

Kunnallislääkäri

Kommunalläkaren

2005 • 5

Julkaisija

Kunnallislääkärit –
Kommunala läkare ry

Päätoimittaja

EILA KUJANSUU
Lukonojankatu 4
33710 Tampere
Puh. (03) 3147 2308
050 525 4351
eila.kujansuu@tampere.fi
eila.kujansuu@pp.inet.fi

Toimitussihteeri ja tilaukset

PÄIVI MIKKOLA-JOLY
PL 49, 00501 Helsinki
Puh. 09-393 0758
Fax 09-393 0773
paivi.mikkola-joly@fimnet.fi

Ilmoitukset

JARMO ANTILLA
Puh. 040 7765 212

Toimituskunta

HELENA NUKARI pj
VIRPI KUISMANEN
TEIJA LOUKUSA-
NIEMINEN
MARTINA TORPPA
ARTO VIRTANEN

Tieteellinen toimittaja

SIRKKA-LIISA KIVELÄ

Tieteellinen neuvottelukunta

MAURI ISOKOSKI
SIRKKA KEINÄNEN-
KIUKAANNIEMI
PERTTI KEKKI
MATTI KLOCKARS
ESKO KUMPUSALO
KARI MATTILA

Tilausmaksu

45 Eur/vuosi

Painopaikka

 PunaMusta, Joensuu

ISSN

0783-8638

Pääkirjoitus

5

Puheenjohtajalta

7

Lehti 20 vuotta

Mikko Kangas

**Kunnallislääkäri-lehti perusterveydenhuollon
lääkärien tarpeista**

10

Helena Nukari, Martti Tuovinen

**Tarve saada oma identiteetti
oli suuri syy lehden perustamiseen**

12

Ulla-Kaija Lammi

Järjestömuistin lyhyt historia

14

Risto Ihalainen

Kansanterveystyön elinkaari

16

Lääketiede

Jorma Pajamäki

**Mitä tehdä, kun kipulääke ei riitä
työkäisen lonkka-artroosissa?**

21

Taina Nieminen-von Wendt

Tarkkaavaisuus ja keskittymishäiriö eli ADHD

24

Tiina Huusko

**Dementiapotilaan käytösoireiden
ennaltaehkäisy ja seulonta**

31

Väitös

Pirjo Immonen-Räihä:

Tyypin 2 diabeteksen riskitekijät ja seulonta

37

Jouko Saramies

Ilo tehdystä työstä

38

Koulutus

Kari Mattila (toim.)

Yleislääketieteen yksiköt Suomessa

41

Terveydenhuolto

Jarmo Kiuru

Hoitotahdon selvittämisen kirjavat lähteet

53

Tarja Ruuska

Lapsen hoitotuki

56

Järjestöasiaa

60



Voivatko yleislääkärit käyttää eri diagnoosinimistöä kuin erikoissairaanhoido?

Runsaat 10 vuotta sitten terveystieteiden keskuksissa pitkin maata oli useita vakavia yrityksiä siirtää diagnoosien merkitsemiseen myös yleislääkäriin vastaanotolla. Lama söi monin paikoin voimat ja innon erilaisin perustein, jopa siksi, ettei enää voitu palkata ihmisiä, jotka siirtävät tiedot paperilta tietokoneelle!

Pohjoismaisessa yleislääketieteen kongressissa kesäkuussa 2005 norjalainen professori esitti ver-

tauksen *Linnén* keksinnöitä kasvitieteen alalla ja yleislääketieteen kaipuusta samanlaiseen strukturointiin. Lääkkeeksi hän tarjosi ICPC:tä, yleislääkäreille tarkoitettua yksinkertaista, lähinnä oireisiin perustuvaa, diagnoosiluetteloa, josta juuri on suomeksi käännetty toinen painos. Tarkempi ICPC:n esittely on lehtemme vuosikirjanumerossa 4B/2005.

Katseet ovat kääntyneet perusterveydenhuoltoon myös Suomessa, meitä ei voi kuulemma ohjeistaa, opettaa eikä rahoittaa, jos ei ole diagnooseja. Kaksi vuotta 90-luvun alussa ICD:n mukaan diagnooseja vastaanotollani kirjattuani tiedän, että koko totuutta ei nopeasti diagnoosein kerrota. Kysymys on sitten siitä, paljonko aikaa ja resursseja halutaan diagnoosien laittoon antaa, vai onko tarkoitus ohimennen suhaista, mitä sattuu mieleen juolahtamaan? Nuorena olisin ohjeitakin kaivannut, nyt on jo kyynisyys iskenyt – kuka pyrkii ihmisten tarpeita ohjeistamaan ja miksi?

Puutteineenkin tietotekniikka palvelee nykyisin jo vastaanottotyötä niin, ettei siitä enää voisi luopua, ja lisää on luvassa. Kaipaen jo ohjelmia, jotka poimivat sairauskertomuksesta sanoja ja tuovat tarvittavaa tietoa tyrkylle. Jotten joutuisi tuhansia sivuja lukemaan, olen valmis jo diagnosoimaan.

MUTTA ongelma on mielestäni nyt meille parannukseksi luultu ICPC. Numerointi on liian samankaltainen kuin ICD10. Esimerkiksi D27 on ICD10:n mukaan munasarjan hyvänlaatuinen kasvain ja

ICPC:n mukaan ruoansulatuskanavan muun sairauden pelko. B26 on ICD10:ssä sikotauti ja ICPC:ssä verisyövän pelko. B76 on joko koukkumatotauti tai pernaruptura.

Tätä ihmetteleville on kerrottu, että kone kykenee helposti siirtymään järjestelmästä toiseen. Niin kykeneekin, napin painalluksella, mutta mistä ihminen tietää, missä järjestelmässä mikin diagnoosi on kirjattu. Hoitajia on lisäksi ohjeistettu merkitsemään käynnin syy ICPC:n mukaan, ja ainakin joissakin tapauksissa tämä merkitään diagnoosikohtaan. Lääkäri merkitsee oman diagnoosinsa, joka on sama tai eri. Diagnoosiluettelossa tulevat esille kaikki

Työn tuoksinassa vietämme lehden 20v. juhlia. Yritämme antaa kunnian sille, kelle kunnia kuuluu: lehden perustajille ja suurille nimille. Taustaa työllemme antavat *Helena Nukarin* kirjoittama *Martti Tuovisen* haastattelu sekä *Mikko Kankaan* ja entisten päätoimittajien *Ulla-Kaija Lammin* ja *Risto Ihalaisen* kirjoitukset.

diagnoosit ilman erittelyä tekijän mukaan, samanvertaisina, riippumatta erikoisalasta. Ongelma on siis inhimillinen, tieto on tallella, ihminen vain ei myöhemmin helposti ymmärrä, mitä on sanottu ja miksi.

Tärkeimpänä pidetään käynnin pääasiallisen syyn kirjaamista. Lääkärinä en tätä ihan ymmärrä: jos potilas tulee poistattamaan tikkua jalasta ja totean hänellä diabeteksen. No, diagnooseja saa laittaa useampiakin, siis saa – resurssi- ja laiskuusrajat tulevat ihmisellä vaan pian vastaan. Vastaisuudessa mielestäni olisi tärkeää saada kirjattua pysyväisdiagnoosit helposti esille saatavaan muotoon ilman turhia väliroskia tilapäisistä nuhista.

Viisaampien mietittäväksi jätän, voiko perusterveydenhuolto siirtyä kokonaan eri diagnoosinimikkeistöön kuin erikoissairaanhoido. Vai pitäisikö tyytyä pääluokkiin tai kehittää ICD10:n pohjalta oma yleislääkärimikkeistö niin, että numerointi noudattaa ICD10:n numerointia? Turhemmissakin asioissa on työryhmiä istunut. Puhummeko tulevaisuudessa enää samaa kieltä?

EILA KUJANSUU

etunimi.sukunimi@pp.inet.fi

Nordiskt allmänläkarsamarbete



Förra hösten beslöt Kommunala läkare att ändra föreningens namn på ett sätt som ger medlemmarna en tydligare profil som Finlands allmänläkare. Den engelska delen av namnet gör föreningen lätt att identifiera även internationellt. Namnändringen är ett viktigt led i en strävan att stärka medlemmarnas allmänläkaridentitet, lyfta fram husläkartanken och ge allmänläkarna större inflytande över sin arbetssituation. Andra betydelsefulla led i den här processen har varit en långvarig satsning på ökade internationella kontakter med allmänläkare framför allt i de nordiska länderna och inte minst grundandet av en egen tidning – Kommunalläkaren – för tjugo år sedan. Då dagens jubilar utkom med sitt första nummer hade allmänläkarnas nordiska samarbete redan kommit i gång drygt tio år tidigare.

Det förtjänar att nämnas att både Finlands Läkarförbund och Kommunala läkare har spelat en aktiv roll i det nordiska allmänpraktikersamarbetet. I början av 1970-talet svepte förnyelsens vindar över primärvården i Sverige och Finland. Sverige fick sin sjukvårdsreform, Finland sin folkhälsovetenskap. Reformerna medförde avsevärda satsningar både på offentlig primärvård och utbildningen av allmänläkare. Men redan 1971 tog Finlands Läkarförbund initiativ till en bredare diskussion om allmänläkarrollen. Efter sjukhusväsendets starka utbyggnad under 1960-talet i vårt land präglades hälso- och sjukvården av organmedicinskt specialiserings-tänkande medan allmänläkarens uppgifter och roll i ägnades mindre intresse. Det var då motiverat att visa på exempel från de nordiska länderna: i Danmark hade ett utvecklat husläkarsystem fungerat i årtionden, i Norge hade den akademiska allmänmedicinen börjat utvecklas och i Sverige hade försöksverksamhet med allmänmedicinsk forskning på en vårdcentral etablerats. Hösten 1971 inbjöd läkarförbundet representanter från alla nordiska länder till ett läkarmöte om samarbete i allmänläkarfrågor.

Det här initiativet resulterade i en överenskommelse mellan de berörda läkarförbunden om nordiskt samarbete i allmänläkarfrågor. Samarbetet skulle inte enbart inriktas på medicinska spörsmål utan även fackliga och organisatoriska frågor skulle tas upp till diskussion liksom allmänläkarnas utbildning och forskning i primärvården. Det praktiska arbetet inleddes redan följande år då det första nordiska allmänläkarseminariet arrangerades i Helsingfors. Seminarierna arrangeras fortfarande regelbundet – nästa seminarium hålls i Finland 2006.

Numera är det de nationella allmänläkarorganisationerna och allmänmedicinska föreningarna som i samråd står för uppläggningsen av seminarierna.

Till en början löpte samarbetet inte helt utan gnissel – det uppstod sannolikt ”kulturkrockar” mellan det patientcentrerade familjeläkarssystemet i Danmark och det kollektivistiska vårdcentralssystem som de offentligt anställda allmänläkarna i Sverige och Finland representerade. Men samarbetet kunde fortsätta eftersom så många frågor av gemensamt intresse togs upp på seminarierna, såsom vidare- och efterutbildningen för allmänläkare, arbetsuppgifter och arbetsmarknad, organisation, teknik, målbeskrivning, evaluering och kvalitetsmätning i primärvården mm. Ibland enades seminarierna om gemensamma resolutioner. Ett samfällt nordiskt krav fick större tyngd än enskilda föreningars önskemål, t.ex. då seminariet i Tavastehus 1988 slog fast att en allmänläkare i regel inte bör ta ansvar för mer än 1500 invånare.

Ett annat viktigt steg i det nordiska samarbetet togs 1977 då Kommunala läkare och Läkarförbundets underravdelning för allmän medicin med sin dåvarande ordförande *Oleg Gorbatow* som energisk pådrivare föreslog ett möte med motsvarande nordiska föreningar för att diskutera framtida nordiska kongresser i allmänmedicin. Avsikten var att koordinera och bredda det samarbete som redan existerade i form av nordiska socialmedicinska kongresser och ämbetsläkarmöten. Den första nordiska kongressen i allmänmedicin arrangerades år 1979 i Danmark, den följande i Norge två år senare och 1983 stod Finland och Tammerfors i turen. För två år sedan arrangerades kongressen för tredje gången i vårt land, denna gång i Helsingfors och samlade då 522 deltagare från hela Norden.

Gemensamma nordiska möten är viktiga för att knyta kontakter och utbyta erfarenheter. Liksom alla internationella sammankomster ger de nyttiga impulser och öppnar nya infallsvinklar, men beröringspunkterna i den nordiska samhällsmodellen och den etablerade nordiska gemenskapen erbjuder en särskilt fruktbar plattform för samarbetet. De nordiska seminarierna och kongresserna har otvivelaktigt bidragit till att stärka allmänläkarnas och allmänmedicinens ställning även i vårt land. Också framöver kommer både nordiska och andra internationella kontakter att behövas för att befästa allmänläkarrollen och utveckla nya ramar för allmänläkarnas arbete i vår primärvård.

LARS-EINAR FLOMAN



Helsingissä 14.8.2005

Utta ja vanhaa...

Syyskuun lopussa viettää Kunnallislääkäri-lehti merkivuottaan. Kaksikymmentä vuotta on kulunut siitä, kun lehteä alettiin julkaista pienen, innokkaan ja asialleen omistautuneen porukan toimesta. Pitkälle on tämä tie kantanut. Tässä ajassa Kunnallislääkäri-lehdestä on muodostunut paitsi yleislääkärikunnan tärkein media myös yhdistyksen peruspilari ja erottamaton osa sen toimintaa.

Kunnallislääkäri-lehdellä on ollut selkeä oma paikansa lääkärijulkaisujen joukossa, ja tarve sen olemassaoloon on kiistaton. Olennaista on, että se on ollut perusterveydenhuollon oma lehti, joka on toiminut paitsi kanavana yhdistyksen ja sen jäsenkunnan välillä, myös pyrkinyt ylläpitämään kollegakunnan ammattitaitoa ja välittämään tunteja ja ajatuksia lääkärin arjesta. Yleislääkärikunnan identiteetin ja yhteenkuuluvuuden lujittaminen on ollut osa lehteä. Unohtaa ei sovi myöskään sen roolia yleislääketieteeseen liittyvän tutkimuksen esitelyfoorumina. Toivoisin, että lehteä ei käsitettäisi vain ja ainoastaan terveyskeskuslääkärien lehtenä, vaikka valtaosa sen jutuista heitä koskettaakin. Haluaisin ajatella, että lehden kokisivat omakseen kaikki ne, joiden työfilosofian yhteisenä nimittävänä tekijänä on holistinen näkemys lääkäriydestä ja potilastyöstä, ja jotka ovat laajemminkin kiinnostuneita elämän eri ilmiöistä. Omalääkäriys lienee asia, jonka ympärille tämä kaikki lopuksi pounoutuu, ja jonka puolesta yhdistys voimakkaasti toimii.

Iso ja ulkoisesti näkyvä muutos tänä syksynä tulee olemaan yhdistyksen nimen vaihtuminen Kunnallislääkärit ry:stä Suomen Yleislääkärit ry:ksi. Yhdistysrekisteriä pitävästä patentti- ja rekisterihallituksesta pitäisi aivan näinä viikkoina tulla päätös sääntömuutoshakemuksesta, jonka yhtenä osana uusi nimi on. Yhdistyksen nimi ja tunnukset uusiutuvat, ja tämä tulee näkymään vuoden vaihteen jälkeen myös lehdessä. Lehden nimi tulee muuttumaan, ja toivon mukaan lehti on tulevaisuudessa

muutoinkin uudistumiskykyinen, silloin kun siihen on tarvetta. Peruslähtökohdat ovat olleet ja tulevat olemaan edelleen samat.

Lehteä on päätoimitettu ja artikkeleita kirjoitettu oman toimen ohella. Tämä amatöörirohjaisuus on uskoakseni näkynyt lehden sivuilla positiivisessa mielessä sopivana raikkautena ja rönsyilynä, joka ammattimaisesti tehdyissä lehdissä usein puuttuu. Suorituksena se on ollut ja on tietysti uskomaton. Viimeisen vuoden aikana lehdessä on tapahtunut runsaasti henkilövaihdoksia. Vuoden vaihteessa päätti lehden monivuotinen päätoimittaja *Risto Ihalainen* tehtävänsä, ja *Eila* aloitti. Keväällä jäi meidän monien vuosien mittaan hyvin tuntemaan oppima toimitussihteeri *Marja Kalimo* eläkkeelle, ja tämä nimenomainen lehden numero on ensimmäinen, jonka taitosta vastaa toimitusomme uusi kasvo *Päivi Mikkola-Joly*. Päivin graafisen alan osaamisesta saamme varmasti jatkossa tuta.

Lehden menestys on monen tekijän summa. Haluan omasta ja yhdistyksen puolesta kiittää lämpimästi kaikkia, jotka ovat vuosien varrella töitä tämän lehden eteen tehneet ja edesauttaneet sitä saavuttamaan nykyisen asemansa. Lehti on ennen kaikkea tarkoitettu palvelemaan lukijoitaan, ja tehtävä on haasteellinen. Toimiakseen siinä suhteessa hyvin, lehti tarvitsee meidän jokaisen panosta. Voimme jäsen- ja kollegakuntana olla kaikki rakentamassa lehteä. Jakakaa hankkimaamme tietämystä ja levittäkää kokemaan ja kuulemaan muille. Kirjoittakaa asioista, joiden uskoisitte laajemminkin kiinnostavan. Kynnystä ei pidä pitää liian korkealla. Siten meillä voi olla lehti, joka puhuu koko jäsenkunnan äänellä.

JARI MÄKELÄ

jari.makela@fimnet.fi



Helsingfors den 14 augusti 2005

Nytt och gammalt...

I slutet av september firar Kommunalläkartidningen jubileum. Tjugo år har förflutit sedan tidningen började utkomma som resultatet av en liten hängiven och entusiastisk grups mödor. Det blev fröet till en aktningvärd bana. Under dessa tjugo år har tidningen inte bara utvecklats till allmänläkarkårens viktigaste medium utan också blivit föreningens grundpelare och en omistlig del av dess verksamhet.

Kommunalläkaren har funnit sin egen distinkta plats bland läkartidskrifterna och det är ingen tvekan om att den fyller ett behov. Det väsentliga är att tidningen varit ett organ för primärvården som inte enbart fungerat som kanal mellan föreningen och dess medlemskår utan också strävat efter att upprätthålla allmänläkarnas yrkeskunnande och förmedla tankar och intryck från läkarnas vardag. Tidningens uppgift har också varit att stärka allmänläkarkårens identitet och sammanhållning. Men rollen som forum för allmänmedicinsk forskning och redovisning av dess resultat är lika viktig. Min förhoppning är att tidningen inte enbart uppfattas som ett organ för hälsocentralläkarna även om de flesta artiklar är riktade just till dem. Alla som har en holistisk syn på läkargärningen och patientarbetet som gemensam nämnare i sin arbetsfilosofi och som dessutom hyser ett bredare intresse för livets alla skiftande företeelser borde kunna uppleva tidningen som sin. Husläkartanken är kanske sist och slutligen den idé kring vilken allt detta sammanflätas och för vilken föreningen kraftfullt verkar.

En stor och synlig yttre förnyelse i höst blir föreningens namnändring från Kunnallisläkärit-Kommunala läkare till Suomen Yleisläkärit-Allmänläkare i Finland. Vi väntar oss att patent- och registerstyrelsen, som upprätthåller Föreningsregistret, under de närmaste veckorna ska ge klartecken för den stadgeändring som det nya namnet är en del av. Då namnet och föreningens logo ändras kommer detta efter årsskiftet till synes även i tidningen. Även den kommer att ändra namn och kommer

förhoppningsvis även i framtiden att ha förmåga att förnya sig då det behövs. Grundvalen för verksamheten kommer att vara densamma som hittills.

Tidningen har redigerats och artiklarna skrivits som bisyssla. Jag skulle dock tro att det amatörmässiga greppet i positiv mening kommit till synes som lämplig fräschör och enkelhet i texterna på ett sätt som ofta saknas i professionellt producerade tidskrifter. Att tidningen kunnat utges har givetvis varit och är fortfarande en otrolig prestation. Under det gångna året har många personskiften ägt rum bland dem som arbetat med tidningen. Vid årsskiftet lämnade den mångårige chefredaktören *Risto Ihalainen* sin post och *Eila* tog vid. I våras blev vår sedan länge välbekanta redaktionssekreterare *Marja Kalimo* pensionerad. Just detta nummer är det första som sammanställts och ombrutits av vårt kanslis nya ansikte *Päivi Mikkola-Joly*. Hennes kunnande på det grafiska området kommer säkert att vara ett stöd för tidningen även framöver.

Tidningens framgång är summan av många samverkande faktorer. På mina egna och föreningens vägnar tackar jag alla som under de gångna åren dragit sitt strå till stacken och medverkat till att den här publikationen nått sin nuvarande status. Kommunalläkartidningen görs framför allt för att tjäna sina läsare och det är en utmanande uppgift. För att tidningen ska kunna fungera bra i det avseendet behövs insatser från oss alla. Som medlemmar och som kolleger kan vi alla vara med om att utveckla tidningen. Dela de kunskaper ni skaffat er och sprid det ni hört och provat på till andra! Skriv om sådant ni tror att också andra kan ha glädje av och som kan väcka intresse. Tröskeln får inte vara för hög. Då kan vi också i fortsättningen ha ett medlemsblad som talar med hela medlemskårens röst.

JARI MÄKELÄ
jari.makela@vantaa.fi

Kunnallislääkäri-lehti perusterveydenhuollon lääkärien tarpeista

Keskustelu oman lehden tarpeesta heräsi terveyskeskuslääkärien keskuudessa melko pian kansanterveyslain voimaantumisen jälkeen. Kunnallislääkärit ry:n johtokunnassa ensimmäisiä keskusteluja asiasta käytiin jo 70-luvun lopulla.

• MIKKO KANGAS •

Neuvottelut käytiin tällöin ja vielä seuraavan vuosikymmenen alussa epävirallisina keskusteluina erityisesti johtokunnan kesäkokousten yhteydessä. Pohdiskelu lehden perustamisesta tiivistyi erityisesti vuonna 1984 käydyin lakon aikoihin. Tällöin koettiin, että terveyskeskuslääkärillä tulisi olla oma keskustelufoorumi, ei vain edunvalvonnallisissa asioissa vaan myöskin terveyskeskustyön kehittämisessä. Katsottiin, että vaikka Lääkärilehti tarjosi hyvin palstatilaa yhdistyksen tarpeisiin, keskustelufoorumi oman lehden muodossa olisi parempi.

Kunnallislääkärien johtokunta piti kokousta Tukholmassa 6.–8.9.1984. Kokouksessa tiedottamisesta ja lakkotiedottamisesta oli puhumassa Lääkäriliiton tiedottaja *Maimu Halonen*, jonka alustuksen jälkeen virisi vilkas ja laaja keskustelu pitäen sisällään myös oman lehden perustamismahdollisuuden. Johtokunta päätti keskustelun jälkeen antaa *Mikko Kankaan* tehtäväksi tutkia mahdollisuuksia oman lehden pe-

rustamiseen todeten, että hän voi käyttää asiantuntija-apua selvitystyössä.

Tämän selvitystyön, jossa *Maimu Halonen* antoi suuren avun, tuloksena syntynyttä muistiota johtokunta käsittelee kokouksessaan 15.11.1984 ja päätti suositella, että seuraavassa vuosikokouksessa valittava johtokunta käsittelee asiaa ja perustaisi työryhmän, joka selvittää perusteellisemmin lehtiprojektin henkilötarvetta ja taloudellisia edellytyksiä. Ennen vuotta 1984 käydyissä keskusteluissa asia oli kaatunut aina talouteen kohdistuviin epäilyihin.

Uusi johtokunta käsittelee asiaa seuraavan kerran 6.1.1985, jolloin päätettiin perustaa ”lehtityöryhmä selvittämään taloudelliset edellytyksen oman lehden perustamiseksi ja projektin vaatima henkilöstötarve”. Työryhmän muodostivat *Mikko Kangas*, *Ulla-Kaija Lammi*, *Hannu Rutanen*, *Klas Winell* ja yhdistyksen silloinen puheenjohtaja *Martti Tuovinen*.

Asia eteni, ja niinpä johtokunta jo seuraavassa kokouksessaan

8.3.1985 antoi ryhmälle tehtäväksi valmistella erityisesti lehden perustamisen vaatimia henkilöstökysymyksiä ja nimesi ryhmään *Lars-Einar Flomanin*.

Toimituskunnaksi muutettu työryhmä valmisteli asiaa lähtökohdanaan oman itsenäisen lehden perustaminen. Valmistelun aikana kuitenkin ilmaantui eräs kustantaja, joka tarjosi yhdistykselle lehden tekemistä omaan lukuunsa siten, että Kunnallislääkärit ry olisi ollut ainoastaan kirjoitusmateriaalin tuottaja, ja kustantaja olisi kantanut vastuun mahdollisista voitoista ja tappioista. Lyhyen keskustelun jälkeen toimituskunnan enemmistö kuitenkin hylkäsi tämän vaihtoehdon, ja valmistelua jatkettiin oman itsenäisen lehden aikaansaamiseksi.

Vielä saman kevään aikana 17.5.1985 Kunnallislääkärit – Kommunala läkare ry:n johtokunta päätti, että yhdistys julkaisee vuonna 1985 kaksi lehtinumeroa, ja että lehden nimi on Kunnallislääkäri – Kommunalläkaren. Tätä ajankohtaa voidaan pitää lehden perustamispäivänä. Lehden numerokohtaiseksi kooksi päätettiin aluksi 48 sivua, joista mainossivuja arvioitiin kertyvän 1/3. Lehti päätettiin lähettää yhdistyksen jäsenille ja muille terveyskeskuslääkäreille, yleislääketieteen erikoislääkäreille, työterveyslääkäreille, orientoivan vaiheen lääkä-

reille ja viimeisen vuosikurssin opiskelijoille.

Samassa kokouksessa lehden päätoimittajaksi nimettiin *Ulla-Kaija Lammi*, toimitussihteeriksi *Anne Karuvuori* ja ilmoitushankkijaksi *Markku Huvinen*. Lehden talous päätettiin hoitaa yhdistyksen taloudenhoidon osana.

Ensimmäinen lehti ilmestyi 15.9.1985.

Arvioita hankkeen onnistumisesta

Ensimmäinen Mikko Kankaan tekemä muistio lehden perustamiseksi oli ensisijaisesti yksinkertaistettu arvio kustannuksista ja mahdollisista tuotoista. Suunnitelmaan sisältyi myös hahmotelma tarvittavista henkilöstöresursseista. Näiden asioiden

osalta hanke toteutettiin aivan alkuperäisen suunnitelman mukaisesti. Alusta alkaen lehden sisältö vastasi siihen tarpeeseen, jota jo vuosien ajan oli ilmennyt. Lukijakunnasta johtuen lehti saavutti myös heti mainostajien mielenkiinnon. Täten ilmestymisensä alkuvuosina lehti oli yhdistykselle myös taloudellinen menestys. Lehden toimihenkilöiden pienestä vaihtuvuudesta johtuen lehden kehitys on ollut vakaata, ja se on selvinnyt hyvin niin 1990-luvun alun lamasta kuin myös viime vuosien lääkemarkkinointia kohdanneiden muutosten aiheuttamista taloutteen kohdistuvista paineista.

Mikko Kangas
LL

Kunnallislääkärit verkossa:

www.kunnallislääkärit.fi

Panadol Forte 1 g:n tabletti

Kun tavallinen Panadol ei riitä ja kun tulehduskipulääkkeet ovat liikaa



Panadol Forte 1 g on reseptivalmiste. Sen avulla voidaan puolittaa parasetamolitablettien määrä niillä potilailla, jotka joutuvat lääkityksessään käyttämään monia muita suun kautta otettavia valmisteita.

Annostus: ½–1 tablettia korkeintaan

kolme kertaa päivässä. Parasetamoli on yleensä hyvin siedetty. Parasetamolivalmisteet eivät aiheuta GI-kanavan ärsytystä ja maha- ja pohjukaissuolihaavapotilaat voivat käyttää niitä.



Martti Tuovinen:

Tarve saada oma identiteetti oli suuri syy lehden perustamiseen

Minulla oli suuri ilo saada haastatella KL-yhdistyksen pitkäaikaista puheenjohtajaa Martti Tuovista elokuun alussa leppoisissa tunnelmissa hänen kotonaan Kuopiossa. Martti Tuovinen toimi yhdistyksen puheenjohtajana lehden perustamisen aikaan ja jo pitkään sitä ennen.

• HELENA NUKARI •

Kertoisitko, mitkä olivat sen hetken tarpeet omalle lehdelle?

- V. 1972 voimaantullut kansanterveyslaki muutti perusterveydenhuollon lääkäreiden aseman perusteellisesti. Seuraavana vuonna saatiin huono virkaehtosopimus. Oli tarve etsiä oma identiteetti. Oli tarve tuoda esille asioita terveyskeskuslääkäreiden kannalta. Miten työskennellään, miten jatkokoulutetaan ja mitä tutkimustyötä tehdään terveyskeskuksissa. Tuolloin oli kunnallislääkäreillä tosin oma palsta Suomen Lääkärilehdessä.

- Toinen oli ammattijärjestöllinen puoli. KL-yhdistyksen mielestä terveyskeskuslääkäreillä oli huono virkaehtosopimus, jossa oli paljon epäkohtia: mm. frekvenssisäätö, ruokataukokysymykset ja päivystysvapaiden pito, ns. ei-automaattiset lisät jne. oli huonosti hoidettu virkaehtosopimuksessa.

- Alkuvaiheessa puheenjohtajana epäilin lehden perustamista, koska minä suureksi osaksi osaltani vastasin yhdistyksessä hallinto-, talous-, järjestötoiminta- ja terveyspolitiikka-asioista. Epäroin, onko taloudellisia resursseja, tietoa, taitoa ja aikaa

lehden tekoon niin, että lehdestä tulisi jatkuva, eikä se päättyisi vain muutamaan numeroon.

- Taloudellisia edellytyksiä epäilin, lehtihän oli jäsenille ilmainen. Epäilin myös, miten suhtautuvat ns. vanhat lehdet, Lääkärilehti ja Duodecim, kun tulee lehti, joka vie osaltaan ilmoituksia. Lääketeollisuudella oli tuolloin myös paljon omia lehtiä.

Mutta lehti kuitenkin perustettiin?

- Kyllä. Johtokunta päätti tehdä kaksi numeroa v. 1985. Sen jälkeen vuosikokous 13.11.1985 päätti, että lehti vakinaistetaan.

- Puheenjohtajana muistan vähän huonona asiana sen, että lähes joka toisessa lehdessä jouduin kirjoittamaan palkkauspolitiikasta. Oikein muusta ei aluksi ehtinyt kirjoittamaan. Lääkärilakko oli v. 1984, ja sen jälkeen palkkausasiat olivat jatkuvasti esillä.

- Myöhemmässä vaiheessa toinen keskeinen asia oli lääkäripula ja sijaispula, näistä kirjoitettiin.

- Myöhemmin suunniteltiin omalääkärijärjestelmää, ja sitä käsiteltiin paljon lehdessä. Meillä oli

kerrankin aika, jolloin meillä oli yhtä aikaa neljä virkaehtosopimusta. Ns. vanha-VES ja kolme erilaista omalääkäri-VES-kokeilua.

- Muita merkittäviä asioita tuohon aikaan olivat monet lainsäädäntömuutokset. Potilasvahinkolaki v. 1986, erikoissairaanhoidtolaki v. 1986 ja sairaanhoitopiirin perustaminen. Näihin asioihin kiinnitettiin huomiota ja annettiin lausuntoja yhdistyksenä.

- Myöhemmässä vaiheessa tärkeä asia oli ATK:n tulo terveyskeskukseen. Lisäksi keskusteltiin yllättävän paljon mielenterveyspotilaiden tutkimuksista, hoidosta ja siihen liittyvästä lainsäädännöstä.

- Yllättävän vähän keskusteltiin mielestäni ympäristöterveydenhuollosta.

Mikä oli ilmapiiri lehden perustamisaikoihin?

- Lääkärilakko oli v. 1984. Samana vuonna 1985, kun lehti perustettiin, oli myös Lääkäriliiton valtuuskunnan vaalit. Oli suuri tarve saada valtuuskuntaan lisää terveyskeskuslääkäreitä.

- Tavoitteina oli hyvä yhteydenpito jäseniin ja aluetoimikuntiin. 1980-luvulla aluetoimikunnat toimivat vilkkaasti, ja lehdellä oli tämän toiminnan käynnistämässä merkittävä osa.

Kun töissä oli kiireitä, miten ehdit kirjoittaa vuosia säännöllisesti puheenjohtajan palstat?

- Minä sanelin vanhanaikaiseen käsisanelimeen, ja vaimoni *Kaisu* kir-

joitti ne puhtaaksi. Suurin osa Leppävirralla, mutta myös kesäpaikallani Kiuruvedellä.

- Yhden puheenjohtajan palstan synty: eräänä keväisenä pyhäaamuna olin omalla pihamaalla sireeniaidan vieressä. Toisella puolella maantie kulki aivan vieressä olevaan kirkkoon. Jumalanpalvelus oli alkamassa, ja ihmisiä kulki aidan takana kirkkoon. Seuravana aamuna hoitaja töissä katsoi minua pitkään. Kysyin, mikä nyt? Hoitaja sanoi sitten, että kun nuo ihmiset ovat täällä kertoneet eilen päivällä ja illalla, että mikä tuolle Tuoviselle on tullut, kun se yksikseen kävelee ja mutisee käteensä? Tähän vaimo lisää, että yleensä puheenjohtajan palstat syntyivät pihamaalla kävellessä taloa kiertäen.

Ansioluettelosi on erittäin pitkä ja kunnioitettava.

- Olin Kunnallislääkäriyhdistyksen johtokunnassa v:sta 1972, puheenjohtajana 1974–1989. Leppävirralla sairaalalääkärinä v.:sta 1970, terveyskeskuksen johtavana lääkäriä v. 1972–2000. Päivystin 1.4.1972, kun kansanterveyslaki tuli voimaan. Viimeinen päivystykseni oli millemiumina. V. 2000 jälkeen olin vielä Hackmanin työterveyslääkärinä kaksi vuotta. Sitä ennen hoidin sitä osaaikaisena virkani ohessa. Eläkkeelle jäin v. 2002 normaalissa eläkeiässä. Lääkäriksi valmistuin v. 1962, erikoistuin sekä yleislääketieteeseen että kirurgiaan ja hankin hallinnon pätevyyden.

Olit mukana lukuisissa luottamustehtävissä mm. Lääkäriliiton eri valiokunnissa. Minkä nostaisit itse esille merkittävänä urallasi?

Konrad ReijoWaaaran palkinnon myöntämisen. Sen, että se myönnettiin perusterveydenhuollon toimin-



Poikien porukka: Jere, Saku ja ukki.

*Martti
Tuovinen ja
Helena
Nukari.*



nan edistämisen perusteella.

Miten ehdit ja jaksot vuosia hoitaa lukuisia tehtäviä puheenjohtajana KL-yhdistyksessä ja Lääkäriliitossa?

- Yhtenä vuonna laskin, että minulla oli n. 100 lentoa Kuopio-Helsinki-Kuopio välillä. Yleensä lensin illalla Helsinkiin ja aamukoneella kokouksen jälkeen suoraan töihin.

Mitä harrastat nykyisin?

- Toimin ”sivutoimisena” lastenlääkärinä ja potilaita on tasan kaksi, tyttäreni 4- ja 6-vuotiaat pojat. Milloin on jotain pientä paikkaamista iholla, tai maha on murissut ja välillä ahdistaa. Stetoskooppi on edelleen tärkeä työväline. Luen paljon,

erityisesti politiikkaa ja sota-aikaa käsitteleviä kirjoja.

Minulla oli erittäin suuri ilo tavata lämmissydäminen kollega, joka on antanut valtavan panoksensa yhdistyksellemme ja terveyskeskuslääkäreille ajaessaan perusterveydenhuollon asioita. Nyt tärkeintä ovat lasten perheet, erityisesti lapsenlapset ja Kaisu-vaimo, joka aikanaan joutui olemaan lukuisten kokousten vuoksi paljon yksin kotona.

Helena Nukari

*terveyskeskuslääkäri, Savonlinna
toimituskunnan pj*

DOXITIN[®]

doksisykliini 100 ja 150 mg

IBUMAX[®]

ibuprofeeni 200, 400 ja 600 mg

KETO[®]

ketoprofeeni
25, 50 ja 100 mg

PARAMAX[®] Rap

parasetamoli 500 mg

PARAMAX[®]-COD

parasetamoli 500 mg +
kodeiini 30 mg

TRIMETIN[®]

trimetopriimi
100, 160 ja 300 mg

Trimetin[®] duplo

trimetopriimi 160 mg +
sulfadiatsiini 500 mg

ISOSOR

isosorbidi-5-mononitraatti
10 ja 20 mg

Vitabalans oy
www.vitabalans.fi

Järjestömuistin lyhyt historia

• ULLA-KAIJA LAMMI •

Olen kovasti pohtinut, miksi historian muisti järjestötoiminnassa on kovin lyhyt. Aina puhutaan siitä, että historiaa kannattaa tuntea ja hyödyntää, jottei pyörää tarvitsisi keksiä uudestaan. Kuitenkin järjestötoiminnassa asiat unohtuvat nopeassa tahdissa. Syy voi olla se, että järjestöjen aktivistit vaihtuvat myös melko nopeasti eikä perimätieto tapahtumista kulje. Tiedossa pysyvät vain muutokset ja toisaalta ne asiat, jotka eivät ole menneet toivotulla tavalla eteenpäin. Usein yhdistyksissä uudet päättäjät moittivat edeltäjiään siitä, että he eivät ole saaneet mitään aikaan.

Monia asioita on kuitenkin suunniteltu, tehty, yritetty järjestää tai saada hyviä päätöksiä aikaan. Usein vain aika ei ole kypsä muutoksille ja kun aika kuluu, uusien päättäjien on helppo saada vanha idea läpi omanaan.

Kunnallislääkäri-lehtikin on kokenut samanlaisia kohtaloita. Omaa lehteä oli kaivattu monta vuotta, olihan *Nuori Lääkäri* -lehdellä vahva imago. Vuosia tuntui, että lehti ei ole kannattava yritys, pikemminkin riskisijoitus. Kun aika oli kypsä, päätettiin lehti perustaa. Se on pärjännyt hyvin ja kehittynyt huimasti alkuajoistaan niin sisällön kuin tunnettavuudenkin suhteen. Nykyisin sen alkuperäiset artikkelit kelpaavat

myös väitöskirjan osajulkaisuiksi, hieno asia. Vuosia sitten ollessani päätoimittaja, ehdotin, että artikkelien nimet käännettäisiin englanniksi ja mahdollisesti tehtäisiin pieni englanninkielinen yhteenveto joistakin jutuista. Ideana oli silloin saada lehti kansainväliseen indeksointiin. Silloinen toimituskunta ei asiaan innostunut. Nyt asiat ovat muuttuneet, hyvä niin.

Kiitos lehden, yhdistyksen talous on pysynyt vakaana, ja yhdistys on vuosittain pystynyt antamaan apurahoja kansainvälisiin kongresseihin osallistujille. Ehdotan, että matka-apurahan nimi muutettaisiin *Professori Oleg Gorbатов* -matkastipendiksi. Oleg Gorbатов toimi pitkään Kunnallislääkärit ry:n ulkoasiainsihteerinä. Hän oli uranuurtaja, joka vei meidät pohjoismaisiin kongresseihin ja yleislääkär kokouksiin. Hän oli myös Suomen yleislääkäreiden ensimmäinen edustaja SIMG:n hallituksessa, ja hänen innostamana alkoi monen kollegan kongressimatkailu aluksi Itävallan Klagenfurtiin, SIMG:n syyskongresseihin ja vähitellen muuallekin. Nykyisin kongressimatkailu on monelle rutiinia, silloin se ei ollut. Oleg Gorbатов on ensimmäinen suomalainen, joka sai SIMG:n Hippokrates -mitalin vuonna 1987. Myöhemmin SIMG lakkautettiin, ja se muuttui WONCA-Euroopaksi, joka sai Hip-

poikrates-kustantamolta oikeuden Hippokrates -mitalin uudestaan jakamiseen. Oleg Gorbatow oli ensimmäinen suomalainen yleislääkäri, joka sai professorin arvonimen ansioistaan.

Miksi sitten jokin tavallinen matka-apuraha pitäisi nimetä uudestaan jonkun henkilön nimellä? Siksi, että muistissa säilyisi uranuurtaja, jolle olemme henkisesti paljon kiittolisuudenvelkaa nykyisistä itsesäänselvyyksistä kansainvälisten yhteyksiemme suhteen. Ehkä myös nykypolven olisi hyvä muistaa, että on ollut ihmisiä ja elämää aikaisemminkin, jo ennen globalisaatiota ja nettiäikää.

Sinä lauantaina, kun Kunnallislääkärit ry:n johtokunta kokoon tui Helsingissä Hotelli Hesperiaassa ja päätti oman lehden perustamisesta, juoksi Mannerheimintien yli pieni orava. Katselimme sitä puheenjohtaja *Martti Tuovisen* kanssa. Orava yritti yli, peruutti, yritti muutaman kerran uudestaan ja lopulta selvisi autojonojen välistä ehjänä tien toiselle puolelle. Sen oravan sitkeyden ja onnekkisuuden perusteella uskalsin päättää ottaa vastuulleni Kunnallislääkäri-lehden ensimmäisen päätoimittajan tehtävän. Meillä oli lehdessä hyvä tiimi, lehti tuli vähitellen tunnetuksi ja menestyi ja menestyy yhä. Kiitos siitä kuuluu *Risto Ihalaiselle*, josta tuli seuraajani lehden pitkäaikaiseksi päätoimittajaksi. Onnea ja menestystä nykyiselle päätoimittajalle ja lehdelle myös tulevaisuudessa, jota terveydenhuollon myllerryksissä ei voi ennustaa. Yksi asia on kuitenkin varma, hyvää perusterveydenhuoltoa tarvitaan aina, ja sen kehittämisessä Kunnallislääkäri-lehti on oiva apuväline.

Ulla-Kaija Lammi

Tehokas ja turvallinen lääke tehdään Suomessa

Teollista tuotantoa siirretään kiihtyvällä vauhdilla Kaukoitään. Monet kansainväliset lääke- tehtaat sulkevat omia tehtaitaan EU:ssa ja teettävät valmisteitaan rahtivalmistajilla mm. Intiassa. Tuotanto, laadunvalvonta ja laadun- varmistus on hajautettu. Ongelma ei ole vähäinen ja sitä on käsitelty mm. Lääkelaitoksen julkaisemassa TABU-lehden 2/2004 pääkirjoituksessa (www.laakelaitos.fi/julkaisut).

Vitabalans Oy on suomalainen, Hämeenlinnassa toimiva lääketehdas, jonka kaikki lääkevalmisteet on kehitetty ja valmistettu omassa EU-standardit täyttävässä lääketehdassa GMP (Good Manufacturing Practice)-vaatimusten mukaisesti.

Vitabalans Oy valmistaa ja markkinoi tunnettuja itsehoito- lääkkeitä sekä lääkevaihdon (geneerinen substituoitio) piiriin kuuluvia **todella edullisia** reseptilääkkeitä Suomen markkinoille.

Lääkelaitoksen myöntämän myyntiluvan edellytyksenä on, että vaihtokelpoinen geneerinen lääkevalmiste on vähintään alkuperäisvalmisteen veroinen.

1.4.2003 voimaan tulleen lain mukaan apteekki on velvollinen tarjoamaan asiakkaalle Lääkelaitoksen määrittelemistä vaihtokelpoisista lääkkeistä valmisteen, joka on hinnaltaan edullisin tai siitä vain vähän poikkeava (asetus lääkevaihdosta 10.3.2003/210). Edellytyksenä on, että valmistetta on saatavissa tukkukaupasta.

Vitabalansin edullisia vaihtokelpoisia lääkevalmisteita on tukkukaupasta aina saatavissa.

Kun haluat vaihtaa apteekissa lääkärin määräämän reseptilääkkeen edullisempaan Suomessa valmistettuun Vitabalansin tuotteeseen, katso vaihtomahdollisuus osoitteista

www.vitabalans.fi
www.yliopistonapteekki.fi
www.apteekkariliitto.fi/geneerinen
www.apteekit.net
ja pyydä apteekista.

Kaikissa apteekkeissa pitää olla Vitabalansin geneerisiä lääkevalmisteita.

Vitabalans Oy, Varastokatu 8, 13500 Hämeenlinna, puh.: +358-(0)3 615600, fax +358-(0)3-6183902

VB valmistaa lääkkeensä Suomessa. Hyvä juttu laadunkin kannalta

... ja työllisyyden! Virkistävää huomata, ettei aina tarvitse mennä halpatuotantomaihin voidakseen kilpailla hinnoilla

... ja että Suomessa valmistettu ei aina meinaa kallista! Olemalla tarkka lääkevalinnoissa voi säästää pitkän pennin

... ja nykyään se on helppoa: kysy vain apteekista, löytyykö omalle lääkkeelle vastaavaa, halvempaa vaihtoehtoa. Suomalaisena kuluttajana pidän lääkevaihtoa tosi hyvänä juttuna!

Vitabalans oy

www.vitabalans.fi

Kansanterveystyön elinkaari

Kun elinkaaren käsite nykyään tulee iskusanana vastaan milloin missäkin, yritän tässä päätoimittajan pyynnöstä hahmotella sellaista kansanterveystyöllekin. Elinkaariajattelun mukaan rakennellaan organisaatioita. Tuotteilla ja liikeideoilla on trajektorinsa, kuten konsultit elinkaarta myös mielellään kutsuvat – alun alkaenhan termi tarkoitti ammuksen ballistista lentorataa, ja onpa terveystyönsäkin väitetty olevan ratansa loppuvaiheessa ja räjähtämässä.

• RISTO IHALAINEN •

Miten terveystyön liikeidea on selviytynyt syntysanojensa savupiip-pumaailmasta ja kansallisesta yhtenäiskulttuurista tänne tietoyhteiskunnan uniikkifriikkien maksuvastuulle? Näkökulma on luonnollisesti vain omani, ja sen silmälapuina ovat pitkä osallisuuteni unelmaan kansanterveydestä ja aktiiviteettini siihen liittyvässä järjestötyössä.

Juurilla

Tätä lehteä julkaisevan yhdistyksemme embleemin on piirilääkäreilleen suunnitellut 1700-luvun lopulla Ruotsin kuningas *Kustaa III*. Nuo kollegat tekivät kansanterveystyötä: epidemiologiaa ja kulkutautien vastustustyötä. Toimenkuva muistutti *Al Caponen* Chicagon poliiseille suoma: heidän tehtävänä oli laskea kuolleet. Syntyville suomalainen kunta ryhtyi lähes ensi toinään organisoimaan palveluja: suuriruhtinas *Aleksanteri II:n* 140 vuotta sitten armollisesti sallima paikallishallinto ryhtyi heti Venäjän zemstvojen tapaan rekrytoimaan ammattitaitoisia lapsenpäästäjiä, jo ennen ensimmäisen kunnanlääkärin pestamista Vi-

tasaarelle 1880-luvulla.

Piirilääkäri saattoi koleraepidemiaan ja nälkävuosien välillä keräillä kansanrunoja ja koostaa niistä eepoksia, laatia kasvioppeja, kotilääkärikirjoja tai sanakirjoja kuten kollega *Lönnrot* Kainuussa. Toimenkuvaan eivät arvatenkaan liittyneet kii-reelliset aamuyön nuhaerätykset lähes kohonneella ruumiinlämmöllä, ja dokumentteihinkin lie tarvittu nykyistä rajallisempaa kirjallista ponnistusta.

Piirilääkäri *Konrad Relander*, sittemmin lääkintöneuvos *Reijo Waara*, keskittyi kollektiivisen terveydenhoidon substanssiin: kiersi piirejään, luki kirkkokansalle saarnan jälkeen terveydenhoidollisia artikkeleja, junttasi kunnanlääkärilaitosta pystyyn, ja toimitti siinä ohessa surkean hygienian ja taikauskosen tietämättömyyden torjijaksi perustamaansa Suomen Terveydenhoitolehteä, siinä kuin suomenkielen tasavertaiseen ja *Snellmanin* aikaisen kieliasetuksen mukaiseen lääketieteelliseen käyttöön tähdännyttä ammattilaisten Duodecim-aikakauskirjaakin – itse hän kollega oli ideologisesti suomettunut ruotsinkielinen, jolle kieli oli valistuksen tärkein työkalu.

Varaa terveydenhoitoon?

Suuriruhtinaanmaa vaurastui valtuutta- ja tullirajansa takana, kun Pietarin metropoli hotki sen tuotteita. Raha loi terveyttä, vaikka teollisesta vallankumouksesta on vieläkin poliittisesti korrekta muistaa vain lapsityö kellon ympäri, slummien juoppous, sankkeri ja tuberkuloosi. Rahatalous ja teknologian muutokset heijastelivat silloinkin maan hyvinvointiin. Globaalissa rahtauksessa teräs ja höyry korvasivat mastot ja purjeet, ja paltamoiden nälkämaasta alettiin tehdä lauluja, kun taas Pohjanmaan lankku- ja tervakansa kävi metsän ehtyessä, mutta veljes-sarjojen kasvaessa, ”häjyilemähän”. Kunnanlääkärin oletettiin siten hallitsevan kirurgiaakin. Rakennettavien vesireittien Järvi-Suomessa kas-kenkaato taas vaihtui pääkaupungin ostovoimalla peltokarjataloudeksi ja paperinvalmistukseksi – nälkävuosien karsima idän geeniperintö vain ei seuraavalla vuosisadalla kestänyt, että voi piti viennin tyrehdyttyä, mutta tukiaisten tultua, syödä itse, ja että ainakin paperimiehellä oli varaa Saabiin.

Väkiluku siis kasvoi, vaikka lapsikuolleisuus oli 20–25 %, nälkävuosina enemmänkin. Mittatappiota tuli myös lasten sairastelusta, ja Suomen irrottauduttua Venäjästä muuttui sen armeija uhaksi. *Bismarckin* jäljiltä suurvallaksi kasva-nessa Saksassa oli ideoita tuottavan ja sotakelpoisen väen turvaamiseksi, ja sieltä *Arvo Ylppö* omaksui ajatuksen, että vaikei ollutkaan rahaa, olisi tietoa valtaa. Riisitauti oli kahdella Suomen lapsella kolmesta, tuberkuloosi levisi heikkojen asunto-olojen vuoksi, ja ripuli tappoi kuten kehitysmaissa nytkin.

Sisällissodan ja nälän pudotta-

ma syntyvyys lienee herättänyt laajempaan demografista huolta, koska Ylppö mm. 1922 Duodecimissa ideoi ”pienien lasten neuvonantoasemat”, joissa ”sekä lääkärit että erityisesti koulutettu lastenhoitoon perehtynyt henkilö antaisivat ravinto- ym. hoitoseikkoja koskevia neuvoja varattomille äideille” tulivat nopeasti kokeiluun Kenraali *Mannerheimin* lastensuojeluliiton myötävaikutuksella. Hankkeen promoottori ennusteli, että toiminnasta tulisi kunnallista. Toisen maailmansodan jälkeen Mannerheim-liiton ulkomaisiin lahjoitus- ja kotimaisiin keräysvaroja rakennuttamat sadat terveystalot liitettiin sittemmin kuntien palveluvalikkoon.

Ennen kehittämistoimia evaluoitiinkin, ja Ylppö raportoi kirkkoherra *Hurmerinnan* kanssa, että Helsingin Kallion huono-osaisen väen imeväiskuolleisuus aleni neuvolan käynnistyttyä jo muutamana 1920-luvun vuotena 16–18 % vuositasolta 2–3 % tasolle, pelkällä neuvonnalla ja ilman mitään nykyisiä neuvolasidonnaisia sosiaalisia etuuksia. Tarmokkaana lobbarina oli Ylppö luomassa 1936 rokotuslakia, jossa kunnanlääkäri määrättiin rokottajaksi, apunaan erityiskoulutettu hoitajat.

Kunnanlääkärien sankariaika

Kasvanut varallisuus mahdollisti terveydenhoitoon sijoittamisen, ja kunnan- ja kaupunginlääkäreitä värvättiin lisää. Japanin sodan alkuun mennessä heitä oli jo yli 120. Suomen Yleinen Kunnanlääkäriyhdistys perustettiin 85 vuotta sitten, neuvottelemaan jäsentensä työehdoista ja sosiaaliturvasta kuten eläkkeistä, sekä vaalimaan kunnanlääkärien yhteiskunnallista asemaa, osaaamista ja kollegiaalisuutta. Yhdistys kävi neuvottelut itsenäisesti Maa-laiskuntien liiton kanssa, kaupunginlääkäreiden liittyttyä Kunnallis-

lääkäreihin myös Kaupunkiliiton kanssa. Tämä asiointi muuttui vasta 1970-luvun virkaehtolakien myötä, jotka siirsivät neuvottelut Lääkäriliiton ja sen keskusjärjestön Akavan toimeksi. Pöydän toiselle puolelle tuli Kunnallinen sopimusvaltuuskunta, sittemmin Kunnallinen työmarkkinalaitos.

Kunnanlääkärien ”vastuuväestöt” olivat nykykatsannossa huimat, ja liian pieni kunta merkitsi tuolloin haluttomuutta hakea virkaa. Terveysneuvonta, rokotukset, epidemia-valvonta, ym. virkälääkärien toimet palkittiin pienellä, osin luontoissuorituksena saadulla korvauksella, mutta voita leipänsä päälle kunnanlääkäri sai yrittäjänä hoitamastaan sairastavasta, ja kerroksen paksuus riippui urakan määrästä. Puoliso oli usein vastaanoton avustajana, ja yhteispeli terveysisaren, kunnankättilön ja seurakunnan diakonissan kanssa oli kiinteää. Täsmälääkkeitä ei ollut, kuten ei työaikaakaan. Yksinkertaiset laboratoriomääritykset tehtiin itse ja kotihoito oli tuttua. Lomaa pidettiin, jos sijainen saatiin houkuteluksi.

Kunnanlääkärien ansiotasosta kierteli sijaiskandien piirissä urbaaneja legendoja; väljän auton tienasi kesäkeikalla. 1960-luvulla luotiin sairausvakuutusjärjestelmänkin, jolla KELA tuki kuntalaisten avoterveydenhuoltoa. *Opting out* kukoisti sairaanhoitokulujen verovähennysoikeudessa, ja valtionapuja maksettiin terveydenhoitoon verraten avokäitelyä: kansallinen rahoitus- ja riskintasauspohja toimi silloin kunnallissakin terveyspalveluissa, vaikkei hoitoteknologia hurjan kalliita potilaita tuottanutkaan. Lääninsairaaloloita ylläpiti kruunu, kunnansairaaloiden potilaat olivat nykyistä akuutimpia. Mielisairaaloihin alkoi sairaalakuntainliittojen muodostuminen, ja tuon esimerkin voimin siirrettiin 1950-luvulla lääninsairaaloidenkin työt kuntainliittojen keskus-sairaaloiden vastuulle. Valtionapu-

järjestelmä toki hoiti merkittävän osansa käyttömenoista, ja kun budjetti ylittyi, maksettiin valtionapuaikin vastaavasti lisää.

Suunnitelman ja terveystalouden vuosikymmenet

Vaikka sairausvakuutuslaki tuli mm. parantamaan kansalaisten mahdollisuutta terveyspalvelujen käyttöön, ei se poistanut saavutettavuuden puutteita. Valinnanvapaus toimi kaupungeissa, mutta sairausvakuutuksen matkakorvaus ei riittänytkaan maaseudun tarpeisiin. Siirtymä vasemmalle 1966 eduskuntavaaleissa johti yhteiskunnallisiin lisäpanostuksiin, ja 1972 tuli kansanterveyslaki voimaan, toki yhtä lailla keskustan kuin vasemmistonkin tahdosta.

Resursseja oli. Säädelytalous inflaatio- ja devalvaatiokierteinen mahdollisti veroasteen piilokasvun. Vaurauden uusjaon myötä poliittisen vallan käyttö ja äänten kalastelu toimivat niin hyvin, että herrana olemisessakin oli vielä hohtonsa. Samaa aikaan luotiin keskitetyin tulopoliittisin ratkaisuin myös työn hintakartelli: valtiolla oli vielä tuolloin varaa kolmantena tahona taata työmarkkinajärjestöjen sopimuksia. Lääkärisopimukset tosin tuntuivat monin kohdin palvelevan mieluummin heikosti kätettyä poliittista agendaa kuin työn järkevää teettämistä.

Terveystalouden ja sairaaloiden seiniä kohosi siellä täällä, ja virat jyvitettiin lääkintöhallituksessa siinä kuin investoinnitkin. Karvahattulähetystöjä (nyk. lobbareita) kulki, virkamiehiä kesti ja kestinnästä poltettiin – korkeilla valtionosuuksilla tehtiin elinkeino- ja paikallispolitiikkaa. Perin monipuolinen terveystalouden työryhmä erottaa edelleenkin suomalaisen yleislääkärien työolot muusta mantee-reesta. DDR:n kaatuessa terveystalouden originaalikonsepti jäi siellä-

kin läntisen kassajärjestelmän alle. Harvaanasutussa maassa hanke käynnistyi syrjäkulmilta, ja päällekkäistoimintojen malli levisi sieltä miettimättä rintamaille: sairaansijoja, laboratorioita, röntgeneitä ym. hyvää oli kilpavarustelussa joka portaalla. Sairaalalaitoksen organisatiotapa on ts. vaikuttanut terveyskeskuksiin voimaperäisesti, ja niin on meillä nyt ehkä liikaakin kapasiteettia, porrastuksen nimissä ja organisaatorajojen erottamina. Tämä rakenne on tietenkin vaikuttanut toimintatapoihin, ja takuulla enemmän kuin puheet hoitoketjuista.

Oli jo todettu, etteivät sairaaloiden rakentaminen tai lääkäriin pääseminen parantaneet kansanterveystä. Uuden lain tarkoittaman organisaation ehkäiseviä ja terveyttä edistäviä tehtäviä korostettiin niin väkevästi, että kipukansa koki jääneensä hunningolle, vaikka terveyskeskusten virkamäärät kasvoivat, ja siten rahanmenokin. KELA irrottautui muutaman vuoden kuluttua terveyskeskusten vastaanotto toiminnan subventoisesta. Omavastuu pantiin alennusmyyntiin: terveyskeskuspääkärin sairastuvastuusta perittiin 3 mk, siinä missä yrittäjäehtoisien kunnanlääkärin taksahaarukka oli ollut 10–20 mk. Kysynnän kasvusta päätellen hintajoustolla oli merkitystä.

Ensin tavoitteena oli asiakasmaksuttomuus, mutta sen demoralisoiva vaikutus nähtävästi havaittiin, koskapa 6 mk:n ja viisikymppisen väli jäi muutamaan vuoteen. Maksullisuuden paluu ei heijastunut käyttömääriin, eli käyttökulttuuri oli kotitalouksien vaurastuttua hintajoustoakin väkevämpi.

Tehoa ja kannusteita sairaanhoitoon

Omalääkäriajattelua elvytti prof. Erkki Kivalo lääkintöhallituksen pääjohtajaksi tultuaan. 1980-luvun jälkipuolella valmisteltiin sitä tukevat

palkkauskannusteet: syntyneen sekamallin onnistuneena tarkoituksena oli kaihtaa kiinteän, kapitaatio- ja suoritteipalkkausten muualla todettuja haittoja. Jonot lyhenivät, ja mallin levitessä terveyskeskustyön veto voima näytti lääkäreiden keskuudessa taas lisääntyneen, mutta yhtä lailla tätä lienee selittänyt myös virkasuhteen veto voima suuren laman oloissa. Kääntöpuolena tosin näytettiin kansanterveystyön aseman heikkeneminen. Olihan keskeinen köyhän miehen oivallus kansanterveyslakia säädettäessä yleislääkärin ja kansanterveyslääkärin työnkuvien yhdistäminen, joskin työnkuvasta saattoi siten tulla liiankin haastava yhden ihmisen hallittavaksi.

Makrotasolla ihmeteltiin samaan aikaan, olisiko kiinteä valtion rahoitusosuus taloudellisin tapaa tuottaa terveydenhoitoa. Vakaa rahoitus alkoi murentua 1980-luvulla, ensin suunnittelu- ja valtionosuuslain ja sitten vapaakuntakokeilujen myötä. Laman syvimmissä vaiheissa irrotettiin korvamerkityn ja kustannuspohjaisen valtionosuuden takaa- nostamisesta suuresta ”tilaajapohjasta” laskennalliseen, kunnille maksettuaan valtionosuuteen, ja siten keskusohjauksesta paikallispoliittisen huuto- kaupan ja äärimmilleen hajautetun rahoituksen oloihin.

Valtiontalouden kriisi heijastui nopeasti sairaanhoidon kuntayhtymiin ja niiden suhteeseen jäsenkuntiinsa. Alettiin vajaan ymmärryksellä todistella, että itse hoidettuna tulisi halvemmaksi: terveyskeskuskuntayhtymiä purkaantui ja sairaalakuntayhtymien jäsenten suhde omaan sairaalaansa tulehtui monin paikoin. Markkinamekanismien uskottiin korvaavan asiantuntijaohjauksen, mutta ne korvasivatkin järjestyksen käyttöä. Laman supistamat lääkärikoulujen sisäännot tosin välillisesti murensivat kunnallista lääkäreiden palkkausmonopolia ja helpottivat jossain määrin ammattikunnan edunvalvontaa, kun lääkärityön

vuokraus lisääntyi relatiivisen tekijäpulan myötä.

Verovähennystenkin opting outin loputtua valtionosuusremontissa pöydälle nostettiin myös toisen valtiollisen rahoituskanavan, KELAn, säästövaatimukset. KELAn ja kuntien rahoituksen yhteispelin mahdollisuuksia karsittiin; kotihoidon lääkekustannuksia ei sentään (vielä?) Ruotsin tapaan siirretty palveluntuottajan maksuvastuulle. Normien ja potilasoikeuksien antamista tämä valtiollisen tilauksen supistaminen ei hillinnyt, vaikka informaatio-ohjauksen eufemismi tulikin tuetuksi. Normeja alettiin unioniratkaisujemme myötä antaa myös Brysselistä, jonka lainsäädäntöohjeet perustuvat eri ehdoin tuotettuihin terveyspalveluihin, osin jopa erilaiseen ammatilliseen autonomiaan kuin meillä.

1990-luvun alun laman supistamat terveydenhuollon resurssit toipuivat hitaasti, vasta vuosikymmenessä saavutettiin lamaa edeltänyt taso. Suomalaisten usko terveyspalvelujärjestelmäänsä on silti säilynyt eurooppalaisittain hyvänä, yleisönosastoista ja kriittisistä ohjelmista huolimatta, ja sen vaikuttavuuden puolesta puhuu maamme harmaantuminen. Kansanterveystyölläkin on ollut vaikutuksensa väestön eliniän kasvuun, joskin sitä kautta myös vanhustenhuollon nyt kasvaviin paineisiin.

Kohti integraatiota?

Sähköisten potilastietojärjestelmien leviäminen terveyskeskuksista myös sairaaloihin, ja yhteiset tai integroidut hoitotiedostot digitaalisten kuvien siirtomahdollisuuksineen mahdollistavat terveyskeskusten ja sairaaloiden tehostuvan yhteispelin – potilaathan ovat jo yhteiset.

Kriisiviestit terveydenhuollosta sekä suurten sairaanhoitopiirien ulkoiset arvioinnit edelsivät kansalliseksi terveyshankkeeksi nimetyn oh-

kelman käynnistymistä. Etulinja sai neuvoja järjestää uusiksi ammattiryhmiensä työnjakoa ja tuottaa ainakin tiettyjä palveluita yhteistyössä useamman terveyskeskuksen kesken. Hoitotakuun osuus varasti hankkeen julkisuusarvon – siinähan terveyskeskus siirrettiin puhelinkioskiksi, mutta ammattihenkilöiden kiirettömäksi arvioiman hoidon tarpeen kiirehtiminen ylitti poliittisen miellyttävyytensä vuoksi asian terveyspoliittisen painoarvon.

Eurooppalaista yrittäjyysmallia on ehdoteltu ratkaisuksi omalääkärijärjestelmän trajektorin laskutaitteeseen. Virkamiehen kouluminen yrittäjäksi lie vielä työläämpää kuin oli yrittäjän virkamieheksi miespolvi sitten. Nyt valmistuvien lääkäreiden sukupuolijakauma ja tulo työmarkkinoille perheen perustamiselle ja lasten kasvattamiselle suotuisimmassa iässä saanevat kuitenkin palkkatyön perhepoliittiset edut näyttämään houkuttelevammilta kuin yrittäjille nykyisin tarjoutuvat.

Kun sosiaali- ja terveysministeriön tontilla valmisteltu kansallinen terveyshanke ei ole kaikilta osiltaan edennyt, on kauppa- ja teollisuusministeriön yrittäjyys- ja kilpailumanttan lisäksi aktivoitunut myös sisäministeriössä. Käynnistetty kunta- ja palvelurakennemuutos tullee nopealla aikataululla – ts. siinä terapeuttisessa ikkunassa, joka ennen seuraavia eduskunta- ja kuntavaaleja aukeaa – ehdottamaan toimintojen massiivista keskittämistä, sektori- ja porrastusrajojen ylittämistä, ja ehkäpä valtion ja kunnan vastuiden uudelleenarviointeja ja valtionohjauksen voimistamista.

Harvaan asutun maan ikääntyvää väestöä jaetaan väkevästi uusiksi; ”pizzakolmion” asiat erovat tyhjenevien seutujen kysymyksistä. Sitten lienee selvää, ettei terveyskeskuksen kaltaista kansallista homogeenitua ratkaisua enää löydy.

Suomen Lääkäriliitto on jo kriisin hämmöittäessä taivaanrannalla

pohdiskellut terveyspalvelujen alueellisia järjestämis- ja rahoitusmalleja ennakoitavine rahoitusperineineen ja koordinoituine kokonaisrahoituksineen. On näitä ”Alteramallin” ajatuksia lähdeä mainitsematta putkaidellut päättäjienkin puheisiin. Terveyskeskusten tilaajavoima sairaanhoitopiireihin päin ei osoitautunut toimivaksi; ehkäpä samalla viivalla oleville perus- ja erikoistason tuottajille löytyy riskin kestävä tilaaja, joka voi pohtia myös voimavarojen uutta kohdistamista itse hoitojen ja sairaudesta aiheutuvan sosiaaliturvan tarpeen välillä?

Jos kunta, vastoin odotuksiani, edelleen pysyisi terveydenhuollon järjestäjänä, merkitsisi se moninkertaisten tilaaja- ja kilpailutusorganisaatioiden virittämistä ja markkinaoikeuden tukkimista. Säilyykö EU-oloissa kauankin kuntien tai niiden yhteenliittymän ”in-house”-suhde omistamiinsa terveyskeskuksiin ja sairaaloihin, ja miten mahdollinen valtiollistettu tilausorganisaatio, ”sosiaali- ja terveydenhuoltopiiri”, väestönsä palvelut ostaisi, ja kenen keräämillä rahoilla? Mikä on vakuutuslaitosten rooli – ”laastariverosäädösten” myötähan niitä jo kytkettiin kunnallisen sairaanhoidon rahoittamiseen? Tulevan talven keskustelut ovat joka tapauksessa mielenkiintoisia ja vaikuttavat väistämättä myös lääkäreiden työympäristöihin.

Nykykuotoisten terveyskeskusten lienee väistyminen; Kainuun maakuntahallinnon malli, jossa yleislääkärit ovat yksi maakunnan sairaanhoitopiirin tulosityksikkö, sie-tää tarkempaakin seurantaa. Alue-sairaaloiden ja pienten keskussairaaloiden fuusiointi seutunsa terveyskeskuksiin Ruotsin ”närsjukvårdia” muistuttavaksi toimintatavaksi voi myös nousta tarkasteluun: terveydenhuoltopiirejä on jo perusteltukin. Erikoissairaanhoito keskittynee isompiin yksiköihin, ehkä Norjan jo toteuttamalla ja Tanskan suunnittele-malla tavalla nykyisiin miljoona-

piireihin? Tosin sen keskittämistä taisi jo *Kari Puro* kansliapäällikköaikoinaan yrittää...

Puuseppää aina tarvitaan

Miten maamme terveydenhoito siten organisoidaankaan, on lähipalveluissa ja ihmisillä aina yleislääkärin tarvetta. Sitä ei poisteta puhelintuottajien kehittämällä, ei aluetietojärjestelmän tuomilla etäkonsultaatiomahdollisuuksilla eikä ammattiryhmien yhteispelin uusituillakaan säännöillä.

Saattaa olla, että yleislääkäri palaa hieman etulinjaa taemmas, nykyistä enemmän konsultiksi verktoon ja etulinjan hoitoammattilaisille, harventaen omia potilaskontaktejaan mieluummin tarpeen kuin kysynnän suuntaisiksi. Agitaattorin työtä riittää, kun uusia kansantauteja pursuilee kuin ”joutilaisuuden ja ylellisyyden luomaa neurastenian” *Relanderin* praktiikassa. Kansanterveyttä luodaan nykyisin moniammatillisissa ja – toimijaisissa verkostoissa, jotka eivät enää rajoitu terveyskeskuksiin. Yleislääkärin pakottaa jalkautumaan myös ikääntyneiden kotihoidon kasvu, eivät ainoastaan muuttuvat kansanterveyden toimijat. Kirkkoihin ei kuitenkaan kannattane näin maallistuneena aikana enää mennä Hyvä Terveys-lehteä ääneen lukemaan.

Talvella tarkastellaan kuntien koko tehtäväkenttää, joten paikallisen politikoinnin argumentteja on kiintoisaa kuulla. Sekä tietenkin sitä, pääsevätkö remonttimiehet säilyttäjien niskan päälle. Ammattikunnalla on tietysti osansa tässä debatissa niin valtakunnallisesti kuin paikallisestikin.

Risto Ihalainen

varatoiminnanjohtaja

Suomen Lääkäriliitto

risto.ihalainen@fimnet.fi

Mitä tehdä, kun kipulääke ei riitä työikäisen lonkka- artroosissa?

• JORMA PAJAMÄKI •

Artroosin kuratiivinen hoito

Nivelrikko on suurimmaksi osaksi etiologialtaan tuntematon sairaus, joka aiheuttaa kipua, liikerajoitusta sekä toimintakyvyn rajoitusta. Alkuvaiheessa artroosin tyypillinen oire on kuormituskipu, joka ajan ja liikerajoitusten myötä alkaa vaivata myös levossa. Kipulääkitys kuuluu luonnollisesti varhaisvaiheen artroosin oireenmukaiseen hoitoon, kuten painonhallinta ja liikunnan sovittaminen ”niveltä säästäväksi”. Fysioterapian keinoin pyritään estämään liikelaajuuksien rajoittuminen ja poistamaan kipua. Niinsanottua rustonsuojälääkityksen tehoa voi kokeilla alkuvaiheessa konservatiivisena hoitona. Kuvaavaa artroosille onkin sen manifestoituminen siinä vaiheessa, kun konservatiiviset hoidot ovat jo usein tehottomia. Perinteinen leikkaus ennen tekonivelaikakautta oli osteotomia, jolla lonkkanivelen kuormituspinta-alaa ja kuormitusakselia korjattiin. Oikein tehtynä sillä on edelleenkin merkitystä varhaisen ja nuoren potilaan artroosin hoidossa.

Tekonivelkirurgia on kuitenkin ainoa artroosin kuratiivinen hoito! Se toimii erinomaisesti yli 90% potilaista vähintäänkin 10 vuoden ajan,

ja mikä tärkeintä, se yhä useammin palauttaa työkykyisyyden. On kuitenkin muistettava, että useissa tutkimuksissa on nuorella potilaalla perinteisen tekonivelen toimivuuden todettu olevan heikompi kuin iäkkäämmällä väestöllä (3,5)

Tekonivelkirurgian lyhyt historia

Tekonivelkirurgia alkoi Englannissa 1938, jolloin *Tri P. Wiles* asetti ensimmäisen lonkan tekonivelen. Siinä jo käytettiin viime vuosina ”uuden tulemisen” saanutta metalli-metalli liukuparia. Senaikaisilla menetelmillä ei kuitenkaan pystytty tuottamaan hyvin toimivaa ja kestäväää tekoniveltä ennen kuin *Sir John Charnley* 1962 kehitti luusementti-kiinnitteisen ns. ”low-friction” tekonivelen. Siinä reisiluun pää korvattiin intramedullaarisesti fiksoidulla varrella, jossa 22.2 mm metallinuppi niveltyy asetabulumiin sementoitua polyeteenikuppia vasten. Tästä voidaan sanoa nykyaikaisen tekonivelkirurgian alkaneen (4). 1980-luvun lopulta kehitystä luonnehti pyrkimys sementittömään kiinnitykseen (2). Sementtikiinnityksen epäiltiin olevan syynä ns. ”sementtitautiin”, jossa luusementtidebris

indusoi osteolyttistä luun liukenevista tekonivelen rajapinnasta (6). Lisäisy ”sementittömään suuntaukseen” oli, että varsinkin alle 50-vuotiaiden potilaiden osalta sementtikiinnitys ei aktiivisesta käytöstä johtuen näyttänyt kestävänsä (8). Valitettavasti tämäkään kehitys ei poistanut tekonivelkirurgian ongelmia, ja tutkimus osoittikin, että mikä tahansa sopivan kokoinen partikkeli-jäte indusoi elimistössä makrofagi-/jättisoluvälitteisen reaktion, jossa vapautuvat välittäjäaineet aikaansaavat osteolyysiä makrofagien pyrkiessä eliminoimaan elimistölle vierasta materiaalia. Pahimmaksi osteolyysin aiheuttajaksi todettiin sementittömän polyeteenikupin kulumajäte yhdessä modulaarisen kupin välittämän ja potilaan liikkuessa syntyvän nesteimpulssin kanssa.

1980-luku toi tekonivelkirurgiaan uudelleen kovat liukuparit, kuten metalli-metalli ja keraami-keraami. Teknologian kehitys mahdollisti tarkkuustyönä työstetyt liukuparit, jolla nupin ja kupin välinen välys voidaan varsin luotettavasti optimoida kudostenestevoitelun mahdollistamiseksi. Tämä käytännössä eliminoi konventionaalisen kuluman. Kuumin keskustelun aihe onkin ortopediassa tänä päivänä varsin insinöörimäinen, kun keskustellaan liukuparien voitelusta ja muusta tribologian aihepiiristä. Nykyleikkaustek-

niikan mukainen konventionelli sementtikiinnitteinen tekonivel on kuitenkin ”40 vuotiaana” edelleen paras ja toimivin ratkaisu, kun pyritään iäkkään ihmisen elämänkestävään leikkaustulokseen.

Milloin lähetän työikäisen potilaan specialistin arvioon

Kun päivittäisistä töistä, toimista ja harrastuksista selviytyminen artroosin takia kohtuuttomasti hankaloituu ja vaatii yhä enemmän kipulääkitystä, on syytä konsultoida tekoniivelortopedia. Lonkka-artroosipotilas hakeutuu vastaanotolle vähitellen pahentuneen lonkan ja nivusen kivun takia, joka aluksi on tyypillisesti rasisidonnaista. Myöhemmässä vaiheessa ilmaantuu usein myös leposärkyä. Tyypillistä on aikaisempien liikuntaharrastusten estyminen kivun takia. Ensimmäisenä liikerajoituksena on lonkan sisäänkierron estyminen. Kipu voi myös säteillä erehdyttävästi polven seutuun ja lonkan ojennusvajauksen myötä kävelyyn tulee ”arvokkaan oloinen” etukumara asento. Lonkan jäykkyys haittaa kynsien leikkaamista ja vaikeuttaa pukeutumista.

Natiivi rrtg on lonkan perustutkimus ja yleensä vahvistaa diagnoosin. Leikkauspäätöstä ei kuitenkaan tehdä pelkästään radiologisen kuvan perusteella, sillä joskus pitkällemennytkin artroosi voi olla oireeton ja toisaalta natiivi rrtg:stä voi olla vaikea arvioida artroosin todellista astetta. Muut lonkkakivun syyt kuten kaputnekroosi, rasisidonnaisuus, articularis, asetabulumin labrumvaurio ja malignooma on pois suljettava. Aina ei myöskään ole helppo erottaa selkäperäistä lonkan kipua. Lisäselvityksenä voidaan tarvita MRI-tutkimus. Lieväasteisesti

vajakehittyneen lonkan aiheuttama kipu vaatii specialistin arvion varhaisessa vaiheessa jopa ilman radiologista kulumalöydöstä, koska vaihtoehtona tekoniivelleikkaukselle tulee arvioitavaksi lonkan katteisuuden parantaminen asentoa korjaavan lantion ja/tai femurin osteotomian avulla.

Lonkkanivel kuntoon ja töihin

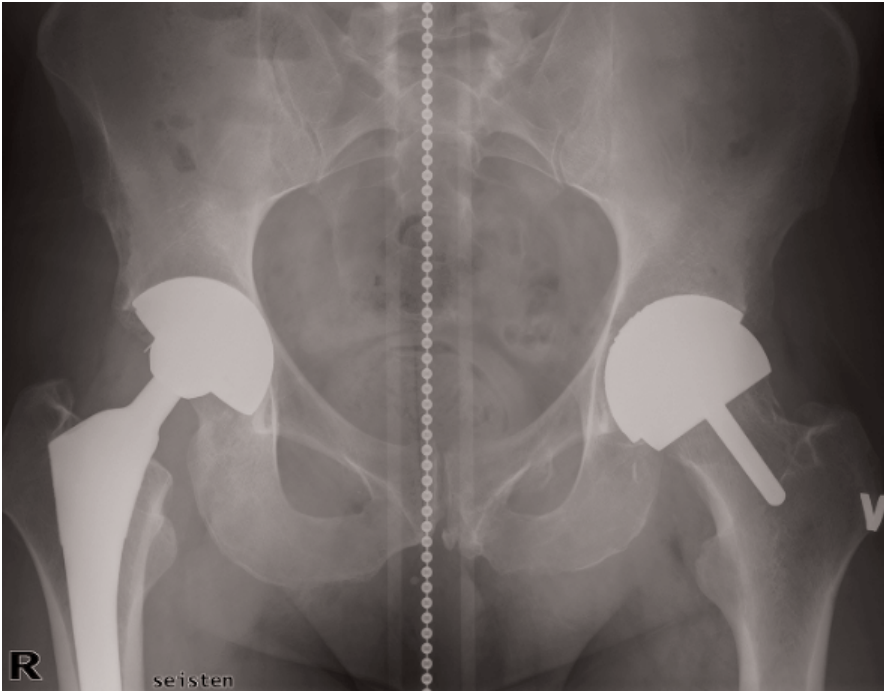
Vielä muutama vuosi sitten oli varsin tavanomaista seuraava toimintapa: jos noin 50-vuotiaalla potilaalla todettiin merkittävä lonkan kuluma, ja jos oli todennäköistä, ettei tekoniivelenkään kanssa olisi suositeltavaa palata aikaisemman kaltaisiin töihin, päädyttiin eläkeratkaisuun. Leikkausratkaisuun päädyttiin vasta, jos ilman työrasitustakin tilanne kävi mahdottomaksi. Tämä johtui siitä, että perinteisen metalli-muovi-liukuparin omaavan tekoniivelen pitkäaikaispysyvyys näytti heikentyvän kovan rasituksen seurauksena! Käsitys tästä on kuitenkin viimeaikoina muuttunut makronuppien ja kovien liukuparien tultua markkinoille.

Ns. pinnoitetekonivel onkin tuonut tekoniivelkirurgiaan uuden potilasryhmän, johon kuuluvat aktiiviset ja raskasta työtä tai urheilua harrastavat henkilöt, jotka leikkauksen jälkeenkin toivovat kykenevänsä aikaisempiin aktiviteetteihin. Lonkan pinnoitusartroplastian ”uusi renesanssi” perustuu paljolti juuri metalli-muovi-liukuparin uuteen tulemiseen. Tähän leikkausmenetelmään aikaisemmin liittynyt huono kiinnipysyvyys on todennäköisesti eliminoitu, kun polyeteenikuppi on korvattu nupin kaltaisella kobolttikromi metallilla. Säästäväksi leikkausmuodoksi tämän tekee se, että

reisiluun päätä ei perinteiseen tapaan poisteta vaan se ”kuoritaan” sopivasti muotoillen metallinupin sisään sopivaksi. Asetettava nuppi on siten jokseenkin aikaisemman reisiluunpään kokoinen ”makronuppi”. Koska kuitenkin nupin kiinnityspinta-ala allejäävään luuhun on vähäinen, korostuu hyvän luunlaadun merkitys kestävästä sementtikiinnityksen perustana. Raskas tai hankalissa olosuhteissa tapahtuva työ ei enää ole työkyvyttömyyden peruste leikkauksen jälkeen, koska tekoniivelen sijoiltaanmenoriski on olematon. On oletettavaa, että pinnoitus-tekoniivelen kuppiosan kiinnityksen kanssa ei tulevaisuudessakaan ilmaannu ongelmia, koska se vastaa hyväksi todettuja perinteisiä sementtittömiä kiinnitysmenetelmiä.

Toimenpide on saanut ennennäkemättömän suosion yleismaailmallisesti, ja käyttöluvut ovat jyrkässä nousussa, vaikka käytössä olevien pinnoitustekoniivelmallien seuranta-tutkimustulokset ovat vielä hyvin alle 10 vuotta (1). Tämä on muistettava, kun potilaan kanssa tästä leikkauksivaihtoehdosta keskustellaan. Kookkaita poistettavaa reisiluunpäätä vastaavia nuppikokoja on myös saatavilla perinteisiin tekoniiveliin asetettavaksi, jos reisiluun päätä ei sovellu pinnoitettavaksi.

Metalliliukuparien käyttöön liittyvistä haitoista mainittakoon metalli-muovi-liukuparista syntyneen koboltti-kromi-jätteen mahdollinen mutageenisuus. Karsinogeenisyydestä ei ole kuitenkaan saatu viitteitä mm. Visurin ja kumpp. 1996 (9) julkaisemassa laajassa selvityksessä käytössä olleiden perinteisten metalli-muovi-liukuparin omaavien tekoniivelten osalta. Fertiili-ikäisen naisen kohdalla on asiasta keskusteltava, ja kovien liukuparien vaihtoehtona voi harkita esimerkiksi ke-



Liikunnallisesti aktiivinen potilas, jolla on vasemmassa lonkassa pinnoiteartroplastia komponentit. Oikeaan lonkkaan on 5 vuotta aikaisemmin asetettu sementin ”perinteinen” tekonivel 28 mm nupilla. Subjektiiivinen tulos molemmista lonkista on yhtä hyvä!

raamisia suuren nuppikoon omaavia perinteisen tekonivelen liukupareja.

Keraaminen alumiinioksidi on timantin jälkeen seuraavaksi kovin materiaali ja omaa erinomaiset kitka/voiteluominaisuudet. Alumiinioksidi on ollut käytössä 80-luvun alusta lähtien, ja kehitystä on tapahtunut sekä materiaalitekniikan kestävyden että muotoilun osalta. Ideaalisissa olosuhteissa keraamisista liukupareista syntyy mitättömän vähän kulumisjätettä (7). Keraamiseen materiaaliin liittyy rikkoutumisriski, joka on noin 1/25000 leikkausta. Keraamin lujuusominaisuudet estävät sen käytön pinnoitusproteesin tavoin. Tavanomaiseen tekoniveleen kiinnitettäviä poistettavan reisiluunpään kokoisia ”makronuppeja” ei voi käyttää, koska vastaavan sisäosan omaavan kupin koko kasvaisi liikaa lonkkamaljakon koon suhteen. Nupin koko saattaa siten asettaa rajoituksia leikkauksen jälkeisiin harrastus- ja muihin aktiiviteettisuosituksiin.

Yhteenveto

Tekonivelkirurgia on lyhyen historiansa aikana ollut kiistatta yksi kirurgian merkittävimmistä innovaatioista palautettaessa kivutonta ja normaalia liikettä sairaaseen niveleeseen. 40-vuotisen historian aikana on tapahtunut kehitystä sekä tekonivelmateriaaleissa että leikkaustekniikoissa, jotka sallivat entistä laajemman indikaatioalueen toimenpiteelle. Enää ei lonkan pitkälle edennyt artroosi välttämättä merkitse työvyttömyyttä raskaistakaan työtehtävistä, ja yhä useampi vanhus pystyy elämään kotioloissa entistä pidempään. Valitettavasti kuntien resurssit eivät ole pysyneet tämän kehityksen mukana toimenpiteen aintulaatuisesta kustannus-hyöty -vaikutuksesta huolimatta. Näiden potilaiden kannalta hoitotakuun voimaantulo toteutuessaan antaakin ”valoa ikkunaan” ja todennäköisesti avaa päättäjien silmät toteamaan oi-

keaan aikaan tehdyn toimenpiteen mukanaan tuomat todelliset säästöt!

Tekonivelen valinta on tehtävä yksilöllisesti potilaan anatomian ja odotettavissa olevan aktiviteetin mukaisesti. Orastavassa kuntien kilpailuttamishuumassa on hyvä muistaa, että tekonivelkirurgiaa ei voida toteuttaa kuten viisivuotistalous-suunnitelmia toteutettiin, määräkriteerien pohjalta. Koska tekonivelkirurgian tuloksellisuus riippuu kirurgikohtaisista suoritusmääristä, tekonivelkirurgia kannattaa keskittää suuren volyymin yksiköihin, joissa kokemuksen lisäksi on käytettävissä jokaiselle sopivin tekonivelratkaisu. Näin toimien sekä potilas että yhteiskunta hyötyvät leikkaukseen tehdystä panostuksesta parhaiten.

Viitteet:

1. Amstutz ja kumppanit: J Bone Joint Surg 86A, 1874, 2004
2. Boby ja kumppanit: Clin Orthop 150: 126, 1980
3. Callaghan ja kumppanit: Clin Orthop 344: 257, 1997
4. Charnley J ja kumppanit: Clin Orthop 112:170, 1975
5. Duffy ja kumppanit: J Arthroplasty 16:140, 2001
6. Jones and Hungerford: Clin Orthop 225:192, 1987
7. Hamadouche ja kumppanit: J Bone Joint Surg 84A:69, 2002
8. Joshi ja kumppanit: J Bone Joint Surg 75B:616, 1993
9. Visuri ja kumppanit: Clin Orthop 329S: 280, 1996

Jorma Pajamäki

LT, Ortopedian ja traumatologian dosentti,

Tekonivelsairaala Coxa

jorma.pajamaki@coxa.fi

Tarkkaavaisuus- ja keskittymishäiriö eli ADHD

Kirjainyhdistelmä ADHD (tai AD/HD) tulee englannin kielen sanoista ”attention deficit hyperactivity disorder”, tarkkaamattomuus, hyperaktiivisuus ja impulsiivisuus.

• TAINA NIEMINEN-VON WENDT •

Kirjainyhdistelmässä käytetään joskus vinoviivaa korostamaan sitä, että henkilöllä voi olla tarkkaavaisuushäiriö sisältäen kaikki em. piirteet (50–75%) tai vain hyperaktiivisuutta ja impulsiivisuutta (15%). Myös käsitettä *attention deficit disorder* (ADD) käytetään. Henkilöllä esiintyy pelkkää tarkkaamattomuutta (20–30%), mutta hyperaktiivinen komponentti puuttuu. Lapset, jotka unohtuvat täysin omiin ajatuksiinsa kesken koulutunnin edustavat tätä ryhmää.

Tarkkaavaisuudessa ja aktiivisuudessa esiintyy normaalistikin huomattavaa vaihtelua. Kliinisesti ja toiminnallisesti merkitsevistä häiriöistä on kysymys silloin, kun oireet ovat selvästi voimakkaampia kuin muilla samanikäisillä, ovat kestäneet yli 6 kuukautta, esiintyvät vähintään kahdessa eri ympäristössä (esim. koulussa ja kotona) ja haittaavat henkilön toimintakykyä. Oireiden pitää olla alkaneet ennen 7 vuoden ikää, eivätkä selity millään muulla häiriöllä.

ADHD:n diagnoosina käytetään Suomessa ICD-10 tautiluokituksen koodeja F90–F90.8, hyperkineettiset käytöshäiriöt (kts. taulukko 1). Tautiluokitus on puutteellinen, sillä se ei tunne ADHD:a mutta on sovitettu, että koodia F90 käytetään kuvaamaan tätä tilaa. Sekavuutta lisää se että, kliiniset oireet ja piirteet kuvataan DSM-IV:n ohjeiden mukaisesti.

ADHD:n esiintyvyys lapsiväes-

tössä on noin 3–7 %. Aikuisilla esiintyvyys on jonkin verran tätä alhaisempi (1).

ADHD ja useat muut oireyhtymiä kuvaavat kirjainyhdistelmät, kuten AS (Aspergerin oireyhtymä), TS (Touretten oireyhtymä) ja OCD (pakkotoimintainen pakkoajatuksinen häiriö) ovat viime vuosina yleistyneet. Nämä tilat määritellään usein neuropsykiatrisiksi oireyhtymiksi. Viittaus neuropsykiaatrisiin kuulostaa loogiselta, attraktiiviselta ja nykyaikaiselta, ja täsmälliseltä, mutta voidaan kysyä, onko kyse todella uusista asioista vai ”keisarin uusista vaatteista”.

Käsitettä neuropsykiaatria ei ole koskaan määritelty tarkasti. Voidaan aiheellisesti myös kysyä, miten nämä kirjainyhdistelmät tai viittaus neuropsykiaatrisiin auttaa potilaita tai vie tutkimusta eteenpäin? Se, että ihmisestä erotettaisiin neurologinen ja psyykinen puoli ei kuulosta järkevältä. On vahvaa näyttöä siitä, että psyykkiset ongelmat ovat yleisiä henkilöillä, joilla on jokin neurologinen oireyhtymä. Toisaalta voidaan kysyä: pystytäänkö/pitääkö neuropsykiatriset oireyhtymät erotella omaksi tautiryhmäksi? On osoitettu, että sellaiset kliiniset piirteet kuten sosiaaliset vaikeudet, univaikeudet, rutiinit ja rituaalit, sekä masennus ja ahdistuneisuus esiintyvät kaikissa yllämainituissa oireyhtymissä. (2). Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että nämä tilat ovat osittain

päällekkäisiä. Tämä tarkoittaa sitä, ettei yksilön kohdalla useinkaan voi sanoa, että hänen ongelmansa liittyvät yksiselitteisesti ja ainoastaan ADHD:aan tai että ne ovat sen aiheuttamia (3).

ADHD piirteet lapsilla ja nuorilla

ADHD:n tyypilliset piirteet lapsilla ja nuorilla ovat tarkkaamattomuus, hyperaktiivisuus ja impulsiivisuus.

Tarkkaamattomuuttaan ja malttamattomuuttaan lapsi tai nuori tekee huolimattomuusvirheitä vaikka tehtävän hallitseekin. Leikkeihin tai harrastukseen keskittyminen voi olla vaikeaa. Lapsi tai nuori ei jaksaa kuunnella ohjeita loppuun eikä seurata niitä, ei onnistu järjestämään päiväohjelmaansa. Tyypillisenä esimerkkinä on epämieluisien tehtävien välttely. Lapsi tai nuori ei pysty aloittamaan kotitehtäviään. Kouluikäisten lasten vanhemmat kokevat tämän aika usein suurimpana ongelmana. Vanhempien pitää valvoa viereissä läksyjen tekoa ja vanhempien tokaisu ”käymme koulun uudestaan” on lähes patognomoninen. Tavarat ovat usein väärässä paikassa, läksykirjat ovat koulussa, kun niiden pitäisi olla kotona ja päinvastoin. Hyvin tavallista on myös ulkopuolisista ärsykkeistä häiriintyminen. Kun puhelin soi kesken tärkeää tehtävää, keskittyminen herpaantuu täysin. Tarkkaavaisuushäiriö näkyy myös siten, että lapsi tai nuori unohtaa sovitut asiat, tehtävät, jotka on

luvannut hoitaa, ne jäävät tekemättä ja sovitut ajat ja tapaamiset lyödään laimin.

Hyperaktiivisuus näkyy motori-
sena levottomuutena. Lapsi tai nuori kiemurtelee tuolissa, jalka heiluu tai käsi puristelee jotakin. Henkilö kävelee luokassa, kun pitäisi istua paikallaan, karkaa ja juoksentee. Vanhemmat kertovat usein, että leikkiessään lapsi äänтелеe jatkuvasti. Ääntely voi olla kiljahtelua, supinaa, yleistä pölinää jne. ”Duracell pupu” on toinen vanhempien käyttämä kuvaus lapsestaan. ”Aina menossa, usein laastari jossain ja on paljon ommeltukin ja onnettomuusaltis”, vanhemmat kuvaavat. Pienten lasten vanhemmat kuvaavat usein: ”meillä pitää olla silmät selässä ja pitää miettiä jo etukäteen, mitä seuraavaksi voisi tapahtua. Siihen asti, kun lapsi täytti neljä, en lapsen valveilla ollessa voinut poistua hänestä puolta metriä kauemmas”.

Impulsiivisuus näkyy etenkin lapsuudessa. Lapsi ”tekee ensin ja miettii sitten”. Virallisten diagnostisten kriteereiden mukaan (DSM-IV) ADHD-henkilö myös puhuu päälle, ei jaksa kuunnella kysymystä loppuun, ei jaksa jonottaa, puhuu omista asioistaan liikaa. Vanhemmat näkevät tämän esim. lapsen rynnäilyinä parkkipaikoilla tai julkisen liikenteen väylällä.

Muita huomioitavia piirteitä

Lapsi tai nuori, jolla on ADHD, saattaa olla niin impulsiivinen, ettei pysty ehkäisemään rajuja tunteitaan, vaan ne kuohahtavat herkästi, lapsi saa ”raivarin” ja saattaa olla aggressiivinen toisia lapsia ja aikuisiakin kohtaan. Siksi ADHD-lapsia pidetään usein kiusaajina, häirikköinä tai huonosti kasvatettuina. Kyseessä lienee kuitenkin impulssikontrollin pettäminen. Vanhempien, opettajien ja muiden aikuisten tulisikin hallita tällaisten tilanteiden ennalta eh-

käisy. Raivareihin löytyy aina jokin syy tai laukaiseva tekijä, vaikka joskus joutuu hakemalla hakemamista suuttumisen johtui.

Ylivilkas, impulsiivinen lapsi tai nuori saattaa rajoittaa perheensä sosiaalista kanssakäymistä. Vanhemmat eivät uskalla lähteä lapsen tai nuoren kanssa kylään tämän ylivilkkauden ja raivareiden takia. He kertovat usein olevansa täysin uupunuita illalla, kun lapsi vihdoin on



saatu nukkumaan. Lapsi vie kaiken energian. Tämä on erityisen tavallista silloin, kun lapsi tai nuori on hyperaktiivinen ja vaatii loputtomasti huomiota ja toimintaa. Arki on pitkälle ”ei-maailmaa” sisältäen paljon negatiivista palautetta lapselle tai nuorelle ja aika ajoin myös huutamista/räyhäämistä. Vanhemmat sanovat herkästi lapselle tai nuorelle ”miksi et taas tehnyt, ja taasko se meni näin, etkö ikinä opi tai ymmärrä”. Vanhempien voimattomuutta ja tunnetta kasvattajana pahentaa, että ympäristö epäilee, etteivät he aseta rajoja tai etteivät osaa kasvattaa lastaan tai nuorta.

ADHD-tytöt

Tytöillä ADHD on usein alidiagnostisoitu. Tyttöjen ylivilkkaus ja im-

pulsiivisuus eivät välttämättä ole yhtä silmiinpistäviä kuin poikien, mutta toki vilkkaitakin tyttöjä on. Ylivilkas tyttö ei riehui, vaan saattaa pureskella kynsiään, kikatella ja olla uhmakas. ADHD-pojat herättävät riehumisellaan huomiota, mutta ADHD-tyttöjen vilkkaus saattaa olla ylisosiaalisuutta ja luokan pelleksi heittäytymistä. Toisaalta ADHD-tytöt ovat poikia useammin päivähaaveilijoita, jotka jäävät helpommin opettajilta huomaamatta kuin ne lapset, joilla ADHD ilmenee ylivilkkauteen.

ADHD-piirteet aikuisilla

Impulsiivisuus ja tarkkaamattomuus säilyvät myös aikuisiässä, vaikka hyperaktiivisuus vähenee yleensä nuoruusikään mennessä (4). Aikuisen voi edelleen olla vaikea pitää kiinni sovitusta aikatauluista, hän saattaa innostua monesta asiasta yhtä aikaa ja aloittaa monta uutta harrastusta kunnes kiinnostus lopahtaa. Työpaikat saattavat vaihtua tiuhaan. Rahankäyttö voi olla holtitonta, samoin nautintoaineiden käyttö. Ylivilkkaus ei lopu, vaan edelleen henkilö saattaa puhua paljon ja vuolaasti ottamatta toisia ihmisiä huomioon. Käytännön vaikeuksia aiheuttaa usein herkkä häiriintyminen ulkopuolisista ärsykkeistä. Aikuisen ADHD-henkilö on usein keskittymiskyvytön, lyhytjäntteinen ja huolimaton, alisuoriutuja älykkyydestään huolimatta sekä muistamaton.

Aikuisen, jolla on ADHD, saattaa vireystilaltaan olla joko yliaktiivinen tai alavireinen, tai mieliala vaihtelee. Tila saatetaan tulkita masennukseksi tai maanis-depressiivisyydeksi. Vankilassa olevista jopa puolella on ADHD-diagnoosi (5). Kuitenkin niiden osuus ADHD-henkilöistä, jotka päätyvät rikoksenteiki-
jöiksi, on hyvin pieni. Epäsuotuisat kasvuolosuhteet merkitsevät silloin-

kin enemmän kuin ADHD.

Kliinisen kokemuksen perusteella lähes jokaisella henkilöllä, jolla on ADHD, esiintyy aistipoikkeavuuksia, tavallisimmin kuuloaisti. Häly vaikeuttaa keskittymistä isoissa ryhmissä. Myös kosketus saatetaan aistia huomattavan voimakkaasti jopa niin, että hipaisu voi tuntua kipuna.

ADHD:n toteaminen lapsilla – missä ja minkä ikäisenä

ADHD:n tutkiminen, diagnostiikka ja hoito ei kuulu minkään tietyn erikoisalalan spesialistille. Olennaista on, että lääkäri on asiaan riittävästi perehtynyt. Diagnoosi asetetaan harvoin ennen 5 vuoden ikää. Kasvaessaan vilkas 4-vuotias ikiliikkuja saattaa kehittyä rauhalliseksi 5-vuotiaaksi. Epäily ADHD:sta voi syntyä jo 3-vuotiaan kohdalla, mutta silloinkin tilannetta on hyvä jäädä seuraamaan.

Diagnoosia ei yleensä aseteta ensimmäisessä vastaanottotilanteessa, vaan tarvitaan moniammatillinen ryhmä. Päiväkodissa tai koulussa selvästi ylivilkas lapsi saattaa pystyä keskittymään hyvin lääkärin vastaanotolla.

Mitä diagnoosiin tarvitaan tai vaaditaan?

Diagnoosiin tarvitaan tietoa siitä, miten lapsi tai nuori käyttäytyy ja toimii kotona ja päiväkodissa tai koulussa. Olennainen diagnostinen kriteeri on, että ADHD-piirteitä esiintyy kahdessa paikassa. Vanhempien oman kertomuksen lisäksi tarvitaan lausunto päiväkodista tai koulusta. Diagnostiikan tukena on hyvä olla psykologin tai neuropsykologin tutkimus, jossa kiinnitetään huomiota erityisesti kognitiivisiin taitoihin, keskittymiseen ja työmuistiin. Itse testitilanne antaa myös kuvaa tutkittavan keskittymiskyvystä. Toisin kuin usein oletetaan neuro-

psykologinen testaus ei sellaisenaan ole diagnostinen tutkimus. Diagnoosi on viime kädessä aina kliininen eli viime kädessä sen asettaa lääkäri. Toisinaan neuropsykologin tai psykologin testaus saattaa antaa täysin taustatietoihin nähden ristiriitaisen kuvan, kun lapsi tai nuori testitilanteessa toimii rauhallisesti ja suoriutuu hyvin. On aina otettava huomioon, että lapsi tai nuori saattaa testitilanteessa kyetä keskittymään aivan eri tavalla, kun ulkopuolisia häiriötekijöitä ei ole, ja siten tarkkaamattomuus ei tule esiin.

Suotavin menettelytapa on sellainen, että lääkäri tapaa ensin lapsen tai nuoren tämän vanhempien kanssa. Tapaamisen tarkoituksena on kartoittaa tilanne ja arvioida jatkotutkimusten tarve. Neuropsykologisen tutkimuksen lisäksi voidaan joskus tarvita myös toimintaterapeuttin tutkimus, erikoissairaanhoidajan diagnostinen haastattelu tai toisen erikoisalalääkärin konsultaatio.

Diagnoosi tulisi asettaa paikassa, jossa on tietoa ADHD:stä ja lapsen kehityksestä ja mahdollisuus seurata lapsen tilanteen kehittymistä ja tukitoimien vaikutusta. Tämä voi olla perheneuvola, terveyskeskus, aluekeskus- tai yliopistosairaala. Jos perusterveydenhuollossa ei ole mahdollista tehdä diagnostiikkaa, saattaa olla tarkoituksenmukaista kouluttaa muutamia työntekijöitä tekemään ADHD:n seulontatestejä. Jatkotutkimusten tarpeellisuutta ja niiden suorituspaikkaa on oleellisesti helpompi pohtia tämänkaltaisen alustavan selvityksen jälkeen. Tällainen perehtyminen luo myös edellytykset sille, että jatko seuranta voi toteutua paikallisessa yksikössä myös silloin, kun diagnoosi on asetettu muualla.

Miksi ADHD-diagnoosia tarvitaan?

Kysymys herättää paljon ristiriitoja ja yleensä myös lisäkysymyksen: mi-

kä on normaalia ylivilkkautta ja mikä ei? Diagnoosi on tarpeen ainakin silloin, jos oireista on haittaa tai lapsi tai nuori tarvitsee erityisopetusta tai muita tukitoimia pärjätäkseen koulussa. Diagnoosi voi antaa selityksen sille, miksi lapsi tai nuori on ollut alisuoriutuja. Diagnoosilla on tärkeä merkitys silloin, kun vanhempia on syyllistetty lapsen ongelmista. Tämä on yhä valitettavan yleistä. Diagnoosi auttaa vanhempia kestämään lastensa voimakkaat raivonpuuskat, kun lapsi ei esimerkiksi kaupassa saa, mitä hän vaatii. Diagnoosi ja tuki tarvitaan, jotta lapsi selviytyy koulussa, saa ammatin ja löytää paikan yhteiskunnassa eikä syrjäydy. Vanhempien jaksaminen on tärkeää, mutta lapsen tulevaisuus, selviytyminen aikuisena työelämässä, parisuhteessa ja perheessä vielä tärkeämpää.

ADHD:n toteaminen aikuisilla

Aikuisikään mennessä ADHD-piirteet usein lievittyvät niin paljon, että diagnostiset kriteerit eivät enää täyty. Näin näyttää käyvän noin 30 %:ssa tapauksista. Muilla ADHD saattaa aiheuttaa merkittäviä ongelmia. Aikuisen ei ehkä jaksa viedä koulutuksiansa päätökseen, työpaikat saattavat vaihtua tiuhaan tahtiin. Kykenemättömyys organisoida tehtäviään voi johtaa siihen, että työtehtävien hoitamisen taso alittaa normit. Seurauksena tästä voi olla työttömyys, ja tilanteeseen voi liittyä myös sekundaarisia psyyken ongelmia. Ainakin näiden aikuisten kohdalla auttaa perusongelman tunnistaminen jatkotoimien suunnittelussa.

Aikuisten ADHD-henkilöiden saattaa olla vaikea päästä diagnostiikkiin tutkimuksiin. Joihinkin isoihin kaupunkeihin on perustettu neuropsykiatrisia klinikoita (ainakin Oulu ja Helsinki), joissa taudinmääritys voidaan tehdä. Näihin on kuitenkin 1–2 vuoden jonot. Myös yksityissek-

torilla jonotilanne on huono.

Aikuisten ADHD:n tutkimuksia tekeviin työryhmiin kuuluu lääkärin lisäksi ainakin neuropsykologi, sekä tarvittaessa esim. toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Erityisen tärkeä on lääkärin ja neuropsykologin yhteistyö. Aikuisilla, joilla epäillään ADHD:ta, on hyvin usein jokin mielenterveyden häiriö. Siksi diagnostiikasta vastaavan lääkärin tulisi olla psykiatri. Vaihtoehtona on neurologi tai muu lääkäri, jolla on psykiatrista kokemusta ja osaamista.

Myös aikuisilla diagnostiikka perustuu pitkälle lapsuusajan kehitykseen ja käytökseen, sillä ADHD:n käyttäytymispiirteet alkavat aina jo lapsuudessa. On välttämätöntä koota mahdollisimman kattavasti diagnostiikkaa tukeva materiaali kuten lasten- ja kouluneuvolan tiedot sekä aikaisemmat sairaskertomukset.

Erotusdiagnostiikka

Lapsilla esiintyvä reaktiivinen tai masennusoireinen käytöshäiriö, jossa oireet ovat lähes yhtenevät ADHD-oireiden tai -piirteiden kanssa, on tavallisin erotusdiagnostinen haaste. Huolellinen anamnestinen haastattelu tuo esiin sen, ovatko oireet ja piirteet alkaneet jo lapsena vai jonkin tietyn ajan tai tapahtuman jälkeen, kuten esimerkiksi vanhempien avioeron jälkeen. Jos diagnoosi on virheellisesti ADHD ja lapsi saa lääkityksen ADHD-oireisiin, oireiden varsinainen syy, reaktiivinen tai masennusoireinen käytöshäiriö, jää hoitamatta. Erotusdiagnostiikan ongelmia aiheuttaa myös stressiperäinen käytöshäiriö sekä unettomuudesta tai psykkisistä syistä johtuva ylivilkkaus. On tärkeää ottaa huomioon myös mahdolliset oppimisvaikeudet, jotka voivat aiheuttaa levottomuutta koulussa. Myös epilepsia on muistettava äkillisten rai-vonpurkauksien syynä, vaikka se on kovin harvinainen.

Masennus ja muut psykiatriset

Taulukko 1.

Tarkkaavaisuushäiriö:

A. Joko (1) tai (2)

(1) Vähintään 6 seuraavista tarkkaamattomuuden oireista on jatkunut vähintään 6 kk ajan kehitystasoon nähden epäso-pivina:

- jättää usein huomiotta yksityiskohtia tai tekee huolimattomuusvirheitä koulussa, työssä tai muussa toiminnassa.
- usein toistuvia vaikeuksia keskittyä tehtäviin tai leikkeihin
- usein ei näytä kuuntelevan suoraan puhuteltaessa.
- jättää usein seuraamatta ohjeita eikä saa koulu- tai työtehtäviään suoritetuksi (ei johdu vastustuksesta tai siitä ettei ymmärrä ohjeita)
- usein toistuvia vaikeuksia tehtävien ja toimien järjestämisessä.
- välttelee usein, inhoaa tai on haluton suorittamaan tehtäviä, jotka vaativat pitkäkestoista henkistä ponnistelua (kuten koulu- ja kotitehtävät)
- kadottaa usein tehtävissä tai toimissa tarvittavia esineitä (esim. leluja, kyniä, kirjoja, työkaluja)
- häiriintyy helposti ulkopuolisista ärsykkeistä
- unohtaa usein asioita päivittäisissä toiminnoissa.

(2) Vähintään 6 seuraavista yliaktiivisuuden/impulsiivisuuden oireista on jatkunut vähintään 6 kk ajan kehitystasoon nähden epäso-pivina:

Yliaktiivisuus:

- liikuttelee usein hermostuneesti käsiään ja jalkojaan tai kiemurtelee istuessaan.
- poistuu usein paikaltaan luokassa tai muissa tilanteissa, joissa edellytetään paikallaan oloa.
- juoksentelee tai kiipeilee usein ylettömästi sopimattomissa tilanteissa (nuorilla tai aikuisilla voi rajoittua levottomuuden tunteisiin).
- usein toistuvia vaikeuksia leikkiä tai harrastaa mitään rauhallisesti.
- on usein "jatkuvasti menossa" tai "käy kuin kone".
- puhuu usein ylettömästi.

Impulsiivisuus:

- vastailee usein kysymyksiin ennen kuin ne on esitetty.
- usein toistuvia vaikeuksia odottaa vuoroaan.
- keskeyttää usein toiset tai on tunkeileva toisia kohtaan (tuppautuu toisten seuraan)

B. Jotkin haittaa aiheuttaneet yliaktiivisuuden/impulsiivisuuden oireet tai tarkkaamattomuuden oireet ovat esiintyneet ennen 7 vuoden ikää.

C. Jotakin oireista johtuvaa haittaa ilmenee kahdella tai useammalla elämän alueella (esim. koulussa tai kotona)

D. Selviä todisteita kliinisesti merkittävistä häiriöistä sosiaalisessa, koulutuksellisessa tai ammatillisessa toiminnassa.

E. Oireet eivät ilmene ainoastaan laaja-alaisena kehityshäiriönä, skitsofreniana tai muun psykoottisen häiriön aikana eivätkä ole enemminkin tulkittavissa muuhun mielenterveyden häiriöön (mieliala-, ahdistuneisuus-, dissosiaatio- tai persoonallisuushäiriö) kuuluviksi.

häiriöt on hoidettava ennen kuin tutkimukset mahdollisen ADHD:n tai ADD:n toteamiseksi voidaan aloittaa. Masennuksen oireet voivat imitoida ADD:tä. Etenkin bipolaarihäiriö voi aiheuttaa diagnostisia ongelmia, sillä bipolaarihäiriön maanisessa vaiheessa oireet voivat olla hyvinkin samankaltaisia kuin ADHD:ssa. Tässä tilanteessa väärin asetettu ADHD-diagnoosi ja virheellisesti aloitettu stimulanttilääkitys saattaa johtaa suuriin vaikeuksiin. Stimulanttilääkitys vahvistaa maanisessa vaiheessa olevan potilaan maniaa ja voi johtaa jopa psykoosiin. Epävakaa persoonallisuus on myös erotusdiagnostinen sudenkuoppa (6).

Diagnoosin jälkeen: kuntoutus ja lääkahoito

ADHD-diagnoosin jälkeen on tärkeää tarjota perheelle, päivähoitohenkilöstölle, opettajille sekä työpaikalle riittävästi tietoa ymmärtää ADHD-lapsen, -nuoren ja -aikuisen ominaispiirteitä. Tietoa saa hoitavalta taholta sekä ADHD-Centeristä tai ADHD-liitosta. ADHD-lapsi tarvitsee selkeän päiväjärjestyksen ja rutiinit, jotta hän tuntee olonsa turvalliseksi. Vanhempien ja opettajan tulee varmistaa, että lapsella on edellytyksiään vastaava koulumuoto ja että lapsen koulunkäynti on oikein järjestetty. Tämä tarkoittaa erityisopetusta pienryhmässä tai omaa henkilökohtaista kouluavustajaa. ADHD-lapset sijoittuvat kouluissa sekä yleisopetukseen että erityisluokille. Koulunkäyntiavustaja on tarpeen, jos ongelmat ovat mittavat. Lääkärin suosituksesta huolimatta oma henkilökohtainen koulunkäyntiavustaja ei ole taattu, ei myöskään erityisluokalle pääsy. Nämä asiat riippuvat täysin koulun resursseista ja varoista.

Tarkkaavaisuushäiriöstä tai yliviikkauksesta kärsivän lapsen hoito on ensisijaisesti kuntoutusta.

Kuntoutus tarkoittaa tässä tapauksessa myös sitä, että lähiympäristöä pyritään muokkaamaan mahdollisuuksien mukaan lapsen tarpeisiin nähden sopivaksi. Erilaiset terapiat, esimerkiksi puhe-, toiminta-, musiikki-, taide- ja käyttäytymisterapiat kuntouttavat lasta, nuorta tai aikuista, mutta kaikki eivät niitä tarvitse eivätkä niistä hyödy. Ensisijaisesti terapiasta ja kuntoutuksesta hyötyvät ne lapset ja nuoret, joilla on isot ongelmat, alisuoriutumista koulussa sekä ne, joilla on sekundäärisiä psyykkisiä ongelmia. Kuntoutusta saa KELA:n kustantamana, oman sairaalahoitopiirin ostopalveluna sekä itse maksettuna. Kahteen ensimmäiseksi mainittuun tarvitaan hoitotuki sekä kuntoutussuunnitelma. Kuntoutus kestää 1–3 vuotta. Kuntoutusta ei ole tarpeeksi tarjolla, esimerkiksi neuropsykologiseen kuntoutukseen on 1–2 vuoden jonot.

Kuntoutus ei aina ole tarpeen: esim. kun työpaikalla osataan ottaa erityispiirteet huomioon ja ympäristö on muutoin ADHD-henkilöille sopiva.

Lääkehoito

ADHD:n hoidossa käytetään myös lääkkeitä. Lääkkeet eivät ole ensisijainen hoitomuoto. Lukuisat tutkimukset ovat osoittaneet, että stimulanttihoidosta hyötyy jopa 70 % tarkkaavaisuushäiriöisistä lapsista ja nuorista. Aikuisista hyötyy suurin piirtein joka toinen. Lääkehoito parantaa keskittymiskykyä, impulssien kontrollia, suunnittelukykyä, sosiaalista yhteistoimintaa, kognitiivista suorituskykyä, oppimiskykyä, yleistä koulumenestystä, matemaattisia suorituksia, hienomotoriikkaa sekä itsetuntoa. Motorinen aktiivisuus, aggressiivisuus, häiritsevä käyttäytyminen sekä tarkkaamattomuus vähenevät.

Eniten keskustelua herättävät ns. stimulantit: metyylyfenidaatti, josta on olemassa lyhytvaikutteinen muo-

to sekä pitkävaikutteinen muoto. Nämä lääkkeet ovat amfetamiinin johdannaisia, ja tämä herättää osassa vanhempia kauhuja. Kuitenkin on osoitettu, että jos lapsena ei saa oikeata hoitoa, on riski sortua huumeisiin aikuisena suurempi. Lapsena saatu metyylyfenidaattilääkitys ei altista huumeiden käytölle myöhemmin elämässä (7).

Stimulanttien yleisiä sivuvaikutuksia ovat ruokahalun vähentyminen ja unensaantivaikeus. Ne ovat yleensä ohimeneviä. Päänsärky ja vatsakipu ovat myös melko yleisiä. Stimulantteja voi käyttää joka päivä tai sellaisina päivinä jolloin niitä erityisesti tarvitaan. Osa vanhemmista pitää lääketaukoja viikonloppuisin ja lomilla. Lyhytvaikutteinen metyylyfenidaatti on erityisluvalla ja huumausaineresepille kirjoitettava lääke, mutta vastaavaa pitkävaikutteisesta voi kirjoittaa pelkälle huumausaineresepille. Molemmat ovat KELA-korvattavia lääkkeitä. Lääkitys on kuitenkin vain määräaikainen, kunnes lapsi/nuori on kuntoutunut tarpeeksi pärjätäkseen ilman. Aikuisien kohdalla tilanne voi olla toinen; he saattavat käyttää lääkettä lopun elämäänsä.

Stimulanttien kontraindikatioita ovat mm. diabetes, sokeritauti, vakava masennus, vaikeat tic-liikkeet tai Touretten oireyhtymä, bipolaarihäiriö sekä huumausaine- ja alkoholin väärinkäyttö. Alkoholin ja stimulantin sekakäyttö aiheuttaa ”hyvän olon humalatilan”. Eräs lisäongelma on se, että stimulantit ovat katukauppatavaraa, ja tämä tulee ottaa huomioon reseptiä kirjoitettaessa. Samasta syystä on reseptien uusiminen aika ajoitin ongelmallista. Jos potilas on asiallisesti tutkittu ja on esim. työelämässä, niin avohoidon lääkäri voi uusita reseptit vastaanottojen yhteydessä. Jos aikaisemmin tuntematon potilas ilmoittaa, että hänellä ADHD-diagnoosi, ja hän haluaa stimulantteja, on syytä varovaisuuteen. Suositeltava menet-

tely on se, että ensin pyydetään diagnostisia dokumentteja nähtäväksi ja vasta sen jälkeen harkitaan reseptien uusimista.

Toinen ADHD-indikaatiolla oleva lääke on ei-stimulantti, atomoksetiini, jolla ei vielä ole myyntilupaa Suomessa. Se vaatii erityisluvan, mutta normaali reseptilomake riittää. Atomoksetiini poikkeaa stimulantteista siinä mielessä, että sitä tulee ottaa joka päivä ilman taukoja. Vaikutus alkaa aikaisintaan muutama viikon kuluttua, mutta on yleensä parhaimmillaan vasta 2 kuukauden kuluttua. Yleisin sivuvaikutus on vatsakipu, johon elimistö usein tottuu, kun lääke aloitetaan nostaen annosta hitaasti. Atomoksetiini on hyvä vaihtoehto sellaisille ADHD-henkilöille, joilla on esim. riski stimulanttien väärinkäytölle, tai perheille, joille stimulantit maineensa perusteella ovat vasta-aiheisia.

ADHD:n ydinpiirteiden lääkitsemisen lisäksi voidaan tarvita lääkkeitä liitännäisoiireisiin kuten esim. masentuneisuuteen, ahdistuneisuuteen, fobioihin, unettomuuteen ja aggressiivisuuteen. Tapauskohtaisesti tulee harkita rinnakkaislääkkeiden valintaa, mutta esim. SSRI-lääkkeitä voi käyttää mm. ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden hoitoon. Uusia neuroleptejä voidaan käyttää agitaatioon ja aggressiivisuuteen (6). Univaikeuksiin voi kokeilla melatoniinia, joka toimii hyvin ja on hyvin siedetty.

Tärkeintä lääkityksessä on hyvä yhteistyö lääkärin ja potilaan välillä, sekä järjestelmällinen seuranta lääkityksen aikana.

Yhteenveto

ADHD on tarkkaavuushäiriö, jossa liittyvät aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden säätelyn ongelmat, impulsiivisuus ja hyperaktiivisuus. Diagnostiikka on kliininen. Vaikka diagnostisten kriteerien tulee täytyä ennen 7 vuoden ikää, diagnoosi voidaan aset-

taa myöhemminkin esitietojen perusteella. Tällä hetkellä käytössä olevat diagnostiset kriteerit soveltuvat hyvin lasten ja nuorten ADHD-oiireisiin ja diagnostiikkaan. Aikuisen diagnostiikka on vaikeampaa, sillä kovin hyviä diagnostisia menetelmiä ei vielä ole. Kriittisesti ja perusteellisesti toteutettuun diagnostiikkaan tarvitaan moniammatillinen työryhmä varsinkin, jos etukäteistutkimuksia ei ole tehty. Aikuisilla mahdollisen ADHD:n aiheuttama psyykinen oireilu ja sairastavuus vaikeuttaa taudinmäärittystä. Neuropsykologinen tutkimus tukee diagnoosia, mutta ei anna vastausta kysymykseen, onko tutkittavalla tarkkaavaisuushäiriö vai ei.

Lapsuusiän tarkkaavaisuushäiriö lisää etenkin epäsosiaalisen persoonallisuuden ja päihderiippuvuuksien kehittymisen riskiä. Oikein toteutettu lääkehoito vähentää päihdehäiriöiden riskiä (7). Oikein ja ajoissa asetettu ADHD-diagnoosi, kuntoutus ja hoito ehkäisevät käytöshäiriöiden muodostumista ja syrjäytymistä. Jokaisessa terveyskeskuksessa ei liene mahdollisuutta tutkia ja hoitaa ADHD-henkilöitä. Sen sijaan pienen ydintyöryhmän kouluttaminen toteuttamaan seulontaa voisi olla harkittavissa. Seulontatuloksen perusteella voidaan ohjata oikeat henkilöt erikoissairaanhoidon jatkotutkimuksiin.

Viitteet lehden nettiversiossa.

Taina Nieminen-von Wendt

LL (väit.), Lastentautien ja Lastenneurologian erikoislääkäri

HYKS, Jorvin Sairaala,
Nuorisopsykiatrinen osasto PN2,
vs. osastonlääkäri; Espoo

Helsinki Asperger Center,
Neuropsykiatrinen keskus, Lääkärikeskus
Dextra, vastaava lääkäri; Helsinki

taina.nieminen@kolumbus.fi

Liittyi etukannen ilmoitukseen.

Easyhaler®

03/05

Budesonid Easyhaler® inhalaatiojauhe

Vaikuttava aine ja määrä: Budesonidi 100, 200 tai 400 mikrog/annos.
Käyttöaiheet: Lievän, keskivaikean ja vaikean astman hoito.
Annostus: Aikuisten astma: ylläpitoannos 100–400 mikrog x 2. Tarvittaessa vuorokausiannos voi olla suurimmillaan 1600 mikrog. Astmaoireiden lievittyttyä annosta pienennetään. Lasten astma: ylläpitoannos 100–200 mikrog x 2. Tarvittaessa vuorokausiannos voi olla suurimmillaan 800 mikrog. Annostus kerran vuorokaudessa aikuisille ja lapsille: 200–400 mikrog x 1. Aikuisten vuorokausiannos enintään 800 mikrog. Ylläpitoannoksen tulisi olla pieniin potilaille tehokas annos. Lisätiedot PF. **Vasta-aiheet:** Yliherkkyys jollekin valmisteen ainesosalle. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varoitimet:** Potilaille on opettava Budesonid Easyhalerin oikea käyttötapa. Lääkettä ei ole tarkoitettu akuutin hengenhädistyksen tai status asthmaticuksen hoitoon, eikä sen käyttöä tule lopettaa äkillisesti. Potilaan tilaa on seurattava huolellisesti, kun hänet siirretään oraaliseen kortikosteroidihoitoon inhalaatiohoitoon. Pitkäaikaisista inhaloitavasta kortikosteroidihoitoa saavien lasten pituuskasvun säännöllinen seuraaminen on suositeltavaa. Suun hiivasieni-infektioihin ja käheyden vähentämiseksi potilasta on neuvottava huuhtelemaan suunsa huolellisesti tai harjaamaan hampansa jokaisen lääkkeenottoa jälkeen. **Yhteisvaikutukset:** Samanaikaisista budesonidi- ja ketokonatsolihoitoa tulee välttää. Todennäköisesti myös muut voimakkaat CYP3A4:n estäjät lisäävät merkittävästi budesonidin pitoisuutta plasmassa. **Raskaus ja imety:** Raskauden aikana inhaloitavaa budesonidia tulee käyttää vain, kun sen käytöstä saadun hyödyn arvioidaan ylittävän mahdolliset riskit. Pienintä riittävän tehokasta budesonidiannosta tulee käyttää astman ylläpitohoitoon. Tiedot budesonidin kulkeutumisesta äidinnaitoon puuttavat. **Haittavaikutukset:** Suun/nielun kandidoosi, käheys ja yskä. Muut ks. PF.

Pakkaukset ja hinnat: 1.3.2005 VMH (sis. alv.).

Aloituspakkaukset: 100 mikrog/annos

200 annosta + suojakotelo = 35,14 €

200 mikrog/annos

200 annosta + suojakotelo = 54,23 €

400 mikrog/annos

100 annosta + suojakotelo = 46,67 €

Käyttöpakkaukset:

100 mikrog/annos 200 annosta = 32,35 €

200 mikrog/annos 200 annosta = 51,43 €

400 mikrog/annos 100 annosta = 43,87 €

Reseptilääke. **Korvattavuus:** Alempi erityiskorvausryhmä (75 %). Krooninen keuhkoastma ja sitä läheisesti muistuttavat krooniset obstruktiiviset keuhkosairaudet (203). **Muut tiedot:** Pharmacia Fennica 2005.

Formoterol Easyhaler® inhalaatiojauhe

Vaikuttava aine ja määrä: Formoteroli 12 mikrog/annos. **Käyttöaiheet:** Astmaan liittyvien bronko-obstruktiivisten oireiden (yllisten astmaoireiden) hoito ja raskuustilan esto, kun kortikosteroidihoitolla ei saada riittävää tehoa. Keuhkoastmahankeutuminen (COPD) liittyvien bronko-obstruktiivisten oireiden hoito. **Annostus:** Aikuisten astma: vuorokausiannos 1–2 inhalaatiota x 2. Enimmäisvuorokausiannos 6 inhalaatiota. Keuhkoastmahankeutuminen (COPD): 1 inhalaatio x 2. Enimmäisvuorokausiannos 4 inhalaatiota. Lasten astma, yli 6 v: 1 inhalaatio x 2. Enimmäisvuorokausiannos 4 inhalaatiota. Tarkemmat tiedot PF. **Vasta-aiheet:** Yliherkkyys valmisteen ainesosille. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varoitimet:** Potilaille on opettava Formoterol Easyhalerin oikea käyttötapa. Astmapotilaiden, jotka tarvitsevat säännöllistä beeta₂-agonistihoidoa, tulee saada säännöllisesti ja riittävinä annoksina inhaloitavaa tulehduslääkettä tai oraalisesti annettavia kortikosteroideja. Formoterol Easyhaleria tulee käyttää vain pitkäaikaisista bronkodiaatiohoitoa tarvitseville potilaille. Erityisesti annosrajoja tulee huolellisesti seurata silloin, kun potilaalla on vaikea hypertensio tai vaikea sydänsairaus. **Yhteisvaikutukset:** Varovaisuutta on noudatettava, kun teofylliiniä ja formoterolia annetaan samanaikaisesti potilaille, jolla on sydänsairaus. Eräät lääkeaineet (kinidiini, disopyramidi, prokainamidi, fentiaasiini, antihistamiinit ja trisykliset antidepressantit) saattavat liittyä QT-ajan pitenemiseen ja kammiarytmiaariskin lisääntymiseen. Levodopa, L-tyrosiini, oksitosiini ja alkoholi voivat voimistaa beeta₂-agonistien sydämeen kohdistuvaa vaikutusta. Formoterol Easyhaleria on annettava varen potilaille, joita hoidetaan MAO:n estäjillä tai trisyklisillä antidepressanteilla, sillä beeta₂-agonistien verenkiertoelimistöön kohdistuva vaikutus voi tehostua. Muuta: ks. PF. **Raskaus ja imety:** Käyttöä raskauden aikana tulee harkita vain, jos äidille koitua hyöty on sikiöön mahdollisesti kohdistuvia riskejä suurempi. Formoterol Easyhaleria käytävien äitien ei tule imettää. **Haittavaikutukset:** Päänsärky, palpitaatio, vapina. Muut ks. PF.

Pakkaukset ja hinnat: 1.3.2005 VMH (sis. alv.).

Aloituspakkaus:

120 annosta + suojakotelo = 73,00 €

Käyttöpakkaus: 120 annosta = 70,33 €

Reseptilääke. **Korvattavuus:** Alempi erityiskorvausryhmä (75 %). Krooninen keuhkoastma ja sitä läheisesti muistuttavat krooniset obstruktiiviset keuhkosairaudet (203). **Muut tiedot:** Pharmacia Fennica 2005.



Dementiapotilaan käytös- oireiden ennaltaehkäisy ja hoito

• TIINA HUUSKO •

Käyttösoireisen demen- tiapotilaan on mah- dollista asua kotona

Dementiapotilaiden hoito on yleislääkärille jokapäiväistä, välillä haastavaa ja turhauttavaa, mutta usein myös palkitsevaa. Onnistuminen vaatii vanhuksia kunnioittavaa asennetta, luovuutta, huumorintajua, ammattitaitoa ja yhteistyötaitoa. Suurin osa dementiapotilaista on terveyskeskuslääkärin hoidossa. Arviolta 55 % heistä on yli 80-vuotiaita.

Tuloksellinen hoito vaatii diagnoosin

On arvioitu, että ainakin puolet Suomen dementiapotilaista on diagnosoimatta. Puutteellinen diagnostiikka ja pitkät jonot muistipoliklinikoille aiheuttavat perheille inhimillistä hätää ja potilaille avun ja ennenaikaisen laitoshoidon tarvetta. Tämä tulee meille kaikille kalliiksi:

dementia on yleisin syy joutua pitkäaikaiseen laitoshoitoon. Amerikkalaisen tutkimuksen mukaan kaikkein kallein potilas on diagnosoimaton dementiapotilas (1). Tämä johtuu lisääntyneestä terveyspalveluiden käytöstä ja hitaammasta toipumisesta pienistäkin akuuteista sairauksista. Ruotsissa Kalmarin alueella tehostettu dementoivien sairauksien varhaisdiagnoosiikka on vähentänyt vanhusväestön päivystyskäyntejä merkittävästi verrattuna ympäröiviin kuntiin, joissa vanhus-ten päivystyskäynnit edelleen lisääntyvät (2).

Lääkärin kannattaakin muistaa dementoivan sairauden mahdollisuus, jos vanhuspotilas alkaa käyttäytyä oudosti tai hän ei toivu normaalisti muusta sairaudesta, aikaisemmin ilman mielenterveysongelmia elänyt vanhus on masentunut tai ahdistunut, hän tarvitsee yhä enemmän ulkopuolista apua tai hä-

nellä on muun sairauden tai elämäntietämättömyyden laukaisema äkillinen sekavuustila. Dementiaa kannattaa myös epäillä, jos iäkäs potilas unohtaa toistuvasti sovittuja tutkimusai-koja, hänellä on selviä vaikeuksia noudattaa hoitomääräyksiä tai hänellä on terveyspalveluiden lisääntyvää tai epätarkoituksenmukaista käyttöä.

Käyttösoireita voi ennaltaehkäistä

Mielialan ja käyttäytymisen ongelmia eli käyttösoireita esiintyy ainakin yhdeksällä kymmenestä dementiapotilaasta jossakin sairauden vaiheessa (Taulukko 2). Yleisimmät dementoivat sairaudet vanhuksilla ovat Alzheimerin tauti, vaskulaarinen dementia, Lewyn kappale -tauti ja Parkinson-dementia. Sekamuodot ovat tavallisia. Alzheimerin tautia sairastavalla on usein jo vuosia ennen kognitiivisten oireiden toteamista masennusta ja epäluuloisuutta. Aivoverenkiertohäiriöistä kärsivillä ovat mielialan vaihtelu, iltaa kohden paheneva levottomuus, ahdistuneisuus ja masennusoireet tavallisia. Lewyn kappale -tautia sairastavilla näkö- tai kuuloharhat, mielialan labiliteetti ja herkkyyys lääkkeiden sivuvaikutuksille voivat antaa hoitavalle lääkärille vihjeen siitä, että juuri tämä sairaus on kysymyksessä. Käyttösoireet uuvuttavat nopeasti omaishoitajan ja dementia-

Taulukko 1. Tilastotietoa dementiasta.

Joka 12. yli 65-vuotias ja joka kolmas 85-vuotta täyttänyt suomalainen on keskivaikeasti tai vaikeasti dementoitunut.

Omassa kodissaan yksin asuvia dementoituneita on noin 32 000 ja omaisen tuella asuvia on 23 000.

Laitostasoisessa pitkäaikaishoidossa on Suomessa noin 50 000 ihmistä, joista 80–90 % on dementoituneita.

Työikäisiä dementiapotilaita on arvioitu olevan Suomessa noin 7000.

kodin henkilökunnan, minkä vuoksi niihin kannattaa suhtautua erittäin vakavasti.

Jokainen dementiapotilas sairastaa ja kokee sairautensa omalla persoonallisella tavallaan. Käyttösoireisiin vaikuttavatkin aivoissa tapahtuvien elimellisten muutosten lisäksi potilaan muut sairaudet, lääkehoito, potilaan persoonallisuus ja elämänkokemukset sekä ympäristö.

Potilaan kannalta hänen käytöksensä on johdonmukaista eikä hän kykene muuttamaan. Tämän vuoksi käyttösoireiden ennaltaehkäisyssä kannattaa muistaa, että kun potilas kokee olonsa turvalliseksi ja hänen päivänsä eivät ole täynnä epäonnistumisia – vaan mieluummin mielihyvän ja onnistumisen kokemuksia – on meidän kaikkien muidenkin elämä mukavampaa. Dementoitunut reagoi voimakkaasti ympäristön ilmapiiiriin, kauneuteen ja selkeyteen sekä ympärillään olevien muiden ihmisten ruumiinkieleen, ilmeisiin ja äänensävyyn. Liikunnan, ulkoilun ja potilaan kannalta mielekkään tekemisen puute ja pitkästymisen aiheuttaa helposti levottomuutta ja sekoittaa päivärytmin. Kuvissa esiintyvät Espoolaisen Dementia-toimintakeskus Villa Lyhteen asukkaat ja hoitajat. Villa Lyhteessä kannustetaan asukkaita säilyttämään entisen elämänsä tärkeitä asioita, tapoja ja muistoja sekä toteuttamaan omaa persoonallisuuttaan. Kaikilla on oikeus läheisyyteen, ulkoiluun, luontoon, taiteeseen ja kuntoutukseen. Sitomista ei käytetä lainkaan, psyykenlääkkeitä käytetään vähän ja hoitolinjoista sovitaan yhdessä läheisten ja potilaan kanssa hoitokokouksessa, johon osallistuvat hoitajan lisäksi lääkäri ja fysioterapeutti.

Käyttösoireita on helppo provosoida, jos käymme dementiapotilaan kanssa ”valtataistelua”, hänen elä-

Taulukko 2. Dementiapotilaan tavallisimpia käyttösoireita

- apatia
- depressio
- ahdistuneisuus, agitaatio, aggressiivisuus
- katastrofireaktiot
- ”iltarusko-oireilu”
- unihäiriöt, vrk-rytmi
- vaeltelu, keräily
- epäluuloisuus ja harhat
- labiliteetti
- persoonallisuuden muutos
- vetäytyminen, sairauden-tunnottomuus, grandioosit ajatukset
- seksuaaliset oireet

mässään tapahtuu äkillisiä muutoksia, häneen kohdistetaan ylivoimaisia vaatimuksia tai jos toimintatapamme on kriittinen, kontrolloiva ja jäykkä, emmekä huolehdi potilaan tarpeista. Aggressiivinen lähestyminen ja puhetapa sekä liian monet/monimutkaiset käskyt, toistuva muistuttaminen ja hoputtaminen saavat potilaassa tavallisesti aikaan aggressiivisen reaktion. Omaisten ohjaus, neuvonta ja vertaisryