMO ei sisällä yksilöön kohdistettavaa tietoa. Hoitoilmoitustiedot ovat saatavissa maakunnittain ja sairaanhoitopiireittäin internetin kautta (<http://info.stakes.fi/nettihilmo>). Kevään 1998 aikana Netti-HILMO laajenee koskemaan myös sosiaalihuollon tietoja. Valmis-teilla on myös maksullinen Netti-HILMO, josta saa sairaanhoitopiiri-kohtaista tietoa joko kunnittain tai laitoksittain.

Rekistereitä käytetään tilastojen tekoon. Niitä tuotetaan niin henkilörekisterien, toimipaikkarekisterin kuin SOTKAnkin avulla. Kuntaa varten on kehitetty erityinen tilastotuote, Stakesin kuntatilasto, joka perustuu SOTKAan ja HILMOon. Se tehdään tilauksesta räätälöitynä tiettyä kuntaa varten. Kunta itse saa sanoa, mihin kuntaan tai alueeseen sitä verrataan. Kartat, väestöpyramidit, benchmarking, aikasarjat, palvelurakennekuviot ja lukuisat taulukot on esitetty väreissä. Tämän lisäksi Stakes tekee tilauksesta kunnille tilastoja myös erikseen.

Innostunut suunnittelija tai arvioitsija ei välttämättä tyydy vielä yllä oleviin lähteisiin. Rekisterit ovat avoimia tutkijalle, joka tutkimmussuunnitelman perusteella voi saada sosiaali- ja terveysministeriöltä luvan myös yksilökohtaisen rekisteriaineiston käyttöön. Tähän mennessä vain murto-osa rekisterien tarjoamasta tutkimuspotentiaalista on käytetty. Tietoihin voi sukeltaa niin klinisen, hallinnollisen, taloudellisen kuin väestöllisenkin viitekehysten kannattamana. Esimerkiksi ennusteita on tehty varsin vähän ja simulointia ei ollenkaan. Yleisimpiä ovat olleet joko kliniset tai taloudelliset selvitykset ja tutkimukset. □

Anni Hakkarainen, Stakes

(09)3967 2367,

anni.hakkarainen@stakes.fi



REKISTERIT AVAAVAT AINUTLAATUISET TUTKIMUS- MAHDOLLISUUDET

Suomessa terveystutkijoilla on poikkeuksellisen hyvät mahdollisuudet hyödyntää eri viranomaisten ylläpitämiä rekistereitä. Lukuisat väestö- ja terveyttä koskevat rekisterit sisältävät enemmän ja laadukkaampia tietoja kuin ehkä missään muussa maassa. Tätä suomalaisten tutkimuksen etulyöntiasemaa olisi syytä hyödyntää tähänastista enemmän.

Rekistereiden tutkimuskäyttö auttaa myös kehittämään rekisteriaineistojamme niin, että ne palvelevat sekä hallinnollisia että tutkimustarkoituksia yhä paremmin.

Yleensä rekisteriaineistoilla tarkoitetaan viranomaisten pääasiassa hallinnollisia tai tilastollisia tarkoituksia varten kokoamia tietoja, joiden havaintoyksikkönä on useimmiten henkilö. Tällaisia rekistereitä ovat esimerkiksi Tilastokeskuksen ylläpitämät tutkintorekisteri ja kuolemansyrekisteri sekä väestölaskenta-aineistot. Sairauksia sekä niiden hoitoa ja muita seurauksia koskevia rekistereitä kokoavat mm. Stakes, Kela, Eläketurvakeskus, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos.

REKISTERIAINEISTOJEN KÄYTTÖTAPOJA

Hallinnollisiin ja tilastointitarkoituksiin kerättyjä aineistoja on perinteisesti käytetty tutkimuksissa pääasiassa välillisesti eli analysoimalla perusaineistoista koottuja tilastojulkaisujen tietoja. Rekisteriaineistot poikkeavat kuitenkin tilastotiedoista siinä suhteessa, että yksilöitä tai muita havaintoyksiköitä koskevia tietoja ei ole taulukoitu valmiiksi. Tutkija voi siis analysoida aineistoa periaatteessa tavanomaisen survey-analyysin aineiston tapaan, joskin rekisteriaineiston suuri koko asettaa usein rajoituksia tilastollisten menetelmien valinnalle.

Rekistereiden tutkimuskäytössä voidaan erottaa ainakin neljä keskeistä käyttömuotoa. Yksinkertaisin tapa on käyttää rekistereitä yksittäin, jolloin saadaan tietoja mm. rekisteröityjen tapahtumien tai yksiköiden lukumääristä ja niistä ominaisuuksista, joita kyseiseen rekisteriin on tallennettu. Toinen käyttömuoto on liittää rekisteriin riskiväestötietoja eli tietoja rekisterin kohdeväestöstä, jolloin voidaan tutkia rekisteröityjen ilmiöiden yleisyyttä ja sen vaihtelua väestössä. Kolmanneksi voidaan yhdistellä eri rekistereiden tietoja, mikä tarjoaa monipuolisimmat mahdollisuudet pelkkiin rekisteritietoihin perustuvalle tutkimukselle. Neljäs käyttötapana on täydentää haastattelutai kyselytutkimusten tietoja yhdistämällä niihin rekistereistä saatavia tietoja.

REKISTERIAINEISTOJEN EDUT

Monia tieteellisesti ja/tai terveystaloudellisesti olennaisia kysymyksiä ei ole aiemmin voitu tutkia luotettavasti, koska käytettävissä ei ole ollut esimerkiksi väestö-, kuolemansyy- ja sairausrekisterien tietojen yhdistelyyn perustuvia aineistoja. Pohjoismaiden ulkopuolella tällaisten yhdistettyjen rekisteriaineistojen muodostaminen ei yleensä ole mahdollista puutteellisempien rekisterien ja niiden käyttöä rajoittavien säädösten takia. Suomessa onkin tehty myös kansainvälisesti merkittäviä tutkimuksia, joita ei olisi voitu toteuttaa ilman ainutlaatuisia rekisteriaineistojamme. Hyviä esimerkkejä ovat monet syöpärekisterin tietoihin perustuvat tutkimukset syöpien ilmaantuvuuteen ja enusteeseen vaikuttavista tekijöistä sekä kuolleisuuden ja terveyspalvelujen käytön sosioekonomisia eroja koskevat tutkimukset. Silloinkin, kun tutkimusaihetta on mahdollista selvittää myös muunlaisilla aineistoilla, rekisteriaineistoihin ja niiden yhdistelyyn perustuva tutkimus tuottaa usein luotettavamman tuloksen olennaisesti halvemmalla.

REKISTERIAINEISTOJEN ONGELMAT

Aivan ongelmatonta rekisteriaineistojen käyttöä ei toki ole. Vastoin toisinaan esitettyä käsitystä rekisteriaineisto ei useinkaan ole "valmis" aineisto. Useimpia sairausrekistereitä ylläpidetään hallinnollisia tarkoituksia varten, eikä niitä ole yleensä alun perin suunniteltu tutkimuskäyttöön. Tutkijalle soveltuvan rekisteriaineiston muodostaminen voi olla vaikeaa mm. hallinnollisista, taloudellisista ja tietosuojaan liittyvistä seikoista johtuen. Lisäksi epidemiologisten tutkimusten kannalta on usein ongelmallista, että rekistereihin ei yleensä sisälly suoranaisia riskitekijätietoja. Toisinaan näitäkin puutteita voidaan korjata esimerkiksi liittämällä rekisteriaineistoihin muista lähteistä saatavia aggregaattitasoisia tietoja, kuten henkilön syntymä- tai asuinalueen ominaisuuksia kuvaavia muuttujia.

TIETOSUOJA

Tietosuoja ja sitä koskevat säännökset ovat keskeisiä rekisteritietojen tutkimuskäytössä. Säännösten tarkoituksena on varmistaa, että rekisteritietoja käytetään vain luvallisiin tarkoituksiin ja ettei kenenkään yksityisyyttä loukata. Kaikkien rekisteritietojen käytävien tulee tuntea rekistereiden käyttöä koskeva lainsäädäntö ja muu säännöstö. On itsestään selvää, että tutkijoiden tulee noudattaa ehdottoman tarkasti tietosuojasääntöjä. Pienikin erehdys tai laiminlyönti tässä suhteessa voi aiheuttaa suurta haittaa kaikille rekisteriaineistoja käyttäville tutkijoille – ja viime kädessä myös kansalaisille, joiden hyvinvoinnin edistämiseen tutkimuksella pyritään.

Pohjoismainen tietosuojalainsäädäntö sallii laajemmin rekisterien käytön tutkimustarkoituksiin kuin esimerkiksi Keski-Euroopan maiden lainsäädäntö. Tutkimus on suomalaisessa tietosuojalainsäädännössä asetettu erityisasemaan muuhun tietojen käyttöön verrattuna. Siten arvokkaat tietoaaineistot on saatua tutkimuksen käyttöön. On tärkeää, että tietosuojasäädöksiä uudistettaessa ja tulkittaessa EU:n jäsenyydestä huolimatta ymmärretään rekisteriaineistojen suuri arvo tutkimuskäytössä ja terveydenhuollon kehittämisessä. □

Seppo Koskinen, KTL
(09) 4744 8762, seppo.koskinen@ktl.fi
Tuija Martelin,
Helsingin yliopisto, sosiologian laitos
Tapani Valkonen,
Helsingin yliopisto, sosiologian laitos

Viitteet:
Valkonen T, Koskinen S, Martelin T, toim.
Rekisteriaineistot yhteiskunta- ja terveys-
tutkimuksessa. Gaudeamus, Helsinki 1998
Keskimäki I, Salinto M, Koskinen S.
Viranomaisrekisterit terveyden ja
terveyspalvelujen käytön tutkimusaineistoina.
Suomen Lääkärilehti 1997; 52:585-591

RUISLEIPÄ TAITAA OLLA MUODISSA

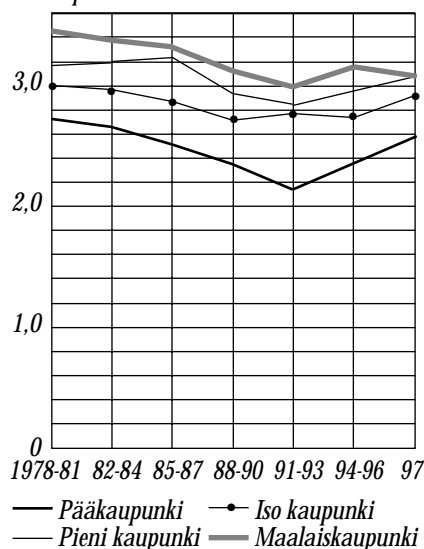
Hyvin koulutetut kaupunkilaisnaiset ovat Suomessa osoittautuneet ruokatottumusten muutosten kärkiryhmäksi. He ovat ensimmäisinä lisänneet mm. kasvien ja pehmeiden kasvisrasvojen käyttöä. Aikuväestön terveyskäyttäminen -postikyselyn (AVTK) perusteella on tutkittu, millä tavoin ruisleivän, perinteisen suomalaisen elintarvikkeen, käyttö on muuttunut eri väestöryhmissä.

Ruisleivän, kuten muunkin leivän, keskimääräinen kulutus väheni jonkin verran vuosina 1978-97. Itäisessä Suomessa ja maaseudulla ruisleipää syötiin keskimääräistä enemmän ja rannikkoseuduilla ja kaupungeissa keskimääräistä vähemmän. Pääkaupunkiseudulla asuvien naisten ruisleivän kulutuksen lasku vaikuttaisi taittuneen 1990-luvulla.

Koulutusasteen mukaiset ruisleivän käyttöerot olivat molemmilla sukupuolilla samankaltaiset: mitä enemmän koulutusta sitä vähemmän ruisleipää. Ruisleivän käyttö näyttää vähentyneen eniten perusasteen koulutuksen saaneiden miesten ryhmässä, jossa tosin kulutuksen lähtötasokin oli korkein. Alhaisimman kulutuksen ryhmä, pääkaupunkiseudulla asuvat naiset, vaikuttaisi kuitenkin lisänneen ruisleivän käyttöään 1990-luvulla; keskimääräisissä on lievä nousu ja tosin kuin miehillä ruisleipää syömättömien osuus on jonkin verran pienentynyt.

Naisten ikävakioitu ruisleivän kulutus (paloja päivässä) kaupungistuneisuusasteen mukaan vuosina 1978-97.

Palaa päivässä



Päivittäin vihanneksia ja hedelmiä syövät pääkaupunkiseudulla asuvat naiset söivät ruisleipää säännönmukaisesti enemmän kuin harvemmin kasviksia käyttävät. Kasvien ja hedelmien päivittäiskäyttäjien muita runsaampi ruisleivän käyttö on varsin mielenkiintoista myös siksi, että ryhmään kuuluu paljon koulutettuja ihmisiä, joiden tulisi

aineistossa havaittujen yleislinjojen perusteella syödä runsaasti pikemminkin keskimääräistä vähemmän. Maaseudulla asuvien miesten keskuudessa runsaasti syötiin ei ollut yhteydessä kasvien ja hedelmien runsaaseen käyttöön. □

*Ville Helasoja, KTL
(09) 303 415, ville.helasoja@ktl.fi
Ritva Prättälä, KTL
(09) 4744 8631, ritva.prattala@ktl.fi*

VALTAKUNNALLISEN SAIRAALAINFEKTIO-OHJELMAN ALKUTAIVAL...

Vuoden 1998 alusta on käynnistynyt neljän pilottisairaalan ja Kansanterveyslaitoksen yhteinen sairaalainfektio-ohjelma. Sen tavoitteena on tuoda esille torjuntatyön merkitys sairaalainfektioiden ehkäisyssä kehittämällä niiden seuranta ja pystyttämällä valtakunnallinen sairaalainfektioirekisteri. Ohjelma perustuu vapaaehtoisuuteen, yhteistyöhön ja luottamuksellisuuteen. Alkuvaiheessa rahoituksesta vastaavat sosiaali- ja terveysministeriö sekä Kansanterveyslaitos. Pilottivaiheen jälkeen täyspainoisesti jatkuakseen ohjelma tarvitsee myös muiden tahojen panosta.

Syksyllä 1997 pilottisairaaloiksi ilmoittautuivat Meilahden sairaala Helsingin yliopistollisesta keskussairaala (HYKS), Jorvin sairaala, Tampereen yliopistollinen sairaala (TAYS) ja Päijät-Hämeen keskussairaala. Pilottisairaaloiden torjuntatyöstä vastaavat henkilöt (hygieniahoitaja, infektio lääkäri, kliininen mikrobiologi ja hygieniatoimikunnan puheenjohtaja) ovat osallistuneet ohjelman suunnitteluun. Hanketta koordinoi KTL:n sairaalainfektioitiimi, johon kuuluvat infektio lääkäri Outi Lyytikäinen, erikoissairanhoidtaja Marika Seger ja sihteeri Reija Hirvonen. Alkutaipaleen taustatukena on toiminut sairaalainfektio-ohjelman johtoryhmä, jonka puheenjohtajana toimii Jaana Vuopio-Varkila (KTL/bakteriologian osasto) ja jäsenenä KTL:n bakteriologian, infektioepidemiologian ja Turun osaston asiantuntijoita (Marti Vaara, Petri Ruutu, Pauli Leinikki ja Pentti Huovinen).

Ensimmäiset yhteiset pilottisairaaloiden kokoukset on pidetty joulukuussa 1997 ja maaliskuussa 1998. Yhteiskokouksia tullaan järjestämään kolmen kuuden kuukauden välein. Kokouksien on tarkoitus muodostaa keskustelu- ja suunnittelufoorumi, jossa päätetään mm. ohjelman toteutustavoista. Suunnittelun tueksi kootaan asiantuntijaryhmiä, joihin kuuluu pilottisairaaloiden edustajien lisäksi ulkopuolisia asiantuntijoita.

EDETÄÄN JAKSOITTAIN

Ohjelma etenee vaiheittain. Ensin on keskitytty koko sairaalan veriviljelypositiivisten infektioiden seurantaan laboratorio-pohjaisesti. Kerättävän tiedon yhdenmukai-

TUPAKOINNIN VÄHENTÄMISVERKOSTO PERUSTEILLA

Hallinnossa, yksityisellä sektorilla sekä yliopistoissa ja tutkimuslaitoksissa tupakoinnin vähentämisen eteen työtä tekevät eri tahot ovat päättäneet perustaa kansallisen yhteenliittymän eli koalition verkostoitumisen ja tiedonvälityksen edistämiseksi.

Perustava kokous pidetään Etelä-Suomen lääninhallituksen tiloissa, osoite Ratapihantie 9, Helsinki, tiistaina 2.6.1998 kello 9.00-12.00. Kaikki tupakoinnin vastaisesta työstä kiinnostuneet ovat tervetulleita kokoukseen.

Osallistumisesta pyydetään ilmoittamaan 26.5.1998 mennessä toiminnanjohtaja Mervi Haralle, jolta myös saa lisätietoa, Suomen ASH ry:n toimistoon, fax (09) 7253 0320, puhelin (09) 148 6615.

suuden varmentamiseksi työtetään parilaan asiantuntijatyöryhmän avulla yhteisiä kriteerejä sairaalaperäiselle veriviljelypositiiviselle infektiolle sekä määritellään potilaaseen ja annettuun sairaalahoitoon liittyviä riskitekijöitä. Veriviljelypositiivisten infektioiden seuranta käynnistyy kesään mennessä. Alkuvaiheessa tiedot kerätään lomakemuodossa ja viedään KTL:ssä yhteiseen rekisteriin. Palaute sairaaloille tullaan antamaan tartuntatautirekisterin tapaamalla www-sivuin, joista osa on yleisölle avoimia, osaan pääsy on rajattu osallistuville sairaaloille ja osaan yksittäiselle sairaalalle.

Seuraavassa vaiheessa kehitetään suunnattua seuranta, joka tapahtuu infektio tyypin, osaston tai erikoisalun perusteella. Kohteina ovat esim. tiettyihin kirurgisiin toimenpiteisiin liittyvät leikkaushaavainfektiot, teho-osaston infektiot ja hematologisten potilaiden katetri-infektiot. Kirurgian alalta proteesi- ja koronaarikirurgia ovat herättäneet kiinnostusta. Suunnatun seurannan suunnittelu aloitetaan asiantuntijaryhmän kokoamisella ja yhteisen kriteeristön luomisella. Pilottivaiheen päätteeksi on suunniteltu prevalenssitutkimusta.

HAASTEITA RIITTÄÄ

Ohjelman alkutaipaleella on paljastunut useita seikkoja, jotka tekevät rekisterin pystyttämisen valtakunnallisella tasolla haasteelliseksi. Näitä ovat 1) tämän hetkisen seurannan toteutuksen monimuotoisuus, 2) yhteisten, riittävän spesifisten sairaalainfektio määritelmien puuttuminen, 3) muiden riskiluokitusten kuin puhtausluokituksen vähäinen käyttö potilaan infektioriskin arvioimisessa, 4) käytössä olevien rekisteriohjelmien kehittämistyön hankaluus ja 5) torjuntatyöhön suunnattujen voimavarojen vähäisyys. Ohjelman edetessä toivomme löytävämmä konsensusratkaisun näistä mahdollisimman moneen.

Valtakunnallinen sairaalainfektioirekisteri voisi tulevaisuudessa toimia uutena työkaluna hoidon laadun seurannassa. Tämän avulla sairaalat voisivat itse luottamuksellisesti ja tietosuojakysymyksiä vaarantamatta verrata omaa toimintaansa muiden vastaaventyyppisten sairaaloiden toimintaan. Lisäksi ohjelmaan osallistuminen voi olla eduksi kilpailtaessa sairaalan sisäisistä resursseista. Jo alkuvaiheessa on käynyt ilmi, että keskus-teleminen sairaalainfektioihin liittyvistä ongelmista ja kokemuseräisen tiedon jakaminen eri tahojen kesken on keino edistää sai-

raalainfektioiden torjuntaa Suomessa. □

*Outi Lyytikäinen, KTL
Marika Seger, KTL
Jaana Vuopio-Varkila, KTL
(09) 4744 8240, jaana.vuopio@ktl.fi*

HIV-PIKATESTIT VOIVAT SITTENKIN OLLA HYÖDYLLISIÄ

Niin sanotuilla HIV-pikatesteilla voidaan tehdä alustava diagnoosi potilaan odottaessa. Koska ne eivät ole aivan yhtä luotettavia kuin tavanomaiset HIV-testit, niiden käyttöä on kritisoitu. Virheellisen alustavan tuloksen on pelätty johtavan voimakkaisiin, jopa itsetuhoisiin reaktioihin. Nyt USA:ssa on saatu selvää näyttöä siitä, että pikatestejä käyttämällä voidaan saavuttaa merkittävää epidemiologista hyötyä ja siellä suunnitellaankin niiden käytön edistämistä. Tällä on välillistä merkitystä myös Suomessa.

HIV-pikatestien käytöstä on keskusteltu Suomessa useaan otteeseen ja näkökohtia on esitetty niin puolesta kuin vastaan. Tieteellistä tutkimusta siitä, olisiko pikatestin käytöstä hyötyä vai haittaa HIV-epidemian rajoittamisessa, ei ole tehty Suomessa eikä oloihimme sovellettavia tuloksia muualtakaan ole ollut saatavissa. Nyt CDC (Centers for Disease Control) on kuitenkin saamassa valmiiksi laajan tutkimuksen, joka näyttää tukevan sitä käsitystä, että pikatestien käyttö tehostaisi merkittävästi HIV-testaukseen liittyvän neuvonnan ja ehkäisyn vaikutusta. Raportti johtanee USA:ssa testauskäytännön muuttumiseen ja vaikuttanee myös muissa maissa kehityksen kulkuun.

HYVÄT JA HUONOT PUOLET

Pikatestejä on aikaisemmin vastustettu muunmuassa niiden epäluotettavuuden vuoksi. Tekniikka on kuitenkin jatkuvasti parantunut, ja nykyisin tällaisilla testeillä voidaan saada kymmenessä minuutissa luotettava negatiivinen tulos ja suuntaa antava positiivinen tulos.

Pikatestien arvostelijat ovat myös korostaneet, ettei ehkäisyyn liittyvä neuvonta ja käyttäytymisen ohjaus onnistu yhdellä kertaa niin hyvin kuin henkilön tullessa myöhemmin tuloksia kuulemaan ja ollessaan valmis-

tautunut tiedon vastaanottamiseen. Useissa tutkimuksissa mm. USA:ssa on kuitenkin havaittu, että jopa puolet testeissä käyvistä ei palaa hakemaan tulostaan ja kenties juuri ehkäisyn kannalta tärkein osa tutkituista jää näin vähemmälle neuvonnalle.

Pikatestejä on myös vastustettu siksi, että on pelätty erityisesti väärän positiivisen mahdollisesti aiheuttamaa ylivahvaa reaktiota ja jopa itsetuhon mahdollisuutta. Tästäkään ei ole tutkittua tietoa ja lisääntynyt yleinen tietämys HIV-testien luonteesta on oletettavasti vähentänyt alustavasti positiivisen tuloksen sokkivaikutusta.

UUSI TUTKIMUS TUO ESIIN

PIKATESTIN HYÖDYN

Nyt julkaistussa tutkimuksessa verrattiin sitä, kuinka paljon useammin neuvonta tavoitti HIV-pikatesteissä käyneen ja tulosta odottaneen kuin tavanomaisessa testauksessa käyneen. Tutkimusjoukko koostui kaikkiaan yli kahdesta miljoonasta testauksessa käyneestä, joista hieman yli 38 000 oli HIV-positiivisia. HIV-positiivisten kohdalla parannus oli 29 prosenttia ja HIV-negatiivisten kohdalla 50 prosenttia. Alustavasti positiivisia, mutta vääräksi osoittautuneita tuloksia oli 8 301:llä eli 0,4 prosentilla.

Pikatestejä käytettäessä väärin positiivisten osuus USA:n tutkimuksessa oli varsin alhainen ja samantapaisia tuloksia saatiin Suomessakin eri pikatestejä arvioitaessa. Aikaisemmin on havaittu, etteivät pikatestit löydä aivan kaikkia HIV-tartunnan kantajia, mutta niiden herkkyys on ilmeisesti jatkuvasti parantunut. On myös syytä muistaa, ettei millään testillä löydetä kaikkia tartunnan kantajia. Tartunnan alkuvaiheessa on katveaika, jolloin virusta on jo veressä, mutta vasta-aineita ei ole vielä ennättänyt muodostua. Tämä mahdollisuus on neuvonnassa otettava huomioon erityisesti riskikäyttäytyjien kohdalla.

VAIKUTUKSET SUOMESSA

Raportti antaa aihetta arvioida tilannetta myös Suomessa. Negatiivisen tuloksen saaville nopea vastauksen saaminen merkinnee erityisen paljon. Vastausta odotellessa myös

Pikatestejä käyttävien (tulos potilaalle odottaessa) ja tavanomaista EIA-tutkimusta käyttävien (tulos potilaalle uusintakäynnin yhteydessä) HIV-testaus- ja neuvontapaikkojen vertailu sen mukaan, kuinka moni tutkimukseen hakeutuneista sai itseään koskevan tiedon (MMWR 47/11, 213, 1998)

Testauspaikka ja HIV-testien lukumäärä	Testin tulokset	Pikatestejä käyttäneet	Tavanomaista testausta käyttäneet	%-ero
HIV neuvonta- ja testauspaikat (692 646)	HIV +	12 753	10 783	18 %
	HIV -	679 296	572 806	19 %
	AVP*	2 718		
STD-klinikat (562 218)	HIV +	9 014	6 291	43 %
	HIV -	555 760	267 279	108 %
	AVP*	2 224		
Muut klinikat (504 932)	HIV +	10 353	7 807	33 %
	HIV -	494 109	319 182	55 %
	AVP*	1 977		
Perhesuunnitteluklinikat (238 565)	HIV +	811	643	26 %
	HIV -	237 662	149 681	59 %
	AVP*	951		
Huumehoito-yksiköt (110 909)	HIV +	3 151	2 388	32 %
	HIV -	107 627	76 181	41 %
	AVP*	431		
Yhteensä (2 112 270)	HIV +	36 082	27 912	29 %
	HIV -	2 074 454	1 385 129	50 %
	AVP*	8 301		

*Alustavasti väärä positiivinen, joka varmistettiin muilla menetelmillä

asenne rakentavan neuvonnan vastaanottamiseen on paljon parempi kuin muutamaa viikkoa myöhemmin, jolloin motivaatio on jo saatanut vähentyä ja kiinnostus koko asiaan laimentua. Positiivisen tuloksen saavien tutkimus joudutaan uusimaan, mutta tulos antaa aiheen ja oikeutuksen tehostettuun neuvontaan, jossa yhtäläillä otetaan huomioon väärän ja oikean testituloksen mahdollisuus.

KÄYTÄNNÖN JÄRJESTELYJÄ

Pikatestin ottaminen yleiseen käyttöön edellyttäisi organisatorisia muutoksia ja monien nykyisten käytäntöjen uudelleen arviointia. Vastaanotto- ja neuvontapisteiden työjärjestystä olisi useimmissa tapauksissa uusittava ja neuvontaan käytettävissä olevia voimavaroja nykyisestä lisättävä. Pikatestin luotet-

tava suoritus edellyttää laboratoriokoulutuksen saaneen henkilön osallisuutta tiimissä. Tämä tuskin on ylitysepäsemätön ongelma, useimmissa terveyskeskuksissa asia on helposti järjestettävissä, AIDS-tukikeskuksissa ja vastaavissa paikoissa saatetaan tarvita resurssien uudelleen kohdentamista.

Olisi myös tärkeää, että uutta testauskäytäntöä seurattaisiin huolellisesti. Siihen liittyy todennäköisesti epidemian torjunnan kannalta myönteisiä vaikutuksia, joiden suuruus vaihtelee kohderyhmittäin. USA:ssa muutos aikaisemmasta oli erityisen selvä sukupuolitautilien poliklinikoilla ja selvästi vähäisempi esimerkiksi HIV-neuvontapisteissä. □

Pauli Leinikki, KTL

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



KANSANTERVEYSLAITOS

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
kansanterveys@ktl.fi

www-versio Reija Hirvonen

Mannerheimintie 166
00300 Helsinki
Puhelin (09) 4744 8689
reija.hirvonen@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

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

Matti Rautalahti
Mannerheimintie 166
00300 Helsinki
Puhelin (09) 4744 8741
Fax (09) 4744 8591
matti.rautalahti@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
Matkailurokotukset ma ja to klo 10-12,
puhelin (09) 4744 8485
Muu rokotusneuvonta arkisin klo 9-12,
(rokotusaikataulut, neuvolarokotukset,
haittavaikutukset):
puhelin (09) 47 441/rokoteosasto

YMPÄRISTÖONGELMA-
NEUVONTA
Puhelin (017) 201 325

ISSN 1236 - 973X
Painopaikka: Askonpaino 5.98

LEHDEN AINEISTOA
lainattaessa on lähde aina mainittava.