

Kansanterveys

KANSANTERVEYSLAITOS

WWW.KTL.FI

3 / 2007

Alkoholi ja terveys

**Nuorten päihdehäiriöt
- tunnistaminen ja hoito s. 8**

Ikääntyminen ja alkoholi s. 17

**Rokotusten haittavaikutukset
- uusi ilmoitusmenettely s. 21**





Alkoholiongelman tunnistamiseen ja hoitoon eri ikäryhmissä on kehitetty toimivia välineitä, jotka olisi nyt otettava laajaan käyttöön.

Tässä numerossa

- 2 Päätöimittajalta
- 3 Pääkirjoitus: Alkoholi vai terveys

Alkoholi ja terveys

- 4 Jos miehet joisivat kuin naiset
- 5 Vuoden 2004 alkoholin hinnan alennus näkyvä työkäisten alkoholinkäytössä
- 7 Alkoholi lapsen silmin
- 8 Nuorten päihdeongelmien varhainen tunnistaminen
- 10 Nuorten päihdeongelmien hoito
- 12 Viina ei olekaan viisasten juoma
- 14 Mini-interventio - terveydenhuollon keino vähentää alkoholihaittoja.
- 15 Tuoreita välineitä mini-interventiotyön tueksi
- 17 Ikääntyminen ja alkoholi - puuttumattomuuden ongelma
- 19 Retkahtamisen biologiaa tutkitaan koe-eläimillä

Tartuntataudit

- 20 Laajassa käytössä olevat testikitit eivät löydä kaikkia Chlamydia trachomatis -variantteja
- Uudet norovirusvariantit viimeaikaisten epidemioiden taustalla
- 21 Rokotusten haittailmoitusten palautekäytäntö uudistui
- 22 Infektioepidemiologian koulutusta vuonna 2007

KTL tutkii

- 23 Eläkeikäiset kokevat aiempaa enemmän turvattomuutta
- 25 Ketkä todellisuudessa vastaavat terveystutkimuksiin?
- 25 Väitöskirjat
- 26 Uudet julkaisut
- 27 Koulutusta



Terveys mukaan alkoholipolitiikkaan

Kansanterveyslaitoksen tuoreiden tutkimusten mukaan täysin raittiita on hieman runsas kymmenesosa aikuisväestöstä. Kyselyä edeltävän viikon aikana 59 % miehistä oli juonut olutta, 36 % väkeviä viinoja ja 29 % viiniä; naisilla vastaavat osuudet olivat 29 %, 17 % ja 34 %. Miehistä neljäsosa ja naisista lähes yksi kymmenestä ilmoitti juovansa vähintään kerran viikossa alkoholia kuusi annosta tai enemmän kerralla.

...

Vuonna 2005 arvioitu alkoholin kokonaiskulutus oli 10,5 litraa alkoholia henkeä kohden, siis noin kaksi keskiolutpullollista tai kolmannes viinipullollisesta vuoden jokaisena päivänä jokaiselle suomalaiselle - vauvat ja vaarit mukaan lukien. Olemme lähes saavuttaneet vanhojen viinimaiden, esimerkiksi Ranskan kokonaisalkoholikulutuksen.

...

Alkoholin arvioidaan aiheuttavan vuosittain noin 3000 kuolemaa, ja lähes kymmenkertaisen määrän sairaalahoitojaksoja. Osa alkoholinkäytön haitoista jää helposti tilastojen ulkopuolelle. Tällaisia ovat esimerkiksi vanhempien alkoholinkäytön heijastukset lasten elämään ja turvallisuuteen, tai monet alkoholin senioriväestölle aiheuttamat ongelmat.

...

Alkoholin käyttö on arkipäiväistänyt viime vuosikymmenten aikana. Olemme oppineet "eurooppalaiseen" kulttuuriin, mutta sen ohella traditionaalinen reipas alkoholin käyttö on edelleen tyypillistä suomalaisille. Alkoholin kulutuksen kasvun hillintä pysyy haasteellisena niin kauan kuin runsasta käyttöä ihannoivat asenteet ovat yleisiä. Tupakan vastaisen työn menestymiselle merkittävää on ollut se, että yleinen suhtautuminen tupakointiin on viime vuosina muuttunut selvästi torjuvammaksi ja tupakan glamour on häviämässä.

...

Viime kuukausina on julkisuudessa pohdittu moneen otteeseen, miten alkoholin haitat saataisiin pysymään kurissa ja kulutus hallittuna. Valitusta ja valvontaa on pyritty tehostamaan, ja alkoholijuomien verotuksen kiristämistä on esitetty usealta taholta. Valinta eri toimintalinjojen välillä ei ole helppo, ja päätöksillä on moninaisia seurauksia. Poliitikkojen soisi kuitenkin ymmärtävän alkoholin terveyshaittojen laajan merkityksen, ja ottaa niiden minimointi erityiseksi tavoitteeksi toimenpideohjelmista päätettäessä.

Juhani Eskola

Päätoimittaja
Kansanterveys
juhani.eskola@ktl.fi

Alkoholi vai terveys

Alkoholijuomien helppo saatavuus ja halpa hinta muodostavat houkutuksen, joka altistaa yhä useamman suomalaisen alkoholin terveyshaittoille. Kun tarve, kysyntä ja tarjonta kohtaavat toisensa, markkinat toimivat. Helppo ei ole tilanne valtiollekaan. Elämme sananmukaisesti viinatehtaiden ja viinitarhojen varjossa. 250 miljoonan asukkaan Eurooppa tuottaa neljänneksen maailman kaikista alkoholijuomista ja puolet viinituotannosta. Samalla valtiot saavat alkoholista merkittävät verotulot, 25 miljardia euroa, kassansa. Lähes miljoona eurooppalaista työskentelee alkoholin parissa. Alkoholituotteiden valmistus, markkinointi, myynti ja kulutus muodostavat merkittävän taloudellisen voimatekijän. ”Terveys Kaikissa Poliitikoissa” on yhteinen tavoitteemme, joka kuitenkin kohtaa vastustusta heti, jos terveyssektorin ja yhteiskunnan muiden alkoholiin liittyvien sektoreiden ja ryhmien edut ovat ristiriidassa keskenään.

Alkoholin etuja ja haittoja vertailtaessa on ehkä tarpeellista muistuttaa, että alkoholin aiheuttamat sosiaaliset kustannukset nousevat jo yli prosenttiin kansantuotteesta (GDP). Vuonna 2003 kustannukset merkitsivät EU:lle 125 miljardin euron menetystä, josta puolet koostui työelämän tuottavuuden laskusta. Alkoholihaittojen epäsuorat kustannukset on arvioitu tätäkin summaa vielä kaksi kertaa suuremmiksi. Suomessa alkoholihaittojen aiheuttamat kokonaiskustannukset nousevat lähes miljardiin euroon.

Useimmilla ihmisillä alkoholin arkikäyttö liittyy myönteisiin tunnelmiin ja alkoholi on hyvin heidän hallinnassaan. On mukavaa nauttia alkoholia kohtuullisesti hyvässä seurassa. Perusteluksi ei tarvita alkoholin mahdollisia myönteisiä terveysvaikutuksia, varsinkin kun niistä on jouduttu yhä enemmän peräytymään. Ikävä tosiasia on, että alkoholin käyttöön liittyviä terveyshaittoja tunnetaan todella paljon. Alkoholin terveysvaikutusten kriittinen ja tasapainoinen tarkastelu onkin vaikeata sekä yksilö- että väestötasolla. Hyödyt varataan usein itselle ja haitat nähdään vain pienen vähemmistön ongelmana.

Väestötasolla alkoholi selittää 7 % sairauksien aiheuttamasta kokonaistaakasta. Alkoholi onkin tupakoinnin ohella yksi selkeimmistä ja tärkeimmistä terveyspolitiikan kohteista. Tärkein terveyspainotteisen alkoholipolitiikan tavoite on kääntää koko väestön alkoholikulutuksen kasvu selkeään ja pitkäjänteiseen laskuun. Parhaiten tunnettu keino on alkoholiveron korotus ja sen myötä seuraava hintojen nousu, joka tunnetusti vaikuttaisi hillitsevästi alkoholin kulutukseen. Kaikki muutkin keinot, jotka vaikeuttavat alkoholin saatavuutta, vähentävät myös kulutusta.

Alkoholin haitalliset vaikutukset lapsiin ja nuoriin sekä lapsiperheisiin ovat nousseet yhä selvemmin esille terveyskeskustelussa. Suomessa arviolta noin tuhat lasta altistuu vuosittain



alkoholin haittoille jo raskauden aikana. Kun yli kymmenellä prosentilla aikuisista on alkoholiongelma, on ilmeistä, että noin 100 000 lapsen kehitystä varjostaa tälläkin hetkellä vanhempien, erityisesti isän, alkoholin käyttö. Poikkeuksellisen varhain nuoruudessa tai jo lapsuudessa alkavalla alkoholin käytöllä on tutkimusten mukaan yllättävän huono ennuste. Olisi hyvin perusteltua etsiä toisissaan uusia alkoholipoliittisia keinoja lasten ja nuorten suojelemiseksi alkoholin haitoilta, vaikka muutoin toteutettaisiinkin yhä vapaampaa alkoholipolitiikkaa.

Aikuisväestössä alkoholi on merkittävä väestöryhmien välisiä terveyseroja selittävä tekijä, seikka, joka ei tule riittävästi esille terveyseroista puhuttaessa. Alkoholiongelmien pureutumisessa tarvitaan yleisen väestöstrategian rinnalle myös useisiin erilaisiin riskiryhmiin kohdistuvia eriytyneitä ja spesifejä lähestymistapoja,

jotta saataisiin paras kokonaisvaikutus aikaiseksi. Tämä edellyttäisi myös nykyistä voimakkaampaa alueellista ja paikallista alkoholipolitiikkaa vastakohtana sille, että alkoholiongelmia kuitataan aivan liian usein hiljaisuudella ja välinpitämättömyydellä. Suomessa yhä useampi juo itsensä hengiltä kenenkään siihen puuttumatta. Alkoholipolitiikan keskitetty ohjaus ja loppukäyttäjän ongelmat eivät näytä löytävän toisiaan.

Alkoholiriippuvuus on pitkäaikaisen runsaan alkoholin käytön seurauksena syntyvä oireyhtymä, jolle on tunnusomaista, että tarpeesta saada alkoholia (craving) on tullut henkilön käyttäytymistä ratkaisevasti ohjaava tekijä. Joka kymmenennen suomalaisen työikäisen miehen alkoholin käyttö on edennyt tälle asteelle. Alkoholiongelmien hoito on onneksi vaikuttavaa, vaikkakaan ei aivan niin kustannusvaikuttavaa kuin olisi toivottavaa. Alkoholiongelmaiset tarvitsevat tällä hetkellä terveydenhuollon näyttöön perustuvaa varhaista puuttumista ja hoitoa monin verroin enemmän kuin tällä hetkellä on mahdollista. Tuoreet ja hyvät Käypä hoito-ohjeet on jo julkaistu Duodecimin toimesta. Hyvät neuvot olisi nyt vain muutettava hyviksi käytännöiksi. Muutoksen aikaansaaminen edellyttää tietoa alkoholiongelmien laajuudesta, taustatekijöistä ja hoitomahdollisuuksista sekä ennen kaikkea koko yhteiskunnan yhteistä tahtoa puuttua asiaan.

Valtiovalan ja kuntien tulisi ilmaista nykyistä selvemmin oma alkoholipoliittinen näkemyksensä ja nostaa terveys alkoholipolitiikan keskiöön pois sen nykyisestä sivuroolista. Terveysväki kyllä seuraa perässä.

Jouko Lönnqvist, tutkimusprofessori

Mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osaston johtaja

Kansanterveyslaitos

jouko.lonnqvist@ktl.fi

Jos miehet joisivat kuin naiset

Naiset menettävät alkoholin käytön takia tuskin lainkaan terveitä elinvuosia, miehet sen sijaan tuntuvasi. Näin EU-maissa, joissa tilannetta voitaisiin parhaiten kohentaa yhteisin alkoholin hinnankorotuksin, valvontaa lisäämällä, tupakointia vähentämällä sekä omatoimisella kohtuuden harrastuksella.



Pipsa Poikolainen

Yhä useampi nainen haluaa juoda kuin mies. Suunnan soisi olevan päinvastainen. Mitä useampi mies joisi kuin nainen, sitä parempi olisi kansanterveys. Tämä näkyy kun katsoo laskelmaa alkoholin käytön vuoksi menetettyjen terveiden elinvuosien määrästä vuonna 2002 vauraan Euroopan alueella, johon kuuluvat mm. EU-maat (1). Suomea koskevaa arviota ei ole, mutta Suomi on osa vaurasta Eurooppaa. Suomen alkoholin kulutus on hieman pienempi, mutta humalajuominen yleisempää ja käyttö ruokajuomana harvinaisempaa kuin alueella keskimäärin. Alueen miesten terveiden elinvuosien menetyksistä 12 % laskettiin alkoholin syyksi, naisten vastaavasti 1 %. Eräisiin muihin riskitekijöihin verrattuna alkoholin aiheuttamat kuolemantapaukset kasautuivat nuorempiin ikäryhmiin ja alensivat enemmän toimintakykyä. Siksi eniten haittaa aiheuttavien riskitekijöiden listalla alkoholin sija voi olla korkeampi laskettaessa terveiden vuosien menetyksiä kuin laskettaessa kuolemantapausten tai sairauksien syyosuuksia.

Terveiden elinvuosien menetykset johtuvat sekä sairauksien aiheuttamista toimintakyvyn heikennyksistä että ennenaikaisista kuolemantapauksista. Miesten ennenaikaisten kuolemien johdosta me-

netetyistä elinvuosista 9 % laskettiin alkoholin syyksi, naisilla alkoholi lyhensi yhtä paljon kuin pidensi elinvuosia joten nettotulos oli nolla. Miesten kuolemista 3 % aiheutui alkoholista, naisten kuolemia olisi ollut 4 % enemmän ilman alkoholin käyttöä.

Terveiden elinvuosien menetyksistä 69 % johtui mielenterveyden häiriöiden ryhmään kuuluvista alkoholidiagnooseista, esimerkiksi alkoholiriippuvuudesta ja vieroitusoireyhtymästä. Enin osa aiheutui toimintakyvyn heikennyksistä. Menetetyistä elinvuosista niiden osuus oli vain 20 %. Muita suuria alkoholiperäisiä terveiden elinvuosien menetyksiä aiheuttaneita sairausryhmiä olivat tapaturmat, itsemurhat, krooniset ei-tarttuvat taudit ja syöpätaudit.

Tunnettujen riskitekijöiden aiheuttamien terveiden elinvuosien menetyksien joukossa alkoholin liiallinen käyttö oli toisella sijalla vauraan Euroopan miesväestöstä tarkastellessa. Tupakka aiheutti eniten menetyksiä. Naisväestössä alkoholi oli viidentenä. Enemmän menetyksiä saivat aikaan korkea verenpaine, ylipaino, tupakka ja korkea kolesteroli. Riskitekijöiden piikkiin menevistä terveiden elinvuosien menetyksistä alkoholi aiheutti miehillä 17 % ja naisilla 5 % vuonna 2000. Yhteensä 66 % miesten ja 37 % naisten kaikista menetetyistä terveistä elinvuosista voitiin arvioida jonkin riskitekijän syyksi. Lopuille ei selitystä tiedetä.

Näihin arvioihin sisältyy lukuisia virhelähteitä. Oletukset toimintakyvyn heikennyksistä perustuvat diagnoosiin ja siihen liittyviin sosiaalisiin arvostuksiin. Ne vaihtelevat tutkimuksesta toiseen. Yhdestä terveenä eletystä vuodesta esimerkiksi diabetes on voinut vähentää 1–3 %, astma 6–10 %, alkoholiriippuvuus 18 %, AIDS 50 % ja dementia 64 %. Altistuksien ja vasteiden välisiä riskifunktioita, alkoholin

kulutusta ja juomatapoja koskevat tiedot ovat epätarkkoja. Riskitekijöiden välisiä vuorovaikutuksia ei ole otettu huomioon. Arviot ovat suuntaa antavia.

On toki kiinnostavaa tietää, mitkä riskitekijät aiheuttavat eniten terveystenetyksiä, mutta vielä tärkeämpää on selvittää, miten tehokkaasti, millä edellytyksillä ja millä kustannuksilla eri riskejä voidaan vähentää. Alkoholihaittojen vähentämiseksi tunnetaan kustannustehokkaita keinoja. Hinnan pitäminen korkeana verotuksen avulla olisi kustannustehokkainta. Mutta EU:n olisi kyettävä yhteisiin päätöksiin, jotta tuonti ulkomailta, salakauppa ja oma-toiminen valmistus voitaisiin pitää kurissa. Myynti- ja käyttörajoitukset ovat melko tehokkaita, jos niitä valvotaan hyvin. Perusterveydenhuollossa asioiviin alkoholin suurkuluttajiin suunnattu lyhytneuvonta vähentää alkoholin päiväkulutusta keskimäärin noin 2–4 lasillisen verran, mutta suuri osa alkoholihaitoista sattuu muille kuin suurkuluttajille. Kouluikäisiin suunnattu valistus on tehotonta. Alkoholihaittoja voidaan vähentää tehokkaasti myös vastustamalla tupakointia. Tupakointi lisää huomattavasti sekä alkoholin käyttöä että alkoholiriippuvuutta ja pahentaa alkoholin käyttöön liittyvää sairastavuutta. Yhteisöllisten keinojen lisäksi jokainen voi vaikuttaa omilla päätöksillään. Jos koko väestön miehet joisivat kuin keskivertonainen, juomiseen liittyvät terveysriskit olisivat yhtä suuret kuin haitat. ●

Kari Poikolainen

Alkoholitutkimussäätiö

Kirjallisuutta

1. Rehm J, Taylor B, Patra J. Volume of alcohol consumption, patterns of drinking and burden of disease in the European region 2002. *Addiction* 2006;101:1086–95.

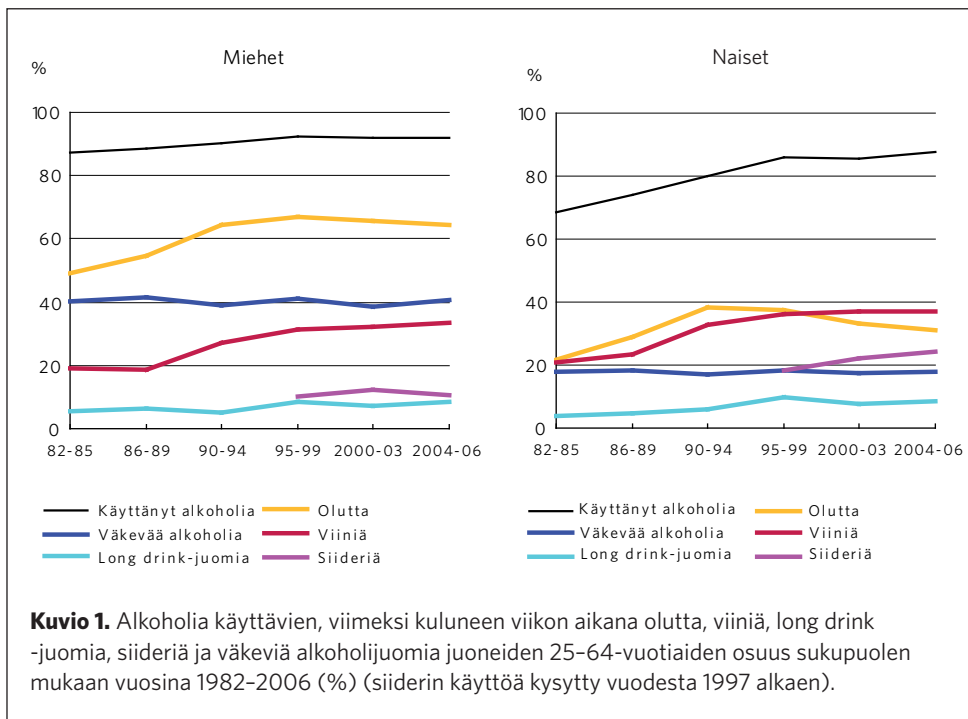
Vuoden 2004 alkoholin hinnan alennus näkyy työikäisten alkoholinkäytössä

Alkoholin hinnan alennus vuonna 2004 on lisännyt erityisesti keski-ikäisten miesten ja naisten alkoholinkäyttöä. Eri koulutusryhmissä nähdyt erot miesten alkoholin käytössä ovat tasoittuneet alimman koulutusryhmän kulutuksen lisääntyttyä. Alkoholin käyttö on edelleen yleisintä Uudellamaalla. Kulutus on kuitenkin lisääntynyt myös muulla Suomessa.

Vuosittain toteutettavan Suomalaisen aikuisväestön terveystyöryhmän (AVTK) -postitietokannan tuloksia on käytetty työikäisten alkoholinkäytön pitkän ja lyhyen aikavälin muutosten seuraamiseen vuodesta 1982 alkaen. Seurannan avulla on mahdollisuus arvioida muun muassa sitä, miten vuonna 2004 toteutetut alkoholin saatavuuden muutokset vaikuttivat eri väestöryhmien alkoholinkulutukseen.

Alkoholinkulutus on lisääntynyt Suomessa 1970-luvun alusta 2000-luvun puoliväliin (1). Alkoholinkäytössä miesten juomien, oluen ja viinin, suosio lisääntyi 1990-luvun alusta lähtien. Raittiiden osuus työikäisistä on samaan aikaan selvästi vähentynyt. Nykyisin vain noin 8 prosenttia 25–64-vuotiaista miehistä ja 12 prosenttia samanikäisistä naisista on oman ilmoituksensa mukaan raittiita (kuvio 1).

Tarkasteltaessa muutoksia alkoholin viikkokulutuksessa on raja-arvoksi asetettu miehillä kahdeksan alkoholiannosta ja naisilla viisi alkoholiannosta. Kun 1980-luvun alussa noin 30 prosenttia miehistä ja 13 prosenttia naisista raportoi vähintään tällaisesta alkoholin viikkokulutuksesta, niin vastaavat osuudet 2000-luvun puolivälissä olivat 44 prosenttia miehistä ja 29 prosenttia naisista. Ikäryhmätarkastelu osoittaa, että alkoholinkäyttöä ovat eniten lisänneet keski-ikäiset miehet ja naiset. ”Märän sukupolven” – 1960-luvun nuorten – ikääntymisestä seuraa, että alkoholinkäyttö on lisääntynyt erityisen selvästi 55–64-vuotiaiden miesten ja naisten keskuudessa (kuvio 2).



Kuvio 1. Alkoholia käyttävien, viimeksi kuluneen viikon aikana olutta, viiniä, long drink -juomia, siideriä ja väkeviä alkoholijuomia juoneiden 25–64-vuotiaiden osuus sukupuolen mukaan vuosina 1982–2006 (%) (siiderin käyttöä kysytty vuodesta 1997 alkaen).

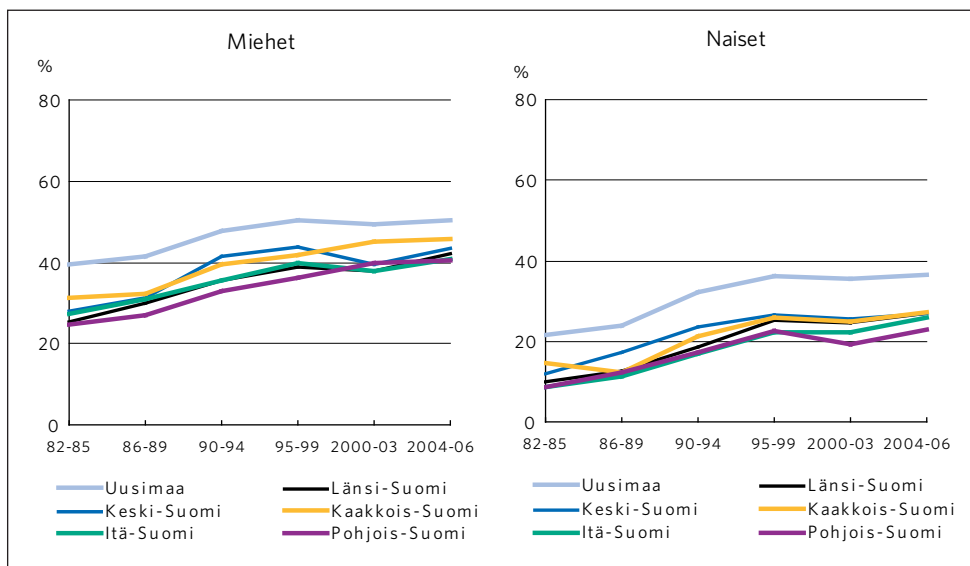
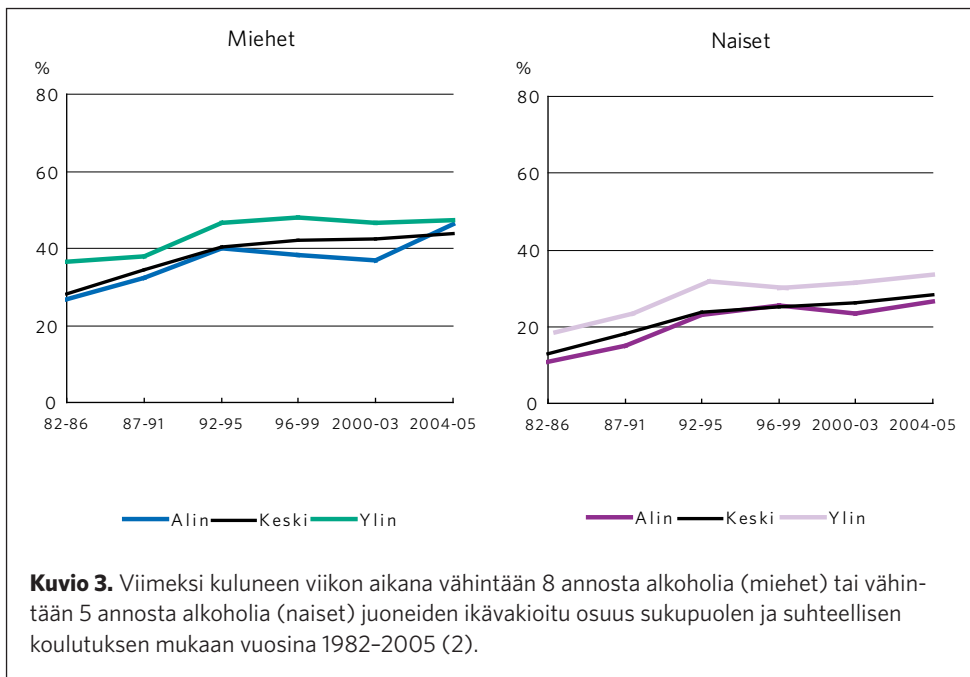
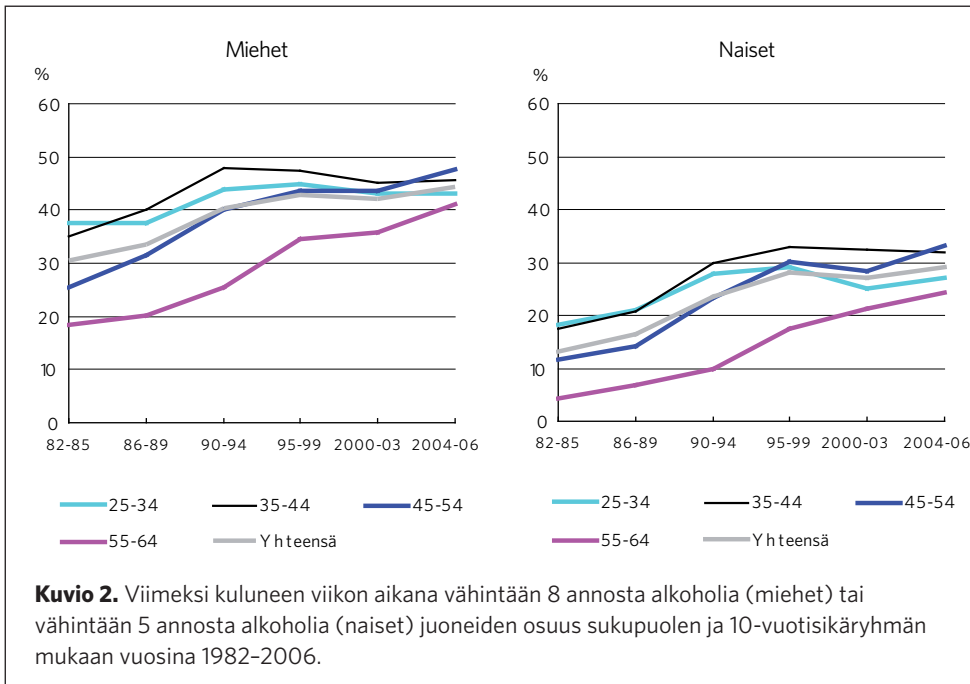
Koulutusryhmien väliset erot alkoholin käytössä tasoittuneet miehillä

Alkoholinkulutus on 1980-luvun alusta lisääntynyt kaikissa koulutusryhmissä. Kyselytulosten perusteella koulutusryhmäerot olivat ennen vuotta 2004 selviä. Kun alkoholin saatavuus ennen kaikkea hinnan laskun takia parani, miesten alkoholin viikkokulutuksen koulutusryhmittäiset erot miltei hävisivät, kun runsaampi alkoholinkäyttö yleistyi vuosina 2004–2005 etenkin miesten alimmassa koulutusryhmässä. Naisilla vastaavaa muutosta ei havaittu,

vaan pitkään koulua käyneet naiset raportoivat edelleen muita koulutusryhmiä yleisemmin runsaammasta alkoholin viikkokulutuksesta (kuvio 3).

Pitkällä aikavälillä alkoholinkulutus on lisääntynyt kaikkialla Suomessa. Miesten alkoholinkäyttö kuitenkin lisääntyi 2000-luvun puolivälissä nimenomaan Länsi-, Keski- ja Itä-Suomessa, mikä aiheutti alue-erojen supistumista. Uudellamaalla kuitenkin raportoidaan edelleen selvästi useammin runsaammasta alkoholin viikkokulutuksesta (kuvio 4).

Alkoholin hinnanalennus näyttää liisänneen keski-ikäisten miesten ja naisten



runsaampaa alkoholinkäyttöä. Miehillä lyhyempi koulutus oli se taustatekijä, johon runsaamman kulutuksen kasvu liittyi. Samalla myös alkoholinkulutuksen alue-erot tasoittuivat, vaikeivät poistuneetkaan, kun runsaampi kulutus lisääntyi niillä alueilla, joilla se aiemmin oli ollut matalammalla tasolla. ●

Satu Helakorpi, tutkija
Antti Uutela, yksikön päällikkö
Pekka Puska, pääjohtaja
 Kansanterveyslaitos
 etunimi.sukunimi@ktl.fi

Kirjallisuutta:

1. Päihdetilastollinen vuosikirja 2006, Alkoholit ja huumeet. Sosiaaliturva 2006. Stakes.
2. Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2006. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B 1/2007
3. Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B 18/2005

Alkoholi lapsen silmin

Arviolta 100 000 lasta elää perheessä, jossa vanhempien päihteiden käyttö aiheuttaa lapselle eriasteisia haittoja. Lapselle vanhemman näkeminen humaltuneena voi olla ahdistava kokemus silloinkin, kun se on satunnaista eikä vanhemmalla ole varsinaista päihdeongelmaa. Lapsen näkökulmasta alkoholi on pelottava aine, joka muuttaa tutun ja turvallisen aikuisen vieraaksi. Alkoholin käytön pohtiminen lapsen näkökulmasta olisi jokaisen vanhemman tehtävä. Päihdeperheissä elävien lasten tukemiseen tarvitaan kaikkia lasten kanssa toimivia ammattiryhmiä.



-klinikkasäätiön jo 20 vuotta vetämässä Lasinen lapsuus -projektissa on selvitetty lasten kokemuksia vanhempien päihdeiden käytöstä ja kehitetty keinoja tukea lapsia vaikeassa elämäntilanteessa.

- Projektimme on ensimmäinen hanke maailmassa, jossa alkoholin käyttöä on katsottu lapsen näkökulmasta. Kun lapsuudesta alkoholiperheissä alettiin aikoinaan keskustella Englannissa ja Yhdysvalloissa, perustettiin tukiryhmiä alkoholiperheissä kasvaneille jo aikuisille lapsille. Projektissamme huomioidaan päihdeperheissä kasvavien lasten lisäksi myös ne lapset, joiden vanhemmat eivät ymmärrä, että lapsi suhtautuu alkoholiin toisin kuin aikuinen ja juodessaan unohtavat lapset usein kokonaan, kertoo A-klinikkasäätiön viestintäjohtaja **Teuvo Peltoniemi**.

Lasinen lapsuus -projektia johtanut Peltoniemi korostaakin sitä, ettei vanhemmalla tarvitse olla päihdeongelmaa, kun lapsi jo saa haittoja. Valtaosa niistä, jotka kokevat saavansa haittoja eivät ole alkoholiperheen lapsia vaan lapsia perheistä, joissa toinen tai molemmat vanhemmat on ajoittain juonut liian paljon tai aina ei edes kovin paljon, mutta väärällä tavalla.

- Kun haastattelimme projektissa pieniä lapsia, hämmästyimme sitä miten paljon tavallisten perheiden lapsilla oli sanottavaa vanhempien alkoholin käytöstä. Juuri koulunsa aloittaneiden lasten kertomukset kuulostivat 15-vuotiaan puheelta. Tämä kertoo siitä rajuudesta, jolla lapsi kokee vanhemman humaltumisen.

Lapsi on tarkka havainnoija, jonka näkökulmasta aikuisesta mitättömät muutokset saattavat olla suuria.

- Aikuiset muuttuvat fyysisestikin juodessaan: kasvot punoittavat, liikkeet muuttuvat kömpelöiksi ja äänen korkeus nousee. Keskustelun sävy on riitaisa tai ainakin se

kuulostaa siltä lapsesta. Lapset pelkäävät näitä tilanteita, joissa turvallinen ja yleensä aika samanlainen isä tai äiti muuttuu toiseksi ihmiseksi.

Alkoholin fysiologisiin ominaisuuksiin kuuluu myös se, ettei ole menneisyyttä eikä tulevaisuutta vain nykyhetki.

- Perheiden elämä ohjautuu nykyään pitkälle lasten mukaan, mutta silloin kun vanhemman käyttävät alkoholia, tilanne muuttuu ja lapset helposti unohtetaan. Vaikkei tähän liittyisi muuta laiminlyöntiä, voi aikuisen välinpitämättömyys aiheuttaa lapsessa turvattomuutta, korostaa Peltoniemi.

Aikuiset lapsen tukena

Lasinen lapsuus -projektissa on etsitty uusia keinoja tukea lapsia silloin, kun mahdollisuudet puuttua vanhemman juomiseen ovat rajalliset. Projektilla oli aiemmin valtakunnallinen tukipuhelin, jolle olisi edelleen tarvetta. Nyt toimiva verkkopalvelu antaa perheenjäsenille keinon hakea apua ilman, että asia täytyy ottaa esiin päihdeongelmaisen aikuisen kanssa.

Saksassa ja Hollannissa on jo toiminnassa verkkosivuja, joilla lapset voivat puhua nimettöminä muiden samassa tilanteessa olevien kanssa. Joissakin chat-ryhmissä on aikuinen ohjaaja mukana. Peltoniemen mukaan keskustelu tällaisessa turvallisessa ryhmässä voi auttaa lasta paljon.

- Pohjimmiltaan on kyse lapsen turvattomuudesta, ja turvallisuutta voivat antaa monet erilaiset ihmiset eri tavoin.

Lasinen lapsuus - projektissa eri alojen ammattilaisille järjestettyjen virikekoulutusten tavoitteena on ollut tuoda lapsen näkökulma keskusteluun alkoholista. Projekti antaa koulutuksissa apua sisälön tuottamiseen, mutta järjestelyvastuu on paikallisilla toimijoilla. Näin on tehty



Lasinen lapsuus -projekti on tehnyt pohjatyötä lasten hyväksi jo 20 vuotta. Projektia johtaneen Teuvo Peltoniemen mielestä nyt on laajemman yhteiskunnallisen keskustelun ja toiminnan aika.

jo noin 150 koulutustilaisuudessa, mikä osoittaa, että ammattilaiset ovat nykyisin todella kiinnostuneita auttamaan päihdeperheiden lapsia. Peltoniemi pitää tärkeänä, että jokainen lasten kanssa toimiva ammattiryhmä miettisi itse mitä lasten tukeminen voisi käytännössä tarkoittaa.

Opettajan perustehtävä ei ole ohjata juovaa vanhempaa hoitoon, vaan tukea lasta koulussa.

- On tärkeää ymmärtää, että silloinkin, kun emme voi puuttua lapsen ongelman perussyhyyn, vanhemman juomiseen, voimme etsiä välillisiä keinoja tukea lapsia ja nuoria heidän vaikeassa tilanteessaan. Hoidamme oireita, mutta sekin auttaa.

Valtuutus puuttua vanhemman alkoholin käyttöön rajoittuu Peltoniemen mielestä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisiin. Arassa asiassa valta- tai valtuutuspuhteella on suuri merkitys.

Opettajalle tai päiväkodin työntekijälle lapsen ongelmien huomaaminen voi olla raskasta, jos ammattiryhmän sisällä ei ole mietitty, miten näissä tilanteissa pi-

tää toimia. Projektin tavoitteena on ollut paitsi opettaa lasten kanssa työskenteleviä tunnistamaan tapaukset, myös kehittää välineitä auttaa heitä.

Lasinen lapsuus -projektissa selvitetiin miten usein seitsemän eri ammattiryhmän työntekijät olivat tunnistaneet alkoholiperheen lapsen työssään.

- Suuret erot tunnistettujen lasten määrässä kertovat minusta enemmän siitä, että kaikissa kouluissa ei ole valmiuksia käsitellä tätä asiaa kuin alkoholiperheiden lasten todellisesta määrästä, toteaa Peltoniemi.

Suomi ei ole yksin ongelmien kanssa, sillä huoli vanhempien alkoholin käytön vaikutuksista lapsiin on ajankohtainen myös muualla Euroopassa. Palveluja rakennetaan yhteistyössä (www.encare.info), ja EU:n strategiassa alkoholiin liittyvien haittojen vähentämiseksi lapset ja nuoret on asetettu etusijalle.

- Lasten ongelmat päihdeperheissä olivat ensin pitkään kokonaan piilossa, sitten niistä tuli ammattilaisten työarkaa, ja nyt ne ovat nousemassa tärkeäksi asiaksi yhteiskunnan esityslistalla. ●

Maria Kuronen

Verkkosivuja:
www.lasinenlapsuus.fi
www.encare.info

Lapsiasiavaltuutettu ja A-klinikkasäätiö jättivät tammikuun lopussa sosiaali- ja terveysministeriölle aloitteen siitä, miten vanhempien alkoholin käytön lapsille aiheuttamia ongelmia tulisi ehkäistä. Aloitteessa todetaan, että lapsille tällä hetkellä tarjolla oleva apu ja tuki on riittämätöntä ja vaikeasti löydettävissä.

Aloitteessa esitetään, että lasten tukemisen tulisi olla tärkeä osa kansallista mielenterveys- ja päihdeohjelmaa. Lähiajan tavoitteina esitetään alkoholiperheiden lapsia tukevien verkkopalveluiden ja tuki-

puhelinten kehittämistä sekä lasten vertaistukitoiminnan laajentamista.

Aloitteen allekirjoittajina ovat lapsiasiavaltuutetun ja A-klinikkasäätiön lisäksi Ensi- ja turvakotien liitto, Nuorten Ystävät ry ja Mannerheimin Lastensuojeluliitto ry.



Nuorten päihdeongelmien varhainen tunnistaminen

Varhaisen aloitusiän on todettu olevan merkittävä alkoholin käytön riskitekijä riippumatta muista lapsuudenperheeseen tai omaan käyttäytymiseen liittyvistä taustatekijöistä. Muut päihdehäiriöiden riskitekijät ovat nuoren persoonallisuuteen kuuluvia ominaisuuksia tai periytyviä taipumuksia, lapsuuden perheeseen ja sen toimintakykyyn liittyviä seikkoja tai muita ympäristötekijöitä. Päihteiden kokeilu liittyy enemmän kaveripiiriin vaikutukseen ja muihin sosiaalisiin tekijöihin, kun taas riippuvuuden kehittyminen on selvimmin sidoksissa geneettisiin tekijöihin.

Samanaikaiset mielenterveyshäiriöt yleisiä myös nuorilla

Osalla päihteitä käyttävistä nuorista käyttö muodostuu psykososiaalista kehitystä

Suomalaisnuorten ensimmäiset alkoholikokeilut ajoittuvat keskimäärin 13-14 vuoden ikään. Alle 15-vuotiaana alkoholinkäytön aloittaneilla juomatavat ovat humalahakuisempia, ja useammalla heistä on alkoholin ongelmakäyttöä myös aikuisiässä kuin myöhemmin aloittaneilla nuorilla. Perusterveydenhuollolla ja kouluilla on tärkeä tehtävä päihteiden käytön varhaisessa tunnistamisessa.

haittaavaksi häiriötilaksi. Päihteiden haitallinen käyttö ja päihderiippuvuus ovat tyypillisesti myöhäisnuoruudessa alkavia häiriöitä, ja niiden prevalenssi nuorilla on noin 5-10 %. Päihdehäiriöt ovat luonteeltaan pitkäkestoisia ja toistuvia, ja valtaosalla päihdehäiriöisistä nuorista on jokin muu samanaikainen mielenterveyshäiriö. Lisäksi on huomioitava, ettei ainoastaan diagnoositasoinen päihdehäiriö, vaan myös päihteiden käyttö sinänsä, on yhteydessä myöhempiin mielenterveyshäiriöihin.

Mitä ongelmallisempaa käyttö on ja/ tai mitä nuorempana päihteiden käytön

on aloittanut, sitä todennäköisemmin nuori oireilee myös muulla tavoin ja hänellä voidaan diagnosoida jokin muu samanaikainen mielenterveyden häiriö. Näistä yleisimmät ovat käytös- ja tarkkaavuushäiriöt sekä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt. Nämä nuoret ovat usein jo varsin vakavasti oireilevia ja myös vaikeahoitoisia. Päihdeongelmiin ehkäisyn näkökulmasta olisikin tärkeää vahvistaa lapsuusiän mielenterveyshäiriöiltä suojaavia tekijöitä ja pyrkiä tunnistamaan ja hoitamaan riskitekijät mahdollisimman varhain.



Kuvat: Jonna Vuokola

Alkoholinkäytön selvitys osaksi nuoren terveystarkastusta

Nuorten päihdeongelmien varhaistunnistamisessa perusterveydenhuollolla on keskeinen merkitys. Erityisesti kouluympäristö tarjoaa mahdollisuuden tavoittaa koko nuorten ikäluokka. Alkoholinkäytön kartoittamisen tulisikin kuulua rutiinomaisesti nuoren yleiseen terveystarkastukseen. Päihteiden käyttöä voidaan arvioida kysymällä nuorelta avoimilla kysymyksillä käytettyjen päihteiden laatua, kulutusmäärää, käytön aiheuttamaa haittaa sekä mahdollista riippuvuutta. Määrää arvioidaan kysymällä käyttöiheyttä ja kerralla nautitun päihteen määrää. Humalahakuisen juomisen yleisyys on syytä selvittää, samoin kuin se, kuinka usein nuori juo niin runsaasti, ettei seuraavana päivänä muista edellisen illan tapahtumia. Seulonnan apuvälineinä voidaan käyttää AUDIT- ja CRAFFT-kyselyjä, joista jälkimmäinen soveltuu myös muiden päihteiden kuin alkoholin riskikäytön tunnistamiseen.

Tärkeää nuoren arvioinnissa on, että nuori kokee tulevansa ymmärretyksi kokonaisuutena. Tällöin myös saatu tieto on todennäköisemmin luotettavaa. Koska usean eri häiriön esiintyminen samanaikaisesti on tavallista, pitäisi päihteiden käytön lisäksi arvioida nuoren pärjäämistä eri elämäalueilla. Haastattelu voidaan tehdä vapaamuotoisesti tai käyttää apuna esimerkiksi EuroADAD-haastattelua, joka on Suomessa käytössä joissakin päihdehuollon, lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yksiköissä. Haastattelussa tulisi käydä läpi nuoren psyykinen ja fyysinen terveys, koulu- ja/tai työtilanne, perhesuhteet, ikätoverisuhteet, vapaa-ajanvietto, mahdolliset rikokset sekä luonnollisesti päihteiden käyttö. Perusterveydenhuollossa riittää lyhyiden AUDITin ja CRAFFTin täyttämisen seulontamenetelmänä; laajempi kartoitus esim. EuroADADia

käyttäen soveltunee paremmin erityistason yksiköihin.

Haasteena on tunnistaa päihteiden käyttö siinä vaiheessa, kun käyttö on runsasta, mutta ei vielä ole aiheuttanut nuorelle riippuvuutta tai psykososiaalisia ongelmia. Tunnistamista hankaloittaa se, ettei nuori itse useinkaan koe tarvitsevansa apua. Varhainen tunnistaminen on tärkeää, sillä juuri tähän ryhmään voidaan kohdentaa myös varhaiset hoitotoimenpiteet. Varhaisessa puuttumisessa voidaan käyttää hyväksi motivoivan haastattelun tekniikoita. Suomessakin on kertynyt hyvää kokemusta tästä toimintamallista keinona puuttua varhain alle 18-vuotiaiden ongelmalliseen päihteiden käyttöön. ●

Jaana Lepistö, *va osastonlääkäri
HYKS, Lasten ja nuorten sairaala,
Peijaksen alue*

Bettina von der Pahlen, *psykologian professori, Åbo Akademi,
erikoistutkija, KTL*

Mauri Marttunen, *professori
Kuopion yliopisto ja KYS, psykiatrian klinikka
tutkimusprofessori,
KTL, Nuorten mielenterveysyksikkö*

Kirjallisuutta

1. Jonsson S. Alaikäiset päihteidenkäyttäjät. Varhaisen puuttumisen toimintamalli. *Suom Lääkäril* 2005;60:2619-22.
2. Lepistö J, von der Pahlen B, Marttunen M. Nuoren päihdehäiriöiden hoito. *Suom Lääkäril* 2006;61:2331-8.
3. Luopa P, Pietikäinen M, Jokela J. Nuorten elinolot, koulutyö, terveys ja terveystottumukset 1996-2005. Kouluterveyskysely 2005. Stakes, työpapereita 25/2006.
4. Marttunen M. Päihteiden käyttöön puuttuva ajoissa. *Suom Lääkäril* 2006;61:2327.
5. Monti PM, Colby SM, O'Leary TA. Adolescents, alcohol and substance abuse: Reaching teens through brief interventions. New York: Guilford Press, 2001.

Kansanterveyslaitoksen verkkosivuilla osoitteessa www.ktl.fi >Julkaisut >Oppaat ja käsikirjat löytyy otsikon Mielenterveys alta useita nuorten päihde- ja mielenterveydenhäiriöihin liittyvää julkaisua.

Vuoden 2005 kouluterveyskyselyn tuloksia

Peruskoulun 8. ja 9. luokkalaisista 21 % (pojista 22 % ja tytöistä 20 %) joi itsensä tosi humalaan vähintään kerran kuukaudessa.

Kerran viikossa tai useammin joi alkoholia pojista 11 % ja tytöistä 9 %.

Täysin raittiita ilmoitti olevansa n. 37 % peruskoululaisista.

Lukion 1. ja 2. vuosikurssien opiskelijoista 29 % (pojista 33 % ja tytöistä 24 %) joi itsensä tosi humalaan vähin-

tään kerran kuukaudessa.

Kerran viikossa tai useammin joi alkoholia 19 % pojista ja 12 % tytöistä.

Täysin raittiita ilmoitti olevansa n. 19 % lukioikäisistä.

Laittomia huumeita ainakin kerran oli kokeillut peruskoululaisista 6 % ja lukiolaisista 13 %.

<http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely>

Nuorten päihdeongelmien hoito

Nuoren päihdeongelmaa tulee hoitaa jo sen varhaisvaiheessa. Päihdehäiriöstä kärsivällä nuorella on useimmiten monia ongelmia eri elämänaalueilla. Hoito edellyttää siksi päihdehuollon, nuorisopsykiatrian, lastensuojelun ja koulujen oppilashuollon yhteistyötä. Vaikeasti päihdeongelmaisten nuorten hoitoon tarvitaan päihdehoidon ja nuorisopsykiatrian asiantuntemusta yhdistäviä hoitoyksiköitä

Nuoren päihdeongelman hoito tulisi toteuttaa avohoitona, sen tulee olla laaja-alaista, nuoren erityistarpeiden mukaan räätälöityä ja siinä tulee ottaa huomioon nuoren kehitysvaihe. Koska huomattavalla osalla päihdeongelmaisista nuorista on jokin muu samanaikainen mielenterveyden häiriö, kuten käytöshäiriö, depressio tai ahdistuneisuushäiriö, tulee nuoren päihdeongelmien arviointiin ja hoitoon liittää riittävä psykiatrinen arvio. Nuoren elämäntilanne tulee siksi arvioida kokonaisvaltaisesti, ja hoito tulisi toteuttaa päihdehuollon, nuorisopsykiatrian, lastensuojelun ja koulujen oppilashuollon yhteistyönä.

Nuorten päihdeongelmien hoitotutkimus on melko vähäistä, ja näyttöä on lähinnä erityyppisistä psykososiaalisista avohoitomuodoista, jotka voidaan jakaa yksilökeskeisiin joko yksilö- tai ryhmätaapaamisina toteutettuihin hoitoihin, perhekeskeisiin hoitoihin ja erilaisiin edellisten teoriataustaa tai hoitomenetelmiä yhdisteleviin yhdistelmähoitoihin.

Yksilökeskeiset hoitomuodot

Varhaisessa puuttumisessa ja hoidon aloitusvaiheessa voidaan käyttää motivoivaa haastattelua, jonka periaatteiden pohjalta on kehitetty muutosmotivaatiota vahvistava hoitomalli. Tässä luonteeltaan lyhyessä interventiossa otetaan huomioon nuoruusikään kuuluva itsemääräämisoikeuden ja itsenäistymisen tarve. Menetelmää on käytetty myös vahvistamaan nuoren hoitoon kiinnittymistä kognitiivisen käyttäy-

tymisterapian aloitusvaiheessa.

Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvista nuoren sisäiseen muutokseen tähtäävistä hoidoista on saatu selkein tutkimusnäyttö. Päihdekäyttö nähdään opittuna addiktiivisena käyttäytymisenä, jota voidaan analysoida ja muuttaa kuten muutakin käyttäytymistä. Hoidossa pyritään tunnistamaan nuoren ympäristöön ja hänen kokemukseensa liittyviä käyttöä laukaisevia merkkejä. Tavoite on, että nuori oppii välttämään riskitilanteita ja löytämään vaihtoehtoisia tapoja selvitä niistä. Käyttäytymisen muuttamiseksi käytetään käyttäytymisterapeuttisia tekniikoita, kuten uusien selviytymistaitojen harjoittelua.

Perheinterventiot

Nuorten päihdehäiriöiden hoidossa on tutkittu eniten hoitoja, joissa perhesuhteiden ja -ympäristön merkitys päihdeongelmissa nähdään keskeisinä. Näissä hoitomuodoissa pyritään korjaamaan joko perheen rakenteellisia vääristymiä – esimerkiksi päälaelleen kääntynyttä hierarkiaa tai vanhempien liiallista tai liian vähäistä puuttumista nuoren elämään – tai vuorovaikutuksen vääristymiä, kuten jomankumman vanhemman liittoutumista nuoren kanssa toista vanhempaa vastaan. Käyttäytymisterapeuttisesti suuntautuneessa perheterapiassa pyritään luomaan positiivisia vahvistussuhteita mm. erilaisin sopimuksin ja harjoittelemalla toimivia kommunikaatitaitoja. Pelkästään perheen sisäiseen muutokseen tähtäävien hoitojen rajoitteena on, että nuoren yksilölliset

päihteiden käytön riskitekijät ja muuhun sosiaaliseen ympäristöön liittyvät tekijät jäävät usein vähälle huomiolle.

Yhdistelmähoitot

Lähtökohdiltaan perhekeskeisissä yhdistelmähoitoissa katsotaan, että nuoren käyttäytymiseen vaikuttavat perheenssäisen vuorovaikutuksen ohella myös kouluun, ikätovereihin, muuhun yhteisöön ja kulttuuriin liittyvät vuorovaikutusprosessit. Yhdistelmähoitoista tutkituimpia ovat multisysteeminen terapia (MST) ja multidimensionaalinen perheterapia (MDFT). Näissä hoidoissa nuoren ja hänen perheensä hoidosta vastaa kaksi tai kolme terapeuttia, joilla on rajoitettu määrä potilaita kerrallaan hoidossa. Pääasiassa nuoren kotona tai koulussa pidettyjä tapaamisia saattaa olla etenkin hoidon alussa päivittäin, ja terapeutit ovat tavoitettavissa päivystysluontoisesti. Terapeutit voivat tavata nuorta yksin, perheenjäseniä eri kokoonpanoissa sekä tarvittaessa nuoren ystäviä ja muita verkoston jäseniä. Interventiot ovat pragmaattisia ja keskittyvät ”tässä ja nyt” -tilanteeseen. Nuoren muiden samanaikaisten psykiatristen ongelmien hoitaminen on oleellinen osa hoitoa.

Laitoshoidon tarve

Nuoren päihdeongelman laitoshoidon tulee tapahtua riittävän turvallisessa ja vaikuttavassa, mutta toisaalta ei liian rajoittavassa ympäristössä. Laitoshoitokin tulee ensisijaisesti järjestää yhteisymmärryksessä nuoren ja hänen perheensä



Kuvat: Jonna Vuokola

kanssa. Tarvittaessa jopa nuoren omasta tahdosta riippumatonta laitoshoidoa on harkittava esimerkiksi silloin, kun nuori ei ole kyennyt avohoidossa lopettamaan vakavaa päihdekierrettä, hän käyttää suomensisäisiä huumeita, kun hänen vakavat vieroitusoireensa edellyttävät lääkettä tai kun hän tarvitsee sairaalahoitoa mielenterveyshäiriön tai vakavan itsetuhoisuuden vuoksi.

Voiko tutkittuja hoitoja soveltaa Suomessa?

Suomessa päihdeongelmien hoidon järjestämisestä vastaa kunta. Päihdeongelmaisia nuoria hoidetaan terveydenhuollossa, päihdehuollon yksiköissä ja sosiaalitoimessa. Päihdehuollon avohoidon erityispalveluja tarjoavat mm. nuorisoasemat ja A-klinikat, joihin nuori voi hakeutua myös oma-aloitteisesti tai vanhempiensa ohjaamana. Pääasiassa sosiaalitoimen alaiset nuorille tarkoitetut laitokset tarjoavat pysäytys- ja vieroitusohjelmia sekä pidempää kuntouttavaa laitoshoidoa. Joissakin kunnissa on perustettu uudentyyppisiä yksiköitä, joissa arvioidaan ja hoidetaan sekä päihde- että mielenterveysongelmista kärsiviä nuoria.

Kuvattujen, tutkittujen hoitomallien siirtäminen sellaisinaan suomalaiseen järjestelmään voi olla epärealistista. Niille keskeisiä piirteitä ovat päihdehäiriöiden ja muiden samanaikaisten mielenterveyshäiriöiden huolellinen arvio ja hoito samanaikaisesti, hoidon laaja-alaisuus sekä hoidon tavoitteiden, hoitopäätösten, hoidon sisällön ja seurannan toteutus ammatillisesti ns. case management -periaatteen mukaisesti. Lisäksi hoidon resurssien tulee olla riittävät. Suomalaisen hoitojärjestelmän

rakenne, jossa nuorten päihdeongelmia hoidetaan sosiaalitoimessa ja muita mielenterveysongelmia terveydenhuollossa, ei ole omiaan helpottamaan hoitojen integroimista. Ainakin vaikeasti päihdeongelmisten nuorten auttamiseksi on paikallaan harkita yhteistyön tiivistämisen lisäksi myös päihdehoidon ja nuorisopsykiatrian asiantuntemusta yhdistävien hoitoyksiköiden perustamista. ●

Mauri Marttunen, *professori*
Kuopion yliopisto ja KYS, psykiatrian klinikka
tutkimusprofessori,
KTL, Nuorten mielenterveysyksikkö
Jaana Lepistö, *va osastonlääkäri*
HYKS, Lasten ja nuorten sairaala,
Peijaksen alue

Kirjallisuutta

1. Henggeler SW, Borduin CM. Family therapy and beyond: A multisystemic approach to treating the behavior problems of children and adolescents. Pacific Grove: Brooks/Cole 1990.
2. Lepistö J, von der Pahlen B, Marttunen M. Nuorten päihdehäiriöiden hoito. *Suom Lääkäril* 2006;61:2331-8.
3. Liddle HA, Dakof GA, Parker K, Diamond GS, Barrett K, Tejeda M. Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2001;27:651-88.
4. Lönnqvist J, Marttunen M. Nuorten päihdeongelmien hoito. *Duodecim* 2001;117:1585-90.
5. Vaughn MG, Howard MA. Adolescent substance abuse treatment: A synthesis of controlled evaluations. *Research on Social Work Practice* 2004;14:325-35.

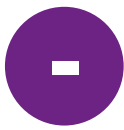


Uusi julkaisu

Pirkola T, Lepistö J, Strandholm T, Marttunen M. Nuorten päihdehäiriöiden ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden arviointi ja hoito. Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Kansanterveyslaitoksen julkaisu, B3/2007. 21 sivua. ISBN 978-951-740-685-7. Ilmaiseksi verkossa osoitteessa: <http://www.ktl.fi/portal/2920>

Viina ei olekaan viisasten juoma

Erilaisia alkoholi-näkemyksiä esiin tuoneet lääkärit Juhani Seppänen ja Hannu Alho istahtivat pyynnöstä saman pöydän ääreen keskustelemaan alkoholista. Viinasta. Viisasten juomasta. Terveysuhkien ykkösaiheesta Suomessa.



Kun Suomessa puhutaan alkoholista, suurimmasta terveysuhasta, on itsepetos läsnä, sanoo työterveyslääkäri **Juhani Seppänen**, joka oli vuoden raittiina ja kirjoitti kirjan *Selvästi juovuksissa*.

- Kiitos kirjasta. Vaikka me tutkijat paasaisimme kuinka, emme saa herätetyksi kirjasi kaltaista keskustelua, sanoo päihderiippuvuusia tutkiva ylilääkäri **Hannu Alho** Juhani Seppäselle.

- Alkoholismi on sairaus, Alho sanoo.

- Mikä on semmoinen sairaus, josta paranee, jos itse päättää? Seppänen kysyy.

Juhani Seppänen puhuu yksilön, juojan, kannalta. Jos juopottelun lopettaa, miksi sanotaan, että juoppo on juoppo raittiinakin. -Tällainen asenne ei rohkaise lopettamaan tai kokeilemaan raittiutta.

Hannu Alho puhuu kansanterveyden tutkijan kannalta. - Tutkimus kertoo, että pitkittynyt alkoholinkäyttö muuttaa selvästi eri aivonosien toimintoja ja aiheuttaa enemmän tai vähemmän pysyviä muutoksia aivoissa. Jos muutokset ovat pysyviä, kyse on kroonisesta sairaudesta.

Vertaus diabetekseen ja ylipainoon havainnollistaa

Potilaiden kanssa puhuessaan Hannu Alho vertaa alkoholin tuomia muutoksia diabetekseen, sokeritautiin. Molemmat ovat kroonisia tauteja, joihin ei ole parannuskeinoa. Molemmat pysyvät hallinnassa, jos ihmisellä on motivaatiota ja hän noudattaa hoito-ohjeita.

Perimä lisää alttiutta sekä alkoholismiin että diabeteksen puhkeamiseen. Mutta jokainen päättää itse, mitä syö ja juo. - Kenestäkään ei tule alkoholiriippuvaista, ellei hän ala käyttää alkoholia väärin, Alho sanoo.

Juhani Seppänen vertaa liiallista alkoholinkäyttöä ylipainoon. Syömiseensä ja juomiseensa voi vaikuttaa, mutta diabeetikko tarvitsee välttämättä asiantuntijan apua.

Vuosikymmeniä jatkunutta alkoholinkäyttöä voi verrata myös pyöräilyyn: opitun taitaa vuosikymmenten päästäkin. - Voin sanoa potilaille, että aivoissasi on muistijälki. Vaikka olet ollut 20 vuotta raittiina 30 vuoden juomisen jälkeen ja kokeilet alkoholia, voit yhden paukun jälkeen retkahtaa uudestaan. En halua leimata ihmistä kroonisesti sairaaksi, mutta tämä on hyvä pitää mielessä, Alho sanoo.

Julkinen valta suosii ryöppäämistä

Juhani Seppänen mielestä kulttuurimme suosii juomista. Kun puhutaan huumeista, syyllinen on aine ja sen ominaisuudet: heroiini, kokaiini, hasis tai nyt suosituimpana katukaupassa huumeriippuvaisten hoitoon tarkoitettu buprenorfiini.

Huumeita etsitään, jakelijoita rangaistaan, käyttäjiä pidetään uhreina. Entäpä toinen päihde, alkoholi?

Puhumme tuhansia vuosia vanhasta kulttuurista, jossa alkoholi on ollut aito ja hyväksytty huume. Lohtu, helpotus, uhma tai rentoutus. Valtakulttuuri on suonut lainsuojan alkoholille eli etanoli-huumeelle ja koko ketjulle valmistuksesta jakeluun ja kuluttajaan asti.

- Kohdistamme huomion aineen pau-loihin joutuneeseen käyttäjään, emme itse aineeseen, jotta me muut saisimme jatkaa juomista ja toiset jatkaa sen myymistä. Jakelua tuetaan, valmistajat tutkivat. Alkoholiteollisuus, muun muassa panimojätti Guinness, rahoittaa alkoholisairauksien lääketieteellistä tutkimusta, Juhani Seppänen huomauttaa.

Hannu Alho nyökyttelee. - Suomessa

pääasiassa julkinen valta rahoittaa tutkimuksen, mutta esimerkiksi Yhdysvalloissa suurimpia rahoittajia on viininvalmistaja Gallo.

Lääkärin ei pidä suositella paria paukkua terveyssyistä

Moni lääkäri suosittelee Käypä hoito -suosituksen mainitsemaa paria paukkua päivässä. Muutama annos mitä tahansa alkoholia voi tietyllä väestöosuudella ehkäistä sydän- ja verisuonitauteja. - Mutta haitat ovat selvästi suuremmat kuin hyödyt. Pari annosta päivässä johtaa helposti alkoholiriippuvuuteen, ja annosten määrä kasvaa. En voi suositella alkoholia terveyssyistä kenellekään, joka ei sitä jo juo, Hannu Alho painottaa.

Aiemmin tuotiin esiin oluen B-vitamiini, naisten juomisen lisääntyessä viinin flavonoidit.

- Olutta pitäisi juoda koreittain ja viiniä litrakaupalla, jotta niiden B-vitamiinilla tai flavonoideilla olisi mitään merkitystä. Ja silloin alkoholin aiheuttamat haitat nousevat suuriksi, Juhani Seppänen toteaa.

Monella lääkäriellä on ratkaisematon suhde alkoholiin

Juhani Seppänen liittyy alkoholinkäytön kasvun yhteiskunnan nopeaan muutokseen: maaseutumaisesta maasta teknologiamaksi, kaupungistuminen, perherakenteen löyhtyminen, lasten varhaisen itsenäisyyden odotukset...

- Alkoholi on yhteiskunnassamme toiminnallinen tekijä: kitti siellä missä kitti puuttuu. Alkoholien täytyy olla yhteiskunnallisesti hyvin myönteistä, kun sitä näin paljon juodaan ja juomista suositaan.

Seppänen mielestä suomalaisen lääkärinkunnan hoidossa olevien alkoholi-

ongelmaisten potilaiden suurin ongelma on lääkäreiden oma ratkaisematon suhde alkoholiin. - Niinpä usein näennäisesti hoidetaan alavireisyyttä, masennusta, ahdistuneisuutta tai unettomuutta, vaikka takaa löytyisi kohtuullisena pidetty mutta runsas alkoholinkäyttö.

Hän provosoi, että kun alkoholin liikakäyttäjän masennusta lääkitään mielialalääkkeillä tai rauhoittavilla, se on ryyp-päyskuntoutusta. - On vain yksi tapa selvittää, mikä on alkoholin osuus. Lopettaa juominen. Terveystieteiden ammattilaisten ei tule antaa kohtuukäytön rajausten nimissä annosteluvinkkejä.

Viinakorttiin ei ole paluuta

Vuoteen 1970 Suomessa saattoi ostaa alkoholi-juomia viinakaupasta vain viinakorttia vastaan. Jos ostoja tuli liikaa, kortti otettiin kuivumaan. Holhouskulttuuriin kuuluivat myös muut rajoitukset: Jokainen hakee juomansa itse, yksi paukku kerrallaan, olutta vain ruuan kanssa, ei alkoholitarjoilua ennen puoltapäivää.

Hannu Alho tietää tutkimuksen perusteella, että hintasäännöstely, kiellot ja rajoitukset ovat pureet liialliseen alkoholinkäyttöön, mutta niiden aika on pääosin nykymaailmassa ohi.

Alhon työnantaja Kansanterveyslaitos lähetti sosiaali- ja terveysministeri Liisa Hyssälälle kannanoton, jonka mukaan alkoholiveroa pitää nostaa. Kulutuksen kasvun tasaannuttuakin alkoholin kulutus jäi 10 prosenttia suuremmaksi kuin se oli ennen veroalea. Puolueet ovat samaa mieltä veron nostosta, mutta veroa ei nostettu, vaan eduskunta päätti juuri liimauttaa varoitustarrat pulloihin ja estää olutmy-yräkoirien tarjoushinnoittelun.

Tupakkavalistus puri nopeasti, mikä puree juomiseen?

Tupakointi on hyvä vertailukohta alkoholinkäytölle. Tupakkavalistus puri, varoitustarroineen kaikkineen, ja tupakointi laski rajusti jo alle 20 vuodessa. Juhani Seppänen sanoo, että tupakoinnista on tullut ”luuserihomma”. Tupakoitsija on häädetty ovenpieleen ja ulos, eristetty muista, hän on poikkeava ja syrjitty.

- Toki kukaan ei kaipaa kovasti juovuksissa olevan seuraa, mutta tavanomaisen keski-ikäisen alkoholinkäyttäjän näkökulmasta alkoholin ja varsinkin viinin nauttimisessa on hienouden, uudenaikaisuuden ja elitistisyyden elementtejä.

Kansainvälistyminen voi vähän auttaa. Yksinäinen suomalainen alkoholinkäyttäjä voi joutua ulkomailla peilin eteen juomisen kanssa, vaikka hänen juomisen oli- si kotimaassa ihan tavanomaista. Kun rajat



Tarja Liuha

Kaksi lääkäriä, kaksi näkökulmaa

Yliääkäri Hannu Alho johtaa Kansanterveyslaitoksella päihderiippuvuuden tutkimusyksikköä. Alhon omaa tutkimusaluetta ovat päihderiippuvuuden lääkehoitomuodot.

Työmotivaatiota eivät suinkaan vähennä kasvavat alkoholin kulutusluvut. Alho on myös Päihdelääketieteen yhdistyksen puheenjohtaja.

Työterveyslääkäri Juhani Seppänen tunnustaa kirjassaan *Selvästi juovuksissa* (Otava 2006) juoneensa 24 vuotta, enimmillään kolme koria olutta viikossa ja viiniharrastus päälle. Kun vaimo ehdotti, että mies olisi vuoden raittiina ja kirjoittaisi siitä kirjan, syntyi henkilökohtaista jatkoa kirjoille Ensimmäinen sana on isä ja Hullu työtä tekee.

avautuvat lisää, muissa maissa kummeksutaan suomalaista alkoholinkäyttöä.

Suomalaisissa nuorissa on yhä enemmän täysin raittiita. Alho toivoo, että se liittyisi valvutukseen. - Ei juhlistakaan ole mukavaa olla räkäkännissä. Hyvä kun yleistyisi ajatus, että juovuksissa olo on typerää.

Seppäsellä on tarjolla surullisempi tulkinta. - Meillä on kasvanut paljon perheitä, joissa molemmat vanhemmat ovat niin vakavasti alkoholisoituneita, että nuoret siksi pidättäytyvät juomisesta. Puoliso ja lapset tietävät juomisesta, muut eivät tiedä. Tasa-arvon nimissäkö naisetkin ovat alkaneet juoda miesten tapaan? Tasa-arvo ei valitettavasti toteudu, koska naiset kestävät alkoholia heikommin kuin miehet, haitat tulevat pienemmistä määristä.

Valistus on oikea tapa

Nyt on luotettava etupäässä alkoholivalistukseen, joka tavoittaa oikeat kohde-ryhmät.

Kummankin keskustelijan mielestä tärkein ryhmä ovat nuoret. Pelotteluvallistus on muuttunut asialliseksi, mutta

valistusta voi vielä kehittää.

- Valistuksella pitäisi olla päämäärä: juomisen vähentäminen, ei vain tiedon jakaminen, Seppänen puntaroi.

Alhon mielestä tutkimus on peruskivi: - Eikä tutkimus tarkoita vain uusia hoitoja, vaan myös väestön terveydentilan seuraamista. Päätösten pohjana pitää olla tietoa siitä, missä mennään.

Viiniä ruuan kanssa

Kun alkoholista puhutaan, vastaavat keskustelijat kysymykseen myös omasta juomisestaan.

- Olen täysin riittävästi vihkiytynyt aineen kaikkiin ulottuvuuksiin, vastaa Juhani Seppänen.

- Viikonloppuisin muutama lasi hyvää punaviiniä, joskus viiniä ruuan kanssa. Arkiseen pariin lasilliseen illassa en ole mieltynyt koskaan, Hannu Alho sanoo.

Humoristinen suhtautuminen kasva-vaan juomiseen taitaa olla ohi. ●

Tarja Liuha

Mini-interventio - terveydenhuollon keino vähentää alkoholihaittoja

Mini-interventiolla tarkoitetaan lääkärin tai hoitajan tavallisen vastaanottokäynnin yhteydessä antamaa lyhyttä terveysneuvontaa. Mini-interventio on osoittautunut vaikuttavaksi hoitomuodoksi, ja se on yksi keskeisimpiä keinoja vähentää alkoholihaittoja.



Laajasti toteutetulla mini-interventiolla olisi huomattava kansanterveydellinen merkitys. Suomessa arvioidaan olevan ainakin 500 000 alkoholin suurkuluttajaa. Tutkimustiedon perusteella kymmenentuhannet suurkuluttajat kohtuullistaisivat juomisensa, jos mini-interventiota toteutettaisiin terveydenhuollossa laajasti.

Mini-interventio on kehitetty käytettäväksi erityisesti terveydenhuollossa. Lääkärit ja hoitajat tapaavat jatkuvasti potilaita, joiden oireet voivat liittyä alkoholiin. Ammatillisilla on hyvä mahdollisuus tunnistaa suurkuluttajia ja neuvoa heitä. Heillä on myös tietoa ja taitoa lisätä suurkuluttajien ymmärrystä alkoholin terveyshaistoista.

Mini-intervention kohderyhmä

Tutkimus on osoittanut, että mini-intervention kohderyhmän määrittäminen on usein terveydenhuollon ammattilaisillekin suuri haaste (1). Alkoholin suurkulutus muodostaa jatkumon, josta voidaan erottaa kolme ryhmää: varhainen suurkulutus, haitallinen käyttö ja riippuvuus (taulukko 1). Tämä jako perustuu siihen, että suurkulutuksen eri muotojen kliininen kuva, ennuste ja hoito poikkeavat toisistaan.

Mini-intervention kohderyhmä ovat erityisesti varhaisvaiheen suurkuluttajat. Se sopii ensisijaiseksi hoidoksi myös alkoholia haitallisesti käyttäville, mutta hoitovaste tulee arvioida huolellisesti ja tarvittaessa tarjota muuta hoitoa. Sen sijaan alkoholiriippuvuudessa käyttöä ohjaa pakonomaisuus eikä mini-interventio yleensä ole riittävä hoitomuoto. Lisäksi riippuvuudessa alkoholin käytön jatkaminen muodostaa siinä määrin välittömän uhan, että on perusteltua heti aluksi käyttää laajempaa psykososiaalista interventiota ja/tai lääkettä. Kuitenkin niille

Taulukko 1. Alkoholin suurkulutuksen alaryhmät

Varhainen suurkulutus	Riskirajat ylittävä alkoholin kulutus, mutta ei merkittäviä alkoholihaittoja tai riippuvuutta
Haitallinen käyttö	Merkittäviä alkoholinkäytön aiheuttamia haittoja, mutta ei riippuvuutta
Alkoholiriippuvuus	Oireyhtymä, jonka tyypillisiä piirteitä ovat juomishimo, vieroitusoireet, toleranssi ja juomisen jatkuminen haitoista huolimatta

Taulukko 2. Mini-intervention sisältö

1. Kartoita alkoholin kulutus: käyttöikeys ja -määrä tai AUDIT-lomake	
2. Jos suurkulutuksen kriteerit ylittyvät, noudata FRAMES-periaatteita:	
F	Feedback: Anna potilaan henkilökohtaiseen tilanteeseen sopivaa palautetta
R	Responsibility: Anna potilaalle vastuu muutoksen tekemisestä, luota häneen
A	Advice: Anna suullista ja kirjallista (esim. 'Vähennä vähäsen' - opas) tietoa
M	Menu: Sovi tavoitteista ja toimintatavoista yhdessä potilaan kanssa
E	Empathy: Ole empaattinen, älä arvostele
S	Self-efficacy: Kannusta
3. Kirjaa tiedot	
4. Sovi 1-3 kontrollikäyntiä	

alkoholiriippuvaisille, jotka eivät ole halukkaita pidempiin hoitoihin, voidaan tarjota neuvontaa mini-intervention muodossa.

Varhaisen suurkulutuksen tunnistaminen

Varhainen suurkulutus on nykykeinoin hyvin tunnistettavissa. AUDIT-kysely on tehokas ja suositeltava menetelmä (2),

joka tunnistaa kahdeksan suurkuluttajaa kymmenestä. AUDIT:n sijaan jotkut kysyvät potilaalta mieluummin suoraan hänen käyttämistään alkoholimääristä ja mahdollisista alkoholihaitoista. Taitava ja empaattinen haastattelija tunnistaa tällä tavoin erittäin hyvin varhaisvaiheen suurkuluttajan. On hyvä myös muistaa, että AUDIT-kyselyä voi käyttää keskustelun avaajana.

Lähes kaikki potilaat Suomessakin hyväksyvät sen, että alkoholiasioita käsitellään vastaanotolla. Tämä pätee myös suurkuluttajiin. On kuitenkin totta, että taitamaton alkoholiin liittyvä keskustelu voi ärsyttää potilasta. Tällöin on parasta vaihtaa puheenaihetta ja palata asiaan myöhemmin, ehkä jopa saman vastaanoton aikana. Puheenaiheen vaihtaminen osoittaa empaattisuutta ja vähentää muutosvastarintaa.

Mini-intervention sisältö

Mini-interventio on nimensä mukaisesti lyhyt. Tutkimusten mukaan jopa viisi minuuttia kestävä neuvonta vähentää suurkulutusta. Yleensä mini-interventioon käytetään kuitenkin 10–15 minuuttia. Suositeltavaa on myös järjestää seurantaikäynti, jossa tarkastellaan tavoitteiden onnistumista. Taulukossa 2 kuvataan mini-intervention sisältöä tarkemmin.

Mini-intervention vaikuttavuus

Mini-intervention vaikuttavuus on todennettu useissa meta-analyyseissä (3): kymmenestä suurkuluttajasta yksi palaa kohtuukäyttöön tai lopettaa kokonaan. Hoitovaikutus säilyy melko pitkään, ainakin 1–2 vuotta. Riskitekijöiden hoitamisen vaikutuksen tutkiminen on haasteellista, koska se vaatii suuria tutkimusaineistoja ja riittävän pitkää seuranta-aikaa. Tämän hetkiset tulokset viittaavat kuitenkin siihen, että mini-interventio vähentää myös kuolleisuutta. Mini-intervention kustan-

nusvaikuttavuutta on tutkittu Yhdysvalloissa. Tutkimusten mukaan 1000 dollarin sijoitus mini-interventioon tuottaa 5000 dollarin säästön. On täysi syy olettaa, että kustannusvaikuttavuus on positiivinen myös Suomessa. ●

Mauri Aalto, erikoistutkija
Kansanterveyslaitos

Kaija Seppä, professori
Tampereen yliopisto ja Tampereen yliopistollinen sairaala

AUDIT-lomake ja Vähennä vähäsen -opas löytyvät osoitteesta www.alkoholihjelma.fi

Tuoreita välineitä mini-interventiotyön tueksi

Mini-interventio on osoitetusta tehostaan huolimatta omaksuttu hitaasti terveydenhuollon jokapäiväiseksi työvälineeksi. Eräänä tekemisen esteenä on pidetty soveliaiden työvälineiden puutetta. Nyt tämä ulkoasultaan houkutteleva, ketään leimaamaton aineisto on kaikkien ammattilaisten ulottuvilla.

E nsimmäiset tulokset mini-intervention tehosta saatiin yli 20 vuotta sitten. Runsas tutkimustieto on eri puolilla maailmaa johtanut ponnisteluihin istuttaa toiminta terveydenhuoltoon (1). Tieteellisestä näytöstä huolimatta terveydenhuollon henkilökunnan on ollut vaikea omaksua tutkimusten mukaisen mini-interventiohoidon tekemistä osaksi jokapäiväistä työtään (2).

Tarvitaan lisää käytännön valmiuksia ja taitoja, asenteiden tarkastamista ja preventiivisen työn merkityksen ymmärtämistä, mutta myös hyvät työvälineet.

Tekemisen esteet

Tutkimustietoa mini-intervention toteuttamisesta on vähän. Kaikille Suomen perusterveydenhuollon lääkäreille vuonna 2002 suunnatun kyselyn perusteella 9 % teki mini-interventiotä säännöllisesti, 50 % silloin tällöin ja 41 % ei lainkaan (3). Miltei jokainen, joka ei tehnyt, oli kuitenkin sitä mieltä, että hänen pitäisi tai hän haluaisi tehdä.

Syynä vähäiseen aktiviteettiin on pi-

detty terveyspoliittisten päätösten heikkoa tukea, kiirettä, riittämätöntä koulutusta, niukkoja resursseja, uskoa, että omat taidot eivät riitä, hoidon kohderyhmän epäselvyyttä, selkeiden ohjeiden puutetta ja kohderyhmän tunnistamisen vaikeutta; lisäksi on kyseenalaistettu tekemisen oikeutus (2). Tiedetään myös, että koulutus lisää niiden lääkäreiden mini-interventioaktiiviteettia, jotka kokevat viihtyvänsä roolissaan, kun taas huonosti yleislääkärin rooliin sitoutuneiden lääkäreiden aktiiviteettia koulutus vähentää. On ymmärrettävää, että hoitomuotoa, jossa reseptin kirjoittamisen sijasta on käytettävä omaa itseä työvälineenä, voi olla vaikea omaksua.

Kansalliset ponnistelut

Suomessa mini-intervention toteuttaminen on nostettu esiin valtioneuvoston periaatepäätöksessä, ja se on myös Alkoholiohjelma 2004–2007:n selkeä painopistealue. Mini-interventiotä terveydenhuollossa edistävät suuret hankkeet: Työterveyshuollon mini-interventiohanke ja valtakunnallinen mini-interventioprojekti VAMP.

Kirjallisuutta

1. Aalto M, Pekuri P, Seppä K. Obstacles to carrying out brief intervention for heavy drinkers in primary health care: a focus group study. *Drug Alcohol Rev* 2003;22:169-73.
2. Aalto M, Tuunanen M, Sillanaukee P, Seppä K. Effectiveness of structured questionnaire for screening heavy drinking in middle-aged women. *Alcohol Clin Exp Res*. 2006;30:1884-8.
3. Hoitosuositusryhmä. Käypä hoito-suositus. Alkoholi-ongelman hoito. *Duodecim* 2005;121:788-803.



Kuva 1. 'Vähennä vähäsen' -opas.

VAMP:ssa 41 kuntaa eri puolilta Suomea, joissa asuu neljäsosa suomalaisista, on sitoutunut tekemään mini-interventiotä terveyskeskuksissaan. Lääneittäin palkatut lääkäri- ja hoitajakoordinaattorit kouluttavat ja tukevat alueen lääkäreitä ja hoitajia mini-intervention tekemisessä. Tavoitteena on istuttaa mini-interventio terveyskeskusten rutiinityöksi. Tähän on pyritty moninaisin keinoin, kouluttaen, tiedottaen ja tuottamalla myös hankkeeseen sitoutumattomien kuntien saataville toimintaa tukevaa aineistoa.

Työkalut

VAMP-hanke on yhdessä Alkoholiohjelman kanssa tuottanut aineistoa käytännön mini-interventiotyön helpottamiseksi (www.alkoholihjelma.fi). Uusimmat tuotteet tässä aineistoperheessä ovat 'Vähennä vähäsen' -opas sekä Alkoholin riskikäytön tunnistaminen ja mini-interventio -neuvontakortti, jotka löytyvät Alkoholiohjelman internetsivuilta myös PDF-muodossa.

'Vähennä vähäsen' -opas on tarkoitettu potilaalle, jonka alkoholin kulutus

Alkoholin riskikäytön tunnistaminen ja mini-interventio

Kysy **kaikilta hoidossasi olevilta potilailta** hoitosuhteen alussa ja silloin, kun potilaan tulosy viittaa riskikäyttöön,

- juomamääriä
- juomistiheyttä

tai pyydä täyttämään AUDIT-kyselylomake.

Kirjaa sairaskertomukseen

- alkoholianamneesi
- hoitotoimet.

Viitteitä riskikäytöstä

- krapula
- vatsavaivat
- toistuvia tapaturmia
- kohonnut verenpaine

- rytmihäiriöt
- metabolinen oireyhtymä
- unettomuus, unihäiriöt
- masentuneisuus
- ahdistuneisuus

- muuttunut sosiaalinen tilanne
- diabeteksen tai veren ohennushoidon huono tasapaino
- suuri MCV, S-GT, S-trigly, S-uraatti, HDL-kol tai CDT

AUDIT ≥ 20 tai epäily vahvasta riippuvuudesta

Konsultoi

A-klinikkaa tai perehdy päihdehoitoihin ja toteuta itse

- terapia
- lääkehoito (naltreksoni, disulfiraami).

AUDIT 8-19 ja/tai riskirajat ylittyvät

Halukas muutokseen

- GT ja CDT harkinnan mukaan

Haluton muutokseen

- Motivointi
- GT ja CDT harkinnan mukaan

Mini-interventio

- Kerro, että riskirajat ylittyvät.
- Kannusta muutokseen.
- Sovi vähentämistavoite yhdessä potilaan kanssa.
- Anna kirjallista tietoa, esim. *Vähennä vähäsen*-opas.
- Jos aika sallii, käy läpi oppaan pääkohdat.
- Sovi tarvittaessa 2-3 kontrollikäyntiä.

Perussairausten hoito

ja uusi keskustelu alkoholikäytöstä ja muutoshalukkuudesta puolen vuoden kuluttua.

AUDIT < 8 ja riskirajat eivät ylity

Toista kysyminen

3-4 vuoden välein rutiinomaisesti tai heti, kun on viitteitä riskikäytöstä.

Käyttö ei vähentynyt.

Käyttö väheni.

- Anna tunnustusta.

Riskirajat

annoksina

mies: kerralla ≥ 7
viikossa ≥ 24

nainen: kerralla ≥ 5
viikossa ≥ 16

1 annos =



33 cl keski-olutta



12 cl mietoa viiniä



4 cl väkeviä

Suositus 65 vuotta täyttäneelle

Kerralla korkeintaan 2 ja viikossa korkeintaan 7 annosta

Sosiaali- ja terveysministeriö

Valtakunnallinen Mini-interventio Projekt

Kortin tilaukset alkoholiohjelma@stm.fi

Alkoholi-ohjelma
2004-2007

Kuva 2. Mini-intervention neuvontakortti.

on riskialueella (kuva 1). Ajan salliessa voidaan oppaan sisältöä käydä läpi vastaanottotilanteessa. Oppaan pieni koko ja neutraali ulkoasu mahdollistavat siihen tutustumisen ilman leimaantumista. Sisältö perustuu tutkittuun tietoon väestön alkoholin käytöstä ja alkoholihaitoista. Opas neuvoo oman tilanearvion tekemiseen, siinä annetaan vähentämisen keinoja ja kerrotaan vähentämisen hyödyistä. Se sisältää myös juomapäiväkirjan oman tilanteen seuraamiseksi.

Neuvontakortti on kaksipuolinen, laminoitu työväline. Sen toisella puolella ovat keskeiset, mini-interventioneuvonnassa potilaan kanssa läpi käytävät asiat hänen alkoholin käyttönsä arvioimiseksi;

alkoholiannos, suurkulutuksen rajat, vähentämisen hyödyt ja väestön alkoholin käyttäjäryhmät. Toinen puoli (kuva 2) sisältää periaatteet alkoholin käytön selvittämiseksi potilaskontakteissa. Päämääränä on, että kaikilta potilailta kysyttäisiin alkoholin käyttöä jossain hoitosuhteen vaiheessa, että tiedot kirjattaisiin ja kysyminen uusittaisiin tietyin määrävälein. ●

Kaija Seppä, professori

Tampereen yliopisto ja Tampereen yliopistollinen sairaala

Mauri Aalto, erikoistutkija

Kansanterveyslaitos

Kirjallisuutta

1. Heather N (toim.). WHO collaborative project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care. World Health Organization: Geneva, 2006.
2. Nilsen P, Aalto M, Bendtsen B, Seppä K. Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary health care? a systematic review. Scand J Primary Health Care 2006;24:5-15.
3. Aalto M, Hyvönen S, Seppä K. Do primary care physicians' own AUDIT-scores predict their use of brief alcohol intervention? A cross-sectional survey. Drug Alcohol Depend 2006; 83:169-73.

Valtakunnallinen mini-interventioprojekti VAMP: www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankk/vamp/index.htm

Ikääntyminen ja alkoholi – puuttumattomuuden ongelma

Ikääntyvien alkoholiongelmat kilpistyvät asenteisiimme: meidän on niitä vaikea huomata ja niihin puuttua – ”eihän sitä ainoata iloa pidä vanhalta pois ottaa”. Suhtaudumme nihilistisesti ikääntyvän mahdollisuuksiin muuttua. Lasku, joka lankeaa alkoholin aiheuttamista haitoista ikääntyvälle itselleen, hänen läheisilleen tai yhteiskunnalle, saattaa kasvaa kuitenkin kovin korkeaksi. Ikääntyvien alkoholiongelmien odotetaan merkittävästi lisääntyvän suurten ikäluokkien saavuttaessa eläkeiän muutaman vuoden sisällä. On muistettava että ikääntyvät ovat hyvin heterogeeninen ryhmä harmaahapsista mummoista ja vaareista hippisukupolven farkkuousuihin rokkaajiin.

”Hänhän ei näytä yhtään alkoholistilta!”

71-vuotias entinen pankkivirkailija Eeva (todellisiin tapauksiin pohjautuva fiktiivinen potilastapaus) joutui akuutin sekavuustilan takia sisätautiosastolle. Koholla olevat maksa-arrat nostattivat epäilyn myös mahdollisesta alkoholiongelmasta. Hänen sairauskertomustensa mukaan häntä oli eläkkeellejäämisen jälkeen tutkittu ja hoidettu huimauksen, kaatuilutaipumuksen, masentuneisuuden, muistinheikkenemisen ja ylävatsakipujen takia omalääkärin vastaanotolla ja erikoissairaanhoidon poliklinikoilla lähes kymmeneen otteeseen. Yhtään mainintaa ei löytynyt hänen alkoholinkulutuksestaan. Aluksi nuorekas ja muuten hyvin hoidettu Eeva ja hänen lapsensakin kielsivät alkoholiongelman. Sairaalassa ollessa sekavuus väistyi, muisti koheni ja Eeva myönsikin käyttäneensä päivittäin viiniä.

Alkoholin ongelmakäyttö ja alkoholiriippuvuus määritellään pitkälti sosiaalisten ongelmien kautta. Sellainen määritelmä on tehty työikäistä väestöä varten. Ikääntyville se sopii huonosti. Ongelmakäyttöä ja riippuvuutta voi ikääntyvillä esiintyä vaikka se ei näkyisikään ulospäin.

Eeva kertoi jatkohoitopaikassaan vanhuspsykiatrisella poliklinikalla, jonne hänet oli ohjattu masennuksen takia, että viini oli muodostunut päivittäiseksi ruokajuomaksi

eläkkeellejäämisen jälkeen. Vain muutama lasillinen, harvoin enemmän. Miehen kuoleman jälkeen pari vuotta aikaisemmin ja varsinkin hanaviinipakkausten yleistyttyä oli vaikeampi seurata kuinka paljon tuli juotua.

Ensimmäiset ongelmat ovat usein terveyteen liittyviä kuten Eevallakin. Alkoholinsietokyvyn heikentyessä ikääntymisen myötä aiheuttaa alkoholi vanhennevalle keholle yllättävän helposti ja jo pienehköillä annoksilla terveydellisiä haittoja, altistaa tapaturmille ja aiheuttaa yhteisvaikutusriskejä ikääntyvillä yleisesti käytössä olevien lääkitysten kanssa (1).

Kuinka yleisiä ovat ikääntyvien alkoholiongelmat?

Tutkimusten mukaan 1–4 %:lla yli 60-vuotiaista on alkoholiriippuvuus, 10–15 % on ongelmajuoja. Luvut pohjautuvat pääasiassa amerikkalaisiin tutkimuksiin, mutta samansuuntaisia luvut ovat muuallakin.

Tunnistamme helposti nuorempana alkoholisoituneen jo heidän ”vanhan juopon” historiastaan. Mutta vajaa kolmannes yli 65-vuotiaista alkoholiriippuvaisista alkoholisoituu vasta keski-ikänsä jälkeen kuten esimerkin Eevakin. Tällöin aikaisempaan elämään on kyllä saattanut kuulua alkoholi, mutta se ei ole haitannut sosiaalista selviytymistä, työtä tai perhettä. Riippu-

vuus kehittyi sitten nopeasti muutamassa vuodessa, usein eläköitymisen jälkeen ja salakavalasti.

Milloin puuttua?

Sosiaali- ja terveysministeriön alkoholiohjelman erinomaisessa vihkosessa: ”Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet” on riskijuomisen rajaksi terveillä yli 65-vuotiailla laitettu kaksi alkoholiannosta kerralla, eikä viikon kulutus saisi ylittää seitsemää annosta. Ohje perustuu Yhdysvaltain Geriatrian Seuran ohjeisiin.

On luonnollista että raja on yksilöllinen, mutta yllättävää varmaan useimmille on se kuinka nopeasti alkoholinsieto laskee ikääntymisen myötä ja riskit terveyshaitoista lisääntyvät.

Alkoholinkäytön kysyminen ja ongelmaan puuttuminen on harvinaista ikääntyvien kohdalla, kuten esimerkkinä osoitti. Eräässä amerikkalaisessa seulon-

Kuva: Juha Tuomi



tatutkimuksessa oli ongelmaan puututtu perusterveydenhuollossa vain 1 %:lla yli 60-vuotiaista riskikäyttäjistä.

Missä alkoholihaittoja nähdään?

Tavallisissa terveydenhuollon tilastoissa ikääntyvien alkoholiongelmat eivät juuri näy. Niistä ei kirjata, todennäköisimmin leimaamisen pelossa, kuin murto-osa, vaikka ongelmat olisivat selvästi näkyvillä. Alkoholi aiheuttaa erityisen riskin ajautua varhain laitoshoitoon, useimmiten sen aiheuttamien aivovaurioiden takia.

HUS:n Peijaksen sairaalan päivystyksessä tehdyn tutkimuksen mukaan hälyttävän suuri osa päivystykseen hakeutuvista potilaista oli päihtyneitä tai alkoholiriippuvaisia (2). Ikäjakaumaa tarkasteltaessa koko päihtyneiden tai riippuvaisten ryhmästä 11 % oli yli 60-vuotiaita. Huolestuttavin oli kuitenkin 50–60-vuotiaiden ryhmä, jossa päihtyneitä tai riippuvaisia oli reilusti yli kolmannes. Tämä ryhmä ennakoii seuraavan eläkeläiskohortin ongelmia.

Pohjois-Kymenlaakson tapaturmahankkeen alustavissa löydöksissä (3) lonkkamurtumien taustalla esiintyi humalatila yli 65-vuotiailla miehillä 17 %:ssa ja naisilla 3 %:ssa tapauksia. Myös tässä hankkeessa 55–64-vuotiaiden ryhmässä humalatila oli selkeästi yleisempää: 35 %:lla miehistä ja 18 %:lla naisista.

Onko asiaan puuttumisesta hyötyä?

Eeva hyötyi hoidosta. Terveys koheni ja hän pystyi lopettamaan alkoholinkäyttönsä muutamia repsahtamisia lukuunottamatta. Ongelmana oli erityisesti hänen kokemuksensa

yksinäisyydestä ja merkityksettömyydestä. Hänen oli vaikea hyväksyä vanhenemistaan ja ulkonäkönsä rapistumista. Häpeä ja syyllisyys vaivasivat vaikeuttaen sosiaalisten kontaktien solmimista. Vihdoin hän uskaltanut lähtemään ikääntyville alkoholiongelmaisille tarkoitettuun kokeelliseen ryhmään, jossa hän pystyi jakamaan kokemuksiaan toisten kanssa.

Hoito- ja puuttumattomuusnihilismiä perustellaan sillä, että ikääntyvän alkoholinkäyttöä ei voi muuttaa tai että tarjolla olevat hoitovaihtoehdot eivät iäkkäille sovi. Erittäin vähän yli 60-vuotiaita hoidetaankin esimerkiksi A-klinikoilla. Eevaakaan olisi tuskin voinut A-klinikalle lähettää.

Ikääntyvien alkoholiongelmia ja erityisesti interventioita on tutkittu vasta vähän. Interventiotutkimukset ovat pääasiassa Yhdysvalloista kotoisin. Niiden mukaan ikääntyvien interventiot onnistuvat yhtä hyvin tai jopa paremmin kuin nuorempien ikäluokkien (4). Ryhmähoidolla, jossa kaikki jäsenet ovat ikäihmisiä, on saatu parempia tuloksia kuin kaikenikäisten ryhmässä. Ikääntyvän alkoholiongelmaan liittyy kaksi vaikeaa asiaa: alkoholi ja vanheneminen. Kummastakin pitää päästä puhumaan.

Mitä tulisi kehittää?

Suomessa on meneillään muutamia ikääntyvien alkoholiongelmiin liittyviä kehittämis- ja tutkimushankkeita (mittava Sininauhaliiton 'Liika on aina liikaa - projekti', sekä joitain pienempiä kuten Vanhusten Kotiapusäätiön Vantaalla vetämä Vetoketju-toiminta). ●

Kuva: Juha Tuomi



Koulutusta, tutkimusta ja interventioiden kehittämistä tarvittaisiin vielä paljon lisää ainakin seuraavilla alueilla:

1. Ikääntyvien alkoholiongelmiin tunnistamista. STM:n 'Otetaan selvää' -viikkosen tulisi olla käytössä kaikissa terveydenhuollon toimipisteissä.
2. Riskijuojojen ja myöhään alkoholisoituneiden hoitointerventioita (edellyttää osaamista sekä päihdetyöstä että vanhenemisestä).
3. Kotihoidon ja palvelutalojen henkilökunnan osaamista kohdata ongelmajuojia ja alkoholisoituneita vanhuksia työssään.
4. Ikäihmisten katkaisuhoidon järjestämistä.
5. Alueellisia ikääntyvien päihdestrategioita.

Pirjo Juhela, vanhuspsykiatri
HYKS, Peijas
pjuhela@netlife.fi

Kirjallisuutta

1. Aira M. Viinaa lääkkeeksi? Alkoholineuvontaa vanhuksille - mutta minkälaista? *Suom Lääkäril* 2005; 33:3137-9.
2. Kantonen J, Niittynen K, Mattila J, Kuusela-Louhivuori P, Manninen-Kauppinen E, Pohjola-Sintonen S. Päihtyneet ja päihdeongelmaiset potilaat Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikalla. *Suom Lääkäril* 2006;47:4923-7.
3. Nurmi-Lüthje I. Alkoholi ja vanhusten tapaturmat - voimistuva yhteys. *Suom Lääkäril* 2006;35:3433.
4. Gurnack AM, Atkinson R, Osgood NJ (toim.). *Treating Alcohol and Drug Abuse in the Elderly*. New York: Springer Publishing Company, 2002.

'Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet' -sitteen tilaus:
alkoholihjelma@stm.fi

Retkahtamisen biologiaa tutkitaan koe-eläimillä

Alkoholi- ja huumeriippuvuudelle on tyypillistä pakonomainen tarve käyttää päihdettä ja toistuvat retkahtamiset raittiiden kausien jälkeen. Ihmisellä retkahtamisen laukaisee useimmiten stressi, päihteelle uudelleen altistuminen tai päihteen käyttöön liittyneet ehdollistuneet ärsykkeet, jotka voivat olla ympäristöjä, esineitä, värejä, tuoksua tai makuja. Ehdollistumista aistiärsykkeille voidaan mallintaa eläinkokeissa, joissa myös tutkitaan uusia lääkkeitä päihderiippuvuuden hoitoon.

Päihderiippuvuuden neurobiologiaa tutkiva Pia Bäckström selvitti väitöskirjatyössään päihteen käyttöön liittyvien ehdollistuneiden ärsykkeiden vaikutusta retkahtamiseen rottakokeissa ja sitä, voidaanko retkahtaminen estää salpaamalla keskeisen välittäjäaineen, glutamaatin, vaikutusta aivoissa.

Koe-eläinten välillä eroja retkahdusalttiudessa

Kokeessa rotat opetettiin koehäkissä anostelevaan itselleen vipua painamalla joko suonensisäinen kokaiiniannos tai tippa alkoholia juotavaksi. Rotta sai itse päättää kuinka usein ja minkä verran se halusi päihdettä. Päihdeannoksen saamiseen liittyi valo- ja äänimerkki, jolloin rotat ehdollistuivat ja oppivat yhdistämään ympäristöärsyksen ja päihteen toisiinsa.

Ehdollistamista seurasi sammutusvaihe, jolloin rotat eivät saaneet vipua painamalla sen paremmin päihdettä kuin ärsykeitäkään. Muutaman viikon aikana vivun painaminen väheni merkittävästi tai loppui kokonaan. Tämän jälkeen rotalle tehtiin retkahdustesti antamalla niille päihteeseen liitetty valo- ja äänimerkki toistuvasti kahden kuukauden aikana kaksi kertaa viikossa. Vivunpainallusten uudelleen aloittaminen ja niiden määrä mittasivat retkahdusalttiutta ja päihdehakuksen käyttäytymisen vahvuutta.

- Rotissa oli muutama, joita ei kiinnostanut painaa vipua ärsyksen jälkeen ollenkaan ja joitakin jotka painoivat vipua kahden tunnin aikana useita satoja kertoja. Valtaosa rotista oli näiden ääripäiden



väliltä, kertoo Pia Bäckström.

Kokaiini ei aiheuta voimakkaita fyysisiä vieroitusoireita. Tutkimuksessa käytetyt alkoholimäärät olivat myös niin pieniä, etteivät rotat saaneet niistä vieroitusoireita.

Glutamaattireseptorien salpaus hillitsee retkahtamista

Glutamaatti on aivojen pääasiallinen eksitatorinen eli toimintaa kiihdyttävä vä-

littäjäaine. Bäckströmin tutkimus osoitti, että glutamaterginen hermovälitys säätelee päihdehakuista käyttäytymistä ja että osa tutkituista glutamaattireseptorin toimintaa estäneistä lääkkeitä vähensi rotilla sekä alkoholi- että kokaiiniretkahdusta.

- Glutamaatti on aivoihin laajasti vaikuttava välittäjäaine, jolla on useita erilaisia reseptoreita. Lääkkeiden teho ja niiden aiheuttamat haittavaikutukset vaihtelevat tästä syystä paljon. Osa nyt tutkimistamme lääkkeitä tuskin tulee haittojen vuoksi koskaan soveltumaan ihmiskäyttöön, vaikka ne estivätkin retkahtamisen. Jotkut lääkkeet eivät tehonneet lainkaan, ja joillakin oli retkahtamista estävä vaikutus ilman merkittäviä haittoja.

Tutkimuksen tulokset eivät ole sellaisenaan sovellettavissa ihmisiin, mutta antavat viitteitä siitä, mitkä lääkkeet soveltuvat jatkokehittelyyn.

Alkoholismien hoitoon on jo olemassa kaksi glutamatergisesti vaikuttavaa lääkettä, akambrosaatti ja topiramaatti. Näiden lääkkeiden on todettu estävän retkahtamista myös eläinkokeissa. ●

Maria Kuronen

Pia Bäckström. *Glutamatergic Modulation of Cue-Induced Drug-Seeking Behavior in the Rat*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja A15/2006. ISBN 951-740-663-0. <http://www.ktl.fi/portal/4043>

Laajassa käytössä olevat testikit eivät löydä kaikkia *Chlamydia trachomatis* -variantteja

Lounais-Ruotsissa vuosina 2005–2006 todettu odottamaton 25 % lasku *Chlamydia trachomatis* -tapauksissa herätti epäilyn, ettei tulos ollut seurausta tartuntojen ehkäisemiseen suunnatuista toimenpiteistä eikä insidenssin lasku siten ollut todellinen (1). Epäily osoittautui oikeaksi, kun eri testimenetelmiä verrattiin toisiinsa.

C. trachomatis -diagnostiikassa käytetään nykyään lähes yksinomaan nukleinihappojen monistukseen ja osoitukseen (NAAT) perustuvia testejä. Viljelyä herkemmiä osoittautuneilla diagnostisilla testipakkausilla on muitakin etuja: niillä voidaan tutkia kajoamattomasti kerättyjä näytteitä (ensivirtsanäytteet) eikä *C. trachomatis* -bakteerien inaktivaatio kuljetuksen aikana haittaa testin onnistumista. Viljelymenetelmää käytettäessä kuljetusaika ja -lämpötila ovat testin luotettavuuden kannalta erittäin kriittisiä tekijöitä.

C. trachomatis on monikopioinen plasmidi, jonka merkitystä bakteerin biologiaan tai taudinaiheuttamiskykyyn ei tunneta (2). Nukleinihapon osoitusmenetelmille tämä monikopioinen sekvenssi tarjoaa luontevan monistuskohteen. Veraten laajassa käytössä olevissa Abbottin, Beckton Dickinsonin ja Rochen valmistamissa testeissä monistetaan juuri plasmidin sekvenssiä, kun taas Artusin testi (RealArt CT kit) perustuu pääpintaproteiinin (major outer membrane protein, MOMP) geenin monistamiseen ja Gen-Proben testin kohteena on ribosomaalinen RNA (Aptima Combo 2). Kirjallisuudessa on vain muutamia raportteja *C. trachomatis* -kannoista, joilla ei ole plasmidia, eikä sitä ole toistaiseksi pidetty esteenä plasmidin havaitsemiseen pohjautuvien testien käytölle.

Ruotsissa osa klamydiatapauksista on jäänyt tunnistamatta

Syys-lokakuussa 2006 Ruotsissa tutkittiin 1 700 peräkkäistä *C. trachomatis* -näytettä sekä Abbottin m2000 plasmidi-PCR:llä että Artusin MOMP-PCR:llä alentuneen insidenssin selvittämiseksi. Kaikista diagnosoiduista tapauksista 13 % (24/186) oli positiivisia vain MOMP-geeniä monistavalla testillä. Kliinisesti nämä vain MOMP-PCR:llä esiin saadut tapaukset eivät poikenneet kummallakin testillä löydettyistä tapauksista. Kun näiden näytteiden sisältämien bakteerien plasmidi sekvenssointiin, havaittiin niissä 377 emäsparin deletio. Mielenkiintoista on, että sekä Abbottin että Rochen testin kohdesekvenssit ovat juuri tuolla deletoituneella alueella plasmidissa, ja näitä testejä käyttävissä laboratorioissa kannat ovat jääneet löytymättä.

Myös muualta Ruotsissa löytyi vastaavia *C. trachomatis* -variantteja (2). Tarkemmin tilannetta tutkittaessa havaittiin, että nimenomaan Abbottin ja Rochen testejä käyttävissä laboratorioissa tapausten määrä laski vuoden 2006 alkupuoliskolla vuoden 2005 vastaavaan aikaan verrattuna n. 10 %, kun taas Beckton-Dickinsonin testiä käyttävissä laboratorioissa tapausten määrä suureni noin prosentoin (3). Kun Ruotsissa on jo pitkään käytetty viljelyn asemasta juuri näitä plasmidin nukleinihapon monistukseen perustuvia testejä, jää arvailujen varaan, kuinka kauan tällaisen variantti on Ruotsissa aiheuttanut infektioita. Ilman mikrobiologista diagnoosia tartunnan torjuntatoimenpiteet (mm. tartunnan saaneiden jäljitys) saattavat jäädä vaillinaisiksi.

Muualta Euroopasta variantti-*C. trachomatista* ei toistaiseksi ole kuvattu

(4), mutta ESSTI ja ECDC ovat aloittaneet tilanteen selvittämisen Euroopassa (5). Suomessa käytetään *C. trachomatis* -diagnostiikkaan pääasiassa Probe-Tec-testiä (Becton-Dickinson), ja mm. HUSLAB:ssa Gen-Proben testiä, joiden antamien tulosten luotettavuuteen plasmidisekvenssin deletiolla ei ole vaikutusta. Vain noin viidenneksessä laaduntarkkailukierroksille osallistuvista laboratorioista on käytössä testi, jossa tämä ruotsalainen variantti jäisi löytymättä. Tapausten määrän selkeää laskua, niin toivottava kuin se alentuneeseen todelliseen insidenssiin perustuvana olisikin, ei ole meillä havaittu.

Mirja Puolakkainen, laboratorionjohtaja
Infektiopatogeneesilaboratorio
KTL, Virustautien ja Immunologian osasto

Kirjallisuutta

- Ripa T, Nilsson P. A variant of *Chlamydia trachomatis* with deletion in cryptic plasmid: implications for use of PCR diagnostic tests. *Eurosurveillance* 2006;11(11).
- Farencena A, Comaducci M, Donati M, Ratti G, Cevenini R. Characterization of a new isolate of *Chlamydia trachomatis* which lacks the common plasmid and has properties of biovar trachoma. *Infect Immun* 1997;65:2965-9.
- Söderblom T, Blaxhult A, Fredlund H, Herrmann B. Impact of genetic variant of *Chlamydia trachomatis* on national detection rates in Sweden. *Eurosurveillance* 2006;11(12).
- Lynagh Y, Walsh A, Crowley B. Investigation to determine if newly-discovered variant of *Chlamydia trachomatis* is present in Ireland. *Eurosurveillance* 2007;12(2).
- Van de Laar M, Ison C. Europe-wide investigation to assess the presence of a new variant of *Chlamydia trachomatis* in Europe. *Eurosurveillance* 2007;12(2).

Uudet norovirusvariantit viimeaikaisten epidemioiden taustalla

Norovirus on tärkein infektiivisten vatsatautiain aiheuttaja. Virukselle on tyypillistä suuri geneettinen muuntuvuus. Noroviruksista ilmaantuu aika ajoin uusia tyyppisiä, ja vallitseva virustyyppi vaihtelee. Edelliset suuret epidemiat esiintyivät vuosina 2002 ja 2004. Suomessa vuoden 2004 epidemia ei tosin ollut kovin voimakas. Ihmisen norovirukset esiintyvät pääasiassa kahdessa genoryhmässä, GI ja GII,

joista jälkimmäinen on selvästi yleisempi. Genoryhmät jakautuvat edelleen lukuisiin genotyyppeihin, joista GII.4 on yleinen kaikkialla maailmassa. Tällä genotyypillä näyttää olevan erityinen ominaisuus kehittää uusia variantteja ja aiheuttaa suuria epidemioita (1).

Vuoden 2006 aikana todettiin kaksi uutta genotyyppiin GII.4 kuuluvaa norovirusvarianttia, GII-4-2006a ja GII-4-

2006b, jotka ovat aiheuttaneet runsaasti laitosepidemioita paitsi Suomessa myös muissa Pohjoismaissa ja Keski-Euroopassa (2). Vuoden 2006 aikana todettiin risteilyaluksilla Atlantin ja Pohjois-Euroopan alueella useita noroviruksen aiheuttamia vatsatautiryppäitä, joista valtaosan aiheuttivat nämä samat, uudet norovirustyyppit (3).

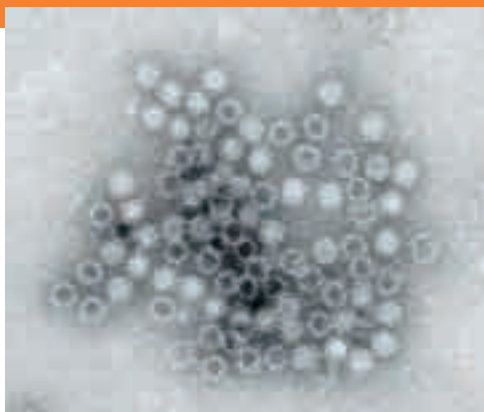
Norovirus tarttuu herkästi. Tartunta

saadaan tavallisimmin kosketustartunta ihmisestä toiseen, aerosoli-pisaratartuntana oksentelun yhteydessä tai ihmisen ulosteella kontaminoituneen ruoan tai veden välityksellä. Myös epäsuora tartunta kosketuspinnolta on mahdollinen. Diagnoosi perustuu erityisesti ulostenäytteen PCR-tutkimukseen (eli geenimonistukseen) ja/tai elektronimikroskopiaan. Infektion jälkeen kehittyvä muutaman kuukauden kestävä tyyppi-kohtainen immuniteetti (4).

Diagnostiikan kehittyminen muuttanut käsitystä talviokseksennustaudin epidemiologiasta

Norovirusinfektioiden seuranta perustuu sekä tartuntatautirekisteriin ilmoitetuista yksittäisistä laboratoriolöydöksistä saatuun tietoihin (vuodesta 2003 lähtien) että elintarvike- ja vesivälitteisten epidemioiden osalta epäilyilmoitusjärjestelmään. Terveydenhuollon ja muissa laitoksissa esiintyvät henkilöstä toiseen tarttuvat epidemiat eivät kuulu ilmoitusmenettelyn piiriin, mutta tietoon tulleista epidemioista on pidetty kirjaa Kansanterveyslaitoksella.

Tartuntatautirekisteriin ilmoitettiin vuoden 2006 aikana yhteensä 645 norovirustapausta. Vuosina 2003–2006 tapauksia on ilmoitettu keskimäärin 354 (vaihtelu 125–645). Vuoden 2007 alun aikana norovirustapauksia on todettu jo 839 eri puolilta Suomea, joista 53 % todettiin yli 75-vuotiailla. Norovirusinfektioita esiintyy erityisen paljon yli 75-vuotiailla, mutta esiintyvyys on muita ikäryhmiä suurempaa myös päiväkotikiikisillä ja 65–74-vuotiailla. Vuodenaikavaihtelu on norovirusille tyyppillistä: tapauksista 41 % (607/1477) on raportoitu tammi-maaliskuun aikana vuosina 2003–2006. Kuitenkin vuonna 2006 jo syys- ja lokakuun aikana raportoitiin



Norovirus elektronimikroskooppikuvassa.

tiin 53 tapausta, kun vuosina 2003–2005 tänä aikana on tapauksia ollut vain 1–3.

Mikään sairaanhoitopiiri ei säästynyt epidemioilta

Vuoden 2006 ensimmäinen merkittävän laaja henkilöstä toiseen levinnyt norovirus-epidemia alkoi syyskuussa 2006 Satamankunnan sairaanhoitopiirissä Rauman aluesairaalaossa ja terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Epidemia levisi sitten Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueelle. Samanaikaisesti laajoja epidemioita ilmeni Etelä-Karjalan, Kainuun, Pohjois-Pohjanmaan ja Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiireissä. Epidemioille on ollut myös tyyppillistä tapausten esiintyminen useassa aallossa.

Vuoden 2006 lopun ja 2007 alun epidemioille on ollut ominaista korkea sairastuvuus sekä potilaiden että henkilökunnan keskuudessa ja epidemia-ajan alkaminen jo syyskuussa 2006. Epidemiaepäilytapauksissa kesäkuun ja joulukuun 2006 välillä otetuista 33 näytteestä on todettu 11 (33 %) tyyppiin GII 4-2006a ja 10 (30 %) tyyppiin GII 4-2006b aiheuttamiksi.

Kansanterveyslaitos suositteli tiedotteessaan normaalien torjuntatoimenpiteiden lisäksi henkilöstä toiseen tarttuvan vatsatauti-epidemian yhteydessä ripeitä torjuntatoimenpiteitä ja varhaista näytteenottoa, jotta norovirus-epidemia voidaan tunnistaa nopeasti (5). Lähettää-

viin näytteisiin toivotaan myös merkintä sairastumispäivämäärästä ja -paikasta: sairaala, vanhainkoti tai muu laitos. On huomioitava, että potilaan erittämää virusta voidaan todeta yleensä 1–2 viikon ajan nykyisellä herkällä menetelmällä, joten testiä ei voi suositella tartuttavuuden seurantaan.

Sujuva tiedonkulku erityisesti terveydenhuollon ja sosiaalitoimen alaisten laitosten välillä tartuntatautitapauksista epidemia-aikana on tärkeää. Vaikka laitoksissa esiintyvät norovirus-epidemiat eivät kuulu ilmoitusvelvollisuuden piiriin olisi hyvä, että laitokset olisivat yhteydessä paikalliseen ja/tai alueelliseen infektion torjuntatiimiin, jotta torjuntatoimet toteutetaan asianmukaisesti. ●

Katri Jalava, erikoistutkija
Hannele Kotilainen, infektio lääkäri
Markku Kuusi, epidemiologi
Outi Lyytikäinen, ylilääkäri
KTL, Infektioepidemiologian osasto
Leena Maunula, mikrobiologi
HY, Elintarvike- ja ympäristöhygienian laitos

Kirjallisuutta

1. Maunula, L, von Bunsdorff C-H. Norovirus genotypes causing gastroenteritis outbreaks in Finland 1998-2002. *J Clin Virol.* 2005;34:186-94.
2. Promedmail. Norovirus, increased activity - Europe. ProMED-mail 2006; 14 Dec: 20061214.3522. <http://www.promedmail.org>. Accessed 23 Feb 2007.
3. Takkinen J. Recent norovirus outbreaks on river and seagoing cruise ships in Europe. *Eurosurveillance Weekly.* 2006;11(6)
4. Kansanterveyslaitos, Infektioepidemiologian osasto. Mikä on norovirus. Tietoa terveydestä, terveys ja sairaudet. <http://www.ktl.fi>.
5. Kansanterveyslaitos, Infektioepidemiologian osasto. Suositus toimenpiteistä norovirusten aiheuttamissa epidemioissa. <http://www.ktl.fi>

Rokotusten haittailmoitusten palautekäytäntö uudistui

Vuoden 2007 alusta rokoteturvallisuuslääkäri laatii haittailmoituksiin yksilöllisen palautteen uuden käytännön mukaisesti:

- Vuonna 2007 annettujen rokotusten haittavaikutuksista laaditaan kirjallinen palaute vain silloin, kun kyseessä on DTaP-IPV-Hib-rokotteen epäilty haitta.
- Vuonna 2006 annettujen rokotusten haittavaikutuksista annetaan palaute,

jos kyseessä on yleisen rokotusohjelman rokote. Lisäksi rokotteen tulee olla sellainen, että henkilö saisi sitä tai sen osaa vielä uudestaan.

- Kaikista vuonna 2005 ja sitä ennen annettujen rokotusten haittavaikutuksista annetaan palaute, mikäli haittavaikutuksesta tehty ilmoitus on saapunut Kansanterveyslaitokseen 31.12.2006 mennessä

Vuoden 2008 alusta haittailmoituksista ei yleensä anneta yksilöllistä palautetta.

Haittailmoituksen tekeminen on edelleen tärkeää

Rokottajan tulee edelleenkin lähettää Kansanterveyslaitokselle ilmoitus, jos hän epäilee tai toteaa rokotteen aiheuttaneen haittavaikutuksen. Ilmoitusten perusteella seuraamme rokotteiden ja rokottamisen turvallisuutta. Ilmoituksista on myös suuri

apu rokotusten hyötyjen ja haittojen punnitsemisessa.

Ilmoitusten perusteella laadimme lisäksi verkkosivuillemme ohjeita rokotusten haittavaikutusten arviointiin ja jatkorokottamiseen.

Miten ilmoitus epäilyistä haittavaikutuksesta tehdään?

Ilmoitus tehdään 'Ilmoitus epäilyistä rokotuksen haittavaikutuksesta' -lomakkeella. Lomake on saatavissa Kansanterveyslaitoksen verkkosivuilta osoitteesta www.ktl.fi/rokotuksen_haittailmoitus. Haitat, joista ainakin tulisi ilmoittaa, on lueteltu

Rokottajan käsikirjassa sekä haittavaikutuslomakkeessa.

Miksi käytäntö muuttui?

Kun annamme vähemmän kirjallisia palautteita, voimme tehostaa haittavaikutuksia koskevaa verkkotiedotusta ja -ohjeistusta. Verkossa voimme tarjota nopeasti uusinta tietoa haittavaikutuksista. Yksilöllinen palaute tavoittaa lähinnä haittailmoituksen tekijän - verkossa tieto on laajasti terveydenhuollon ammattilaisten saatavilla. ●

Saila Pitkänen, tiedottaja
KTL, Rokoteosasto

Tietoa rokoteturvallisuudesta ja rokotteiden haittavaikutuksista: www.ktl.fi/rokottajan_kasikirja sekä www.ktl.fi/rokoteturvallisuus

Infektioepidemiologian koulutusta vuonna 2007

Infektioepidemiologian osasto suunnittelee ja kehittää infektioepidemiologian koulutusta yhdessä mm. Työterveyslaitoksen, Helsingin Yliopiston ja Filha ry:n (Finnish Lung Health Association) kanssa. Toimimme kursseilla myös kouluttajina. Järjestämme Suomessa vuosittain useita infektioepidemiologian peruskursseja. Niitä voi täydentää joko kotimaan erikoiskurssitarjonnalla tai kansainvälisillä kursseilla.

Kohderyhmänä ovat tartuntataudeista vastaavat lääkärit ja hoitajat kunnissa ja sairaanhoitopiireissä.

Tavoitteena on lisätä alueellista ja paikallista osaamista infektioautien seurannasta ja torjunnasta.

Osastollamme työskentelee useita infektioepidemiologeja. Osastomme toimii koulutuspaikkana EPIET-ohjelmaan osallistuville, erikoistumiskoulutuksessa oleville lääkäreille ja eläinlääkäreille sekä hygieniahoidajille.

Koulutuksen suunnittelun helpottamiseksi olemme laatineet koulutuskalenterin, johon on koottu lista kotimaisista ja ulkomaisista kursseista. Osastomme koulutuskalenteri löytyy osoitteesta <http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/infe/>

Tulossa olevat koulutuspäivät:

21.5.2007 Infektiosairaudet - Teemapäivä, yleislääketieteeseen ja työterveyshuoltoon erikoistuvat lääkärit, Työterveyslaitos, Helsinki

23.5.2007 Tartuntataudit: Jäljitys ja karanteeni, tartuntataudeista vastaavat lääkärit ja hoitajat sairaanhoitopiireissä ja terveyskeskuksissa, Biomedicum, Helsinki

Tarkemmat tiedot kursseista löytyvät koulutuskalenterista.

Ilmoituslomake epäilyistä ruokamyrkytys- tai vesivälitteistä epidemiasta on päivitetty

Lomake löytyy Kansanterveyslaitoksen verkkosivulta osoitteesta <http://www.ktl.fi> - Julkaisut - Lomakkeet
Lomakkeen voi täyttää verkkosivuilla. Täytön jälkeen se lähetetään Kansanterveyslaitokseen infektioepidemiologian osastolle fax-numeroon (09) 4744 8468

Uusia lomakkeita voi myös tilata osoitteesta:

Edita Prima Oy, Tuotehallinta, PL 480, 00043 EDITA

Puhelin 020 450 2462 tai faksi 020 450 2470

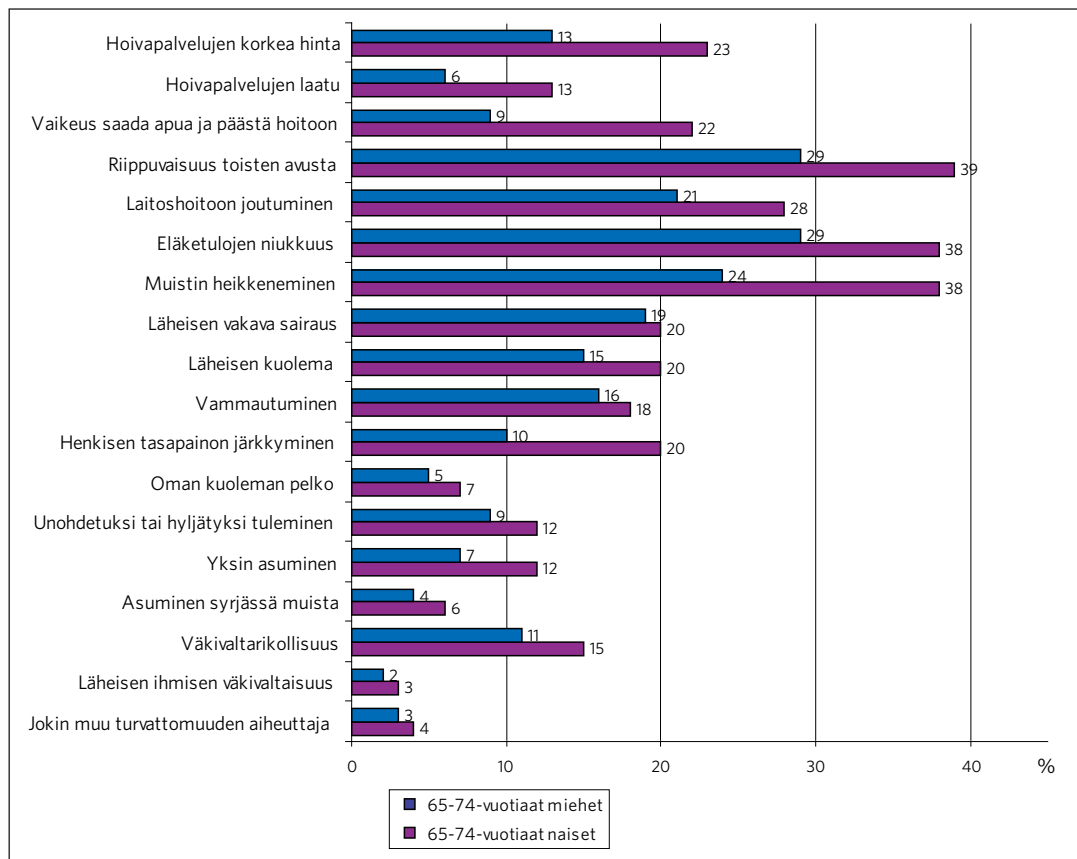
Sähköposti asiakaspalvelu.prima@edita.fi

Lisätietoja: Eija Kela, KTL, infektioepidemiologian osasto, puh. (09) 4744 8484

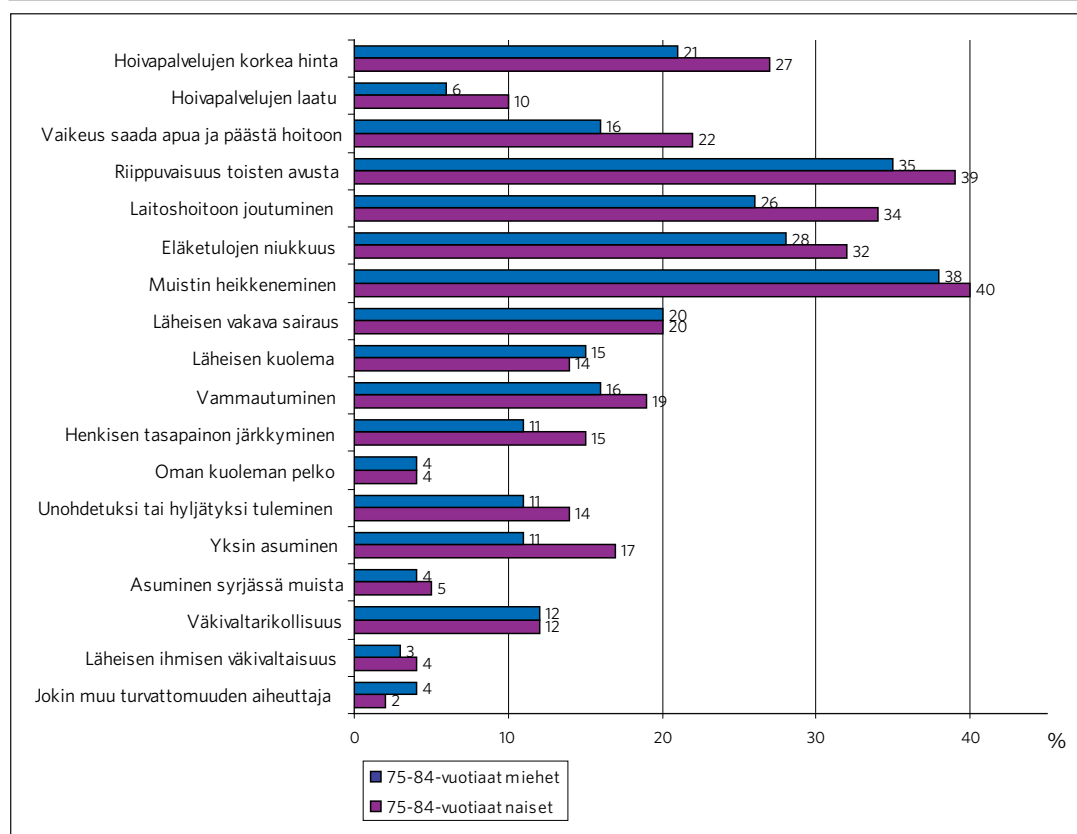
Eläkeikäiset kokevat aiempaa enemmän turvattomuutta

Riippuvuus toisten avusta, muistin heikkeneminen, eläketulojen niukkuus ja laitoshoitoon joutuminen tai sen pelko aiheuttavat eniten turvattomuutta eläkeikäisissä miehissä ja naisissa.

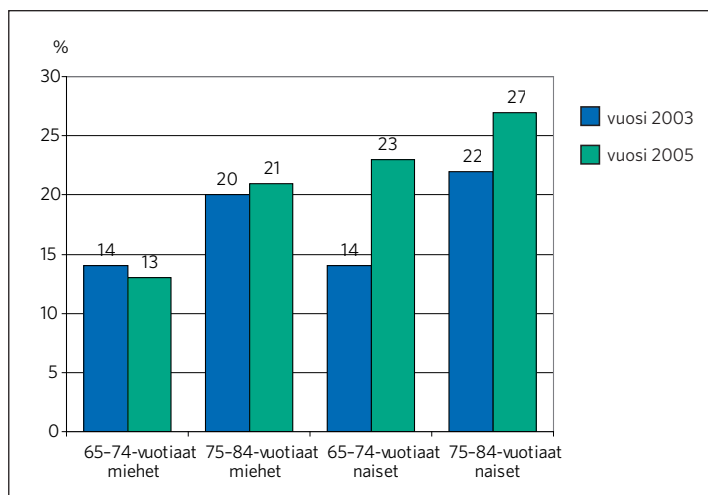
Turvattomuuden kokemista on tiedusteltu 65–84-vuotiailta vuosina 2003 ja 2005. Kyselykertojen lyhyestä aikavälistä huolimatta hoivapalveluihin liittyvä turvattomuuden kokemus näyttää vahvistuneen.



Kuva 1a. Turvattomuutta aiheuttavat asiat 65-74-vuotiailla miehillä (n=470) ja naisilla (n=501) vuonna 2005 (%).



Kuva 1b. Turvattomuutta aiheuttavat asiat 75-84-vuotiailla miehillä (n=454) ja naisilla (n=438) vuonna 2005 (%).



Kuva 2. Hoivapalvelujen korkean hinnan vuoksi turvattu- muutta kokevien osuudet (%).

liittyvä turvattomuuden kokemus näyttää vahvistuneen. Viime vuosien julkisessa keskustelussa usein esillä olleet vanhusten hoidon resurssipuutteet ja pelko hoivapalvelujen hintojen noususta heijastuvat huoleksi elämän loppuvuosien huolenpidon järjestymisestä. Esimerkiksi hoivapalvelujen korkean hinnan aiheuttama turvattomuuden kokemus on lisääntynyt naisilla (kuva 2).

Lisäksi 65–74-vuotiailla naisilla hoivapalvelujen laadusta, avun saannin vaikeudesta ja eläketulojen niukkuudesta johtuva turvattomuus on kasvanut vuodesta 2003. Vastaavasti 75–84-vuotiailla naisilla laitoshoidon joutumisesta tai sen pelosta johtuva turvattomuus on lisääntynyt. 75–84-vuotiailla miehillä puolestaan toisista riippuvuuteen ja avunsaannin vaikeuteen liittyvä turvattomuuden kokemus on kasvanut vuodesta 2003.

Lisää tietoa turvattomuuden kokemuksen muutoksista – onko kysymys trendistä, vai sittenkin nopeasti ohimenevästä ilmiöstä – saadaan pian, sillä eläkeikäisen väestön terveyttä ja terveyskäyttäytymistä tutkitaan jälleen vuonna 2007. ●

Elina Laitalainen, tutkija

Satu Helakorpi, tutkija

Antti Uutela, yksikön päällikkö

Terveystieteiden yksikkö

KTL, Terveystieteiden ja kroonisten tautien ehkäisy osasto

Kirjallisuutta

- Niemelä P. Turvallisuuden käsite ja tarkastelu-kehikko. Teoksessa Niemelä P, Lahikainen A R (toim.) Inhimillinen turvallisuus. Tampere: Vastapaino, 2000: s. 21-37.
- Ryynänen, U. Terveys ja turvallisuus. Teoksessa Niemelä P, Lahikainen A. R. (toim.) Inhimillinen turvallisuus. Tampere: Vastapaino, 2000: s. 41-60.
- Sulander T, Helakorpi S, Nissinen A, Uutela A. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2003 ja niiden muutokset 1993-2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B 6/2004.
- Sulander T, Helakorpi S, Nissinen A, Uutela A. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2005 ja niiden muutokset 1993-2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B 1/2006.
- Tilastokeskus. Suomen tilastollinen vuosikirja 1981; Tilastokeskus. Suomen tilastollinen vuosikirja 2006.

Turvallisuus ja turvattomuus kattavat kaikki inhimilliset elämänalueet. Psykologisesti ajatellen turvallisuus on ihmisen perustarve. Ihmisen toimintakyky, jonka avulla hän hallitsee elämäänsä, on keskeinen turvallisuuden tunteen perusta (1). Ikääntymisen myötä ihmisen toimintakyky alkaa usein heikentyä, mikä voi lisätä kontrolloimattomuuden ja turvattomuuden tuntemuksia. Usko omiin mahdollisuuksiin selviytyä sekä luottamus huolenpidon järjestymiseen oman terveyden ja toimintakyvyn heikentyessä luovat tunnetta turvallisuudesta (2).

Kansanterveyslaitoksen Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (EVTK) -tutkimus on tehty vuodesta 1985 alkaen joka toinen vuosi. Turvattomuuden kokemuksesta on kartoitettu vuosina 2003 (3) ja 2005 (4). Tutkimusvuosina poimittiin väestörekisteristä suomalaisesta 65–84-vuotiaasta väestöstä sukupuolen ja iän mukaan ositettu 2 400 henkilön otos 5-vuotisikäryhmittäin. Otokseen kuuluneille postitettiin kyselylomake keväällä. Vuonna 2005 miehistä vastasi 77 prosenttia (v. 2003 76 %) ja naisista 78 prosenttia (v. 2003 79 %).

Vastaajia pyydettiin arvioimaan turvattomuuden kokemuksia seitsemäntoista eri tekijän osalta. Kysymykset koskivat ikääntyneiden ihmisten välittömään elinympäristöön – hoivapalveluihin ja toimeentuloon, terveyteen ja toimintakykyyn, yksinäisyyteen sekä väkivaltaan – liittyviä asioita. Lisäksi vastaaja sai halutessaan mainita muita turvattomuuden kokemuksia tuottavia tekijöitä.

Mistä turvattomuutta koettiin?

Vuonna 2005 miehistä 66 prosenttia ja naisista 78 prosenttia ilmoitti kokevansa turvattomuutta vähintään yhden asian takia (kuvat 1a ja 1b). Niin miehet kuin naisetkin iästä riippumatta kokivat eniten turvattomuutta toisten avusta riippuvuuden, muistin heikkenemisen, eläketulojen niukkuuden ja laitoshoidon joutumisen tai sen pelon vuoksi. Naiset kokivat miehiä enemmän turvattomuutta monien syiden takia. Miesten ja naisten välillä oli eroja esimerkiksi hoivapalveluihin liittyvän turvattomuuden kokemisessa. Tämän voi nähdä ainakin osittain johtuvan naisten miehiä korkeammasta eliniästä ja siitä, että vaimo on usein miestänsä hieman nuorempi (5), minkä vuoksi hän kykenee huolehtimaan miehestään.

75–84-vuotiaat miehet kokivat vuonna 2005 turvattomuutta 65–74-vuotiaita enemmän hoivapalvelujen korkean hinnan, vaikeuden saada apua/päästä hoitoon, toisten avusta riippuvuuden, muistin heikkenemisen sekä yksin asumisen vuoksi. 75–84-vuotiaat naiset kokivat puolestaan 65–74-vuotiaita enemmän turvattomuutta laitoshoidon joutumisen tai sen pelon sekä yksin asumisen takia.

Turvattomuus on lisääntynyt 2000-luvulla

Turvattomuuden kokemuksesta on tiedusteltu samoin kysymyksin 65–84-vuotiailta vuosina 2003 ja 2005. Kyselykertojen lyhyestä aikavälisestä huolimatta hoivapalveluihin

Ketkä todellisuudessa vastaavat terveyskyselyihin?

Terveyspolitiikan suunnittelussa tarvitaan tietoja väestön terveysongelmista. Kyselyt ja haastattelut ovat tärkeä tapa seurata terveyden muutoksia suurissa väestöryhmissä. Kansanterveyslaitos on seurannut suomalaisten terveyskäyttäytymistä vuodesta 1978 alkaen mm. Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (AVTK)-kyselyillä.

Suomalaiset ovat osallistuneet kyselytutkimuksiin aktiivisesti. Vuonna 1978 AVTK-kyselyyn vastasi noin 85 % miehistä ja naisista. Vastausaktiivisuus on kuitenkin pienentynyt. Vuonna 2002 AVTK-kyselyyn vastasi enää 60 % miehistä ja 70 % naisista.

Tarkkaa syytä vastausaktiivisuuden laskemiseen ei tiedetä. AVTK-aineistojen perusteella on voitu selvittää taustatietoja sitä kuka kyselyyn vastaa ja kuka ei. Vastaaajien ja vastaamattomien vertailu antaa viitteitä vastaamattomuuden syistä. Miehet vastaavat harvemmin kuin naiset ja nuoremmat harvemmin kuin vanhemmat (55–64-vuotiaat). Naimattomien ja vähän koulutettujen vastausaktiivisuus on pienempi kuin parisuhteessa elävien ja pitkälle koulutettujen.

Miksi nimenomaan nuoret, vähän koulutetut, sinkut ja miehet jättävät terveyskyselyt väliin? Nämä väestöryhmät liikkuvat paljon, ts. he vaihtavat osoitetta työ- ja opiskelupaikan sekä mahdollisen parisuhteen mukaan. Heidän elämänsä on monesti kiireistä, jolloin aikaa ei tahdo löytyä kyselyihin vastaamiseen. Lisäksi tiedetään, että vastaamattomat ryhmät ovat

vähemmän kiinnostuneita terveysasioista kuin pitkälle koulutetut ja perheelliset naiset. Tutkimuksiin on myös väsyttö: suomalaisia pyydetään nykyään osallistumaan kaikenlaisiin vaaligallupeihin ja markkinointitutkimuksiin, ja terveyskyselyt ovat vain yksi lisätutkimus muiden joukossa.

Pienenevä vastausaktiivisuus aiheuttaa päänvaivaa tutkijoille ja päättäjille. Jos joka toinen jättää vastaamatta tutkimukseen, tulokset eivät ole luotettavia, varsinkin kun tiedetään, että vastaajat ovat yleensä erilaisia kuin vastaajat. Niinpä esim. AVTK-kyselyt kertovat tarkemmin keski-ikäisten, parisuhteessa elävien ja pitkälle koulutettujen naisten terveyskäyttäytymisestä kuin suomalaisten terveydestä yleensä. Todennäköisesti ne myös antavat suomalaisten terveyskäyttäytymisestä liian optimistisen kuvan.

Vastausaktiivisuuden nostaminen edellyttää uusia vastausmenetelmiä

Tutkijoiden keinot vastausaktiivisuuden nostamiseksi takaisin yli 70 prosenttiin ovat rajalliset. Helposti täytettävät ja selkeät kyselylomakkeet ovat keskeinen lähtökohta. Lisäksi vastaajan tulee ymmärtää, että juuri hänen vastauksensa ovat tärkeitä. Tätä voidaan edesauttaa hyvällä tiedotuksella ennen tutkimusta ja tutkimuksen valmistuttua. Henkilökohtainen yhteydenotto parantaa vastausaktiivisuutta, mutta on sen verran kallista, ettei se suinkaan aina ole mahdollista. Kun henkilökohtaisiin

haastatteluihin ei ole varaa, vastaamatta jättäneisiin otetaan joskus yhteyttä puhelimitse, mutta tämäkään ei aina tuota toivottua tulosta. Tulevaisuudessa myös tietokoneavusteiset kyselyt voivat olla yksi tapa saada lisää vastaajia, mutta tämäkin menetelmä on vielä epävarma ja vaatii kehittelyä.

Vaikka postikyselyiden luotettavuuden takaaminen on vuosi vuodelta vaikeampaa, vastausaktiivisuus on Suomessa edelleen parempi kuin monessa muussa maassa. Suomalaisten aineistojen pohjalta voimme myös arvioida millaisia tulokset olisivat voineet olla, jos vastausaktiivisuus olisi ollut 100 %. Toistaiseksi erot vastanneiden ja vastaamattomien välillä ovat onneksi melko pieniä. Tähän tulokseen ei kuitenkaan tule tuudittautua. Vastaamattomuus on ongelma myös Suomessa. Tutkijoiden tuleekin tehdä työtä vastausaktiivisuuden parantamiseksi. ●

Ritva Prättälä, erikoistutkija

Kroonisten tautien ehkäisyn yksikkö

Hanna Tolonen, erikoistutkija

Sydän- ja verisuonitautien kansainvälisen epidemiologian yksikkö

KTL, Terveystieteen edistämisen ja kroonisten tautien ehkäisyn osasto

Kirjallisuutta

1. Tolonen H, Helakorpi S, Talala K, Helasoja V, Martelin T, Prättälä R. 25-trends and socio-demographic differences in response rates: Finnish adult health behaviour survey. *Eur J Epidemiol* 2006;21:409–15.

väitöskirjat

Tyypin 1 diabeteksen ja diabeettisen nefropatian perheittäinen kertyminen

Valma Harjutsalo tutki väitöstyössään tyypin 1 diabeteksen (T1D) sekä diabeettisen nefropatian kasautumista perheissä kolmen laajan, väestöpohjaisen aineiston perusteella. Ensimmäinen aineisto sisälsi kaikki Suomessa vuosina 1958–86 syntyneet kaksosparit (22 646 paria). Toinen aineisto koostui vuosina 1965–79 T1D:een alle 18-vuotiaana sairastuneista diabeetikoista (n=5 144) ja heidän sisarus-

taan (n=10 168) ja kolmas aineisto koostui em. diabeetikoista ja heidän lapsistaan (n=5 291).

Identtisistä kaksospareista 27,3 % oli konkordanteja (molemmilla T1D), kun taas epäidenttisistä kaksospareista vain 3,8 %. T1D:n heritabiliteetin arvioksi saatiin 88 %. Identtiset kaksoset sairastuivat hyvin samanikäisinä. Suurin ero sairastumisessa oli 6,9 vuotta. Identtisten

kaksosparien sairastumisiän korrelaatio oli 0,95, kun se epäidenttisillä kaksospareilla oli 0,43.

Diabeetikkojen sisarusten pitkä seuranta osoitti, että T1D:n kumulatiivinen riski 50 ikävuoteen mennessä oli 6,9 %. Riskiin vaikutti kuitenkin hyvin voimakkaasti ensimmäisenä sairastuneen sairastumisikä. Jos sisarus oli sairastunut 0–4, 5–9, 10–14 tai yli 15-vuotiaana, 40 ikä-

vuoden kumulatiivinen riski sisaruksilla oli vastaavasti 13,2 %, 7,8 %, 4,7 % ja 3,4 %. Sairastumisriski oli sitä suurempi, mitä nuorempi syntymäkohortti oli kyseessä.

Perheessä myöhemmin T1D:een sairastuneella sisaruksella oli 2,3-kertainen riski sairastua diabeettiseen nefropatiaan (DN), jos ensiksi sairastuneella oli myös DN. Jos ensiksi sairastuneella oli loppuvaiheen munuaistauti (dialyysi, munuaissiirre), riski kasvoi kolminkertaiseksi. Diabetekseen sairastumisikä vaikutti riskiin siten, että suurin riski oli henkilöillä, jotka olivat sairastuneet murrosiässä tai joitakin vuosia ennen murrosikää.

T1D:ta sairastavien miesten lasten kumulatiivinen riski sairastua T1D:een oli 20 ikävuoteen mennessä 7,8 %, kun taas diabeetikkonaisten lasten riski oli 5,3 %. Kaiken kaikkiaan diabeetikkomiesten lasten sairastumisriski oli 1,7-kertainen diabeetikkonaisten lasten riskiin verrattuna. Kun miesdiabeetikkojen lasten riski kasvoi sitä suuremmaksi, mitä nuorempana miesdiabeetikko oli diagnosoitu, naisdiabeetikkojen sairastumisikä ei ollut vaikutusta lasten sairastumisriskiin. Myös diabeetikkojen lasten sairastumisriski oli sitä suurempi, mitä nuorempi syntymäkohortti oli kyseessä. ●

Harjutsalo Valma, Tyypin 1 diabeteksen ja diabeettisen nefropatian perheittäinen kertyminen Suomessa. Kansanterveyslaitoksen julkaisu, A1/2007, 93 sivua ISBN 978-951-740-646-8
<http://www.ktl.fi/portal/4043>

uudet julkaisut

Miljoona nyrjähdystä, murtumaa, haavaa tai venähdystä - useimmat kotona tai vapaa-ajalla

Suomalaiset saivat lähes miljoona fyysistä vammaa (980 000) vuonna 2006. 15 vuotta täyttäneistä suomalaisista itsensä teloi tapaturmissa tai väkivallan seurauksena melkein joka viides (17 %).

Sairaalassa kului vammoja parannellessa yli 200 000 vuorokautta. Kaikkiaan vammoja podettiin yli 10 miljoonaa haittapäivää, jolloin uhrin oli vaikeaa tai mahdotonta selviytyä päivittäisistä toimista.

Havereista valtaosa (63 %) oli edelleen koti- ja vapaa-ajan tapaturmia, kertoo Kansanterveyslaitoksen julkaisu Suomalaiset tapaturmien uhreina 2006.

Loput turmista olivat liikenne- (6 %) ja työtapaturmia (20 %) tai seurausta väkivallasta (11 %). Koti- ja vapaa-ajan tapaturmat sattuivat ennen kaikkea liikunnan parissa tai kotona. Jalkapallo, lenkkeily, kuntokävely ja salibandy teloivat useimmiten alle 35-vuotiaita miehiä. Naiset loukasivat itsensä keittiössä ruoanlaitossa, pyykinpesussa ja siivouksessa; miehille sattui ja tapahtui pihapiirissä ja huoltotöissä. Kaatumiset, terävään satuttamiset ja kuumassa polttamiset olivat yleisemmät vahingot, yhteensä yli neljännesmiljoona kipeää tarinaa (261000).

Tulokset perustuvat Kansalliseen uhritutkimukseen, jossa haastateltiin 8290 15–74-vuotiasta suomalaista vuoden 2006

aikana. Uhritutkimuksia on tehty vuodesta 1980 lähtien. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien määrä on noussut tänä aikana, ja ne aiheuttavat suuren osan tapaturmiin liittyvistä haitoista.

Kati Tiirikainen, Anne Lounamaa. Suomalaiset tapaturmien (ja väkivallan) uhreina 2006 - Kansallisen uhritutkimuksen perustaulukoita. Kansanterveyslaitoksen julkaisusarja B 2/2007. ISBN 978-951-740-686-4. Myynti: Edita Publishing Oy: www.edita.fi/netmarket, puh. 020 450 2566. PDF-versio luettavissa verkossa osoitteessa: www.ktl.fi/portal/2920



Suomalaisten elintavat paranevat - ylipaino ja alkoholi kasvavat ongelmat

Miesten tupakointi on edelleen vähentynyt ja nuorten naisten tupakointi on kääntynyt laskuun. Alkoholin kulutus ja ylipainoisten osuus ovat edelleen korkealla tasolla. Elintavoissa on suuria alueellisia eroja.

Kansanterveyslaitos on seurannut 15–64-vuotiaiden suomalaisten elintapoja vuodesta 1978 alkaen postikyselytutkimuksien avulla. Vuosittain tehtävän tutkimuksen tärkeimmät terveystietymisen osa-alueet ovat tupakointi, ruokotottumukset, alkoholin käyttö ja liikunta.

Vuonna 2006 kysymykseen vastasi 3 255 suomalaista.

Satu Helakorpi, Kristiina Patja, Ritva Prättälä, Antti Uutela. Suomalaisen aikuisväestön terveystietäminen ja terveys, kevät 2006. Kansanterveyslaitoksen julkaisusarja B 1/2007. ISBN 978-951-740-679-6. Myynti: Edita Publishing Oy: www.edita.fi/netmarket, puh. 020 450 2566.

PDF-versio luettavissa verkossa osoitteessa: www.ktl.fi/portal/2920



Suomalaisten aikuisten elintavoissa monia väestöryhmäeroja

Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa -tutkimuksesta ilmenee, että suomalaisista aikuisista lyhytuisimpia ovat 45–54-vuotiaat. He nukkuvat hieman yli seitsemän tuntia vuorokaudessa. Unettomuus lisääntyy iän myötä: 30–44-vuotiaista joka viides kärsii usein unettomuudesta, mutta 75 vuotta täyttäneistä jo joka toinen. Uni ja nukkuminen olivat ensimmäistä kertaa mukana laajassa elintapaselvityksessä.

Elintavat ja niiden väestöryhmäerot -raportissa kuvataan, mitkä sosiodemografiset tekijät ovat yhteydessä terveyden kannalta haitallisiin tai edullisiin elintapoihin.

Suomalaisten 30 vuotta täyttäneiden elintavat eivät ole jakaantuneet tasaisesti,

ja myös lihavuudessa on selviä väestöryhmäeroja. Koulutus on yhteydessä ruokotottumuksiin, lihavuuteen, unihäiriöihin ja tupakointiin siten, että pitkälle koulutettujen elintavat ovat terveellisemmät. Työttömät ovat muita useammin alkoholin suurkuluttajia ja nukkuvat työssäkäyviä huonommin.

Raportti perustuu Kansanterveyslaitoksen tekemän Terveys 2000 -tutkimuksen 30 vuotta täyttäneiden aineistoon. Tutkimukseen osallistui 3937 naista ja 3175 miestä.

Prättälä R, Paalanen L, (toim.) Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa.

Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisu, B 2/2007
ISBN 978-951-740-675-8



PDF-versio luettavissa verkossa osoitteessa: www.ktl.fi/portal/2920

koulutusta

Matkailuterveyden tapaaminen 30.3. KTL:ssä

Kyläilymatkailijalla on suuremmat terveysriskit kuin pakettimatkailijalla

Pakettimatkan varannut turisti on turvassa viiden tähden hotellissaan, puhtaaksi kätetyn ravintolapöydän ääressä. Paikalliset taudit eivät häntä järjestetyiltä retkiltä helposti tavoita. Toisin on laita kyläilymatkailijan eli Suomessa asuvan maahanmuuttajan, joka on reissannut omaehtoisesti tapaamaan ystäviään tai sukulaisia usein kuukausiksi vaatimattomiin olosuhteisiin. Vastaavassa tilanteessa on itse matkansa järjestänyt, tavanomaista turismia kaihtava

reppumatkailija.

Omaehtoisen matkanteon terveysriskit ovat järjestettyä turismia suuremmat. Ystäviään tai sukulaisiaan tapaamaan matkustanut ei voi nirsoilla asumisensa tai ruokailunsa suhteen, sanoo infektiolääkäri Heli Siikamäki Auroran sairaalasta Helsingistä. ”Maassa eletään maan tavalla. Vaatimaton asuin- ja ruokailuhygieniat, pitkä oleskelu ja läheiset kontaktit paikallisiin voivat johtaa siihen, että matkalta tarttuu muutakin kuin hyviä kokemuksia.”

Haaste on, kuinka terveysneuvonta ja tieto paikallisista terveysriskeistä tavoittavat kyläily- ja reppumatkaajat. ”He

voivat tarvita esimerkiksi paketti- tai liikematkailijaa paremman rokotussuojan,” Siikamäki tietää.

Lisääntyvän ja monipuolistuvan matkailun terveysriskeistä keskustellaan Kansanterveyslaitoksella matkailuterveyden tapaamisessa pe 30. maaliskuuta klo 11–16. ”Suomi maailmalla – maailma Suomessa” -tilaisuus liittyy WHO:n viettämään Maailman terveyspäivää ja se on tarkoitettu matkailun ja terveydenhuollon ammattilaisille.

www.ktl.fi > Tapahtumat



Kaikki rokotuksista -kurssi

4.-5.2.2008, Marina Congress Center, Helsinki

Kenelle?

Lääkäreille, terveydenhoitajille, ammattikorkeakoulujen terveysalan opettajille ja muille terveydenhuollon ammattihenkilöille, jotka haluavat syventää tietämystään rokotteista, rokotuksista ja rokottamisesta.

Sisältö

Käytännönläheinen, vuorovaikutteinen kurssi tarjoaa kattavan tietopaketin rokotteista ja rokottamisesta, muun muassa

- Mihin rokotuksia tarvitaan ja mitä niillä on saatu aikaan?
- Mihin rokotteiden aikaansaama suoja perustuu?
- Rokotteiden turvallisuus
- Käytännön ohjeita, kysymyksiä ja vastauksia
- Rokotteiden oikea käsittely ja säilytys
- Rokotteen tie laboratorion käyttöön
- Millainen rokotusohjelma Suomessa on nyt ja mitä uutta siihen on tarjolla?

Lisää tietoa kurssista saat Kansanterveyslaitoksen verkkosivuilta www.ktl.fi/rokottaminen/rokotuskurssi

Kansanterveyslaitos

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

Kansanterveys

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

Päätöimittäjä

Juhani Eskola
puh. (09) 4744 8502

Toimitussihteeri

Maria Kuronen
puh. (09) 4744 8743

Toimituskunta

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

Tartuntatautirekisteri

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

Epidemiakonsultaatiot

puh. (09) 4744 8557

Rokotusneuvonta

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

Ympäristöongelmaneuvonta

puh. (017) 201 325

Ulkoasu: Risto Mikander, Kirjapaino Uusimaa/Studio

Painopaikka: Kirjapaino Uusimaa, 2006
ISSN 1236-973X

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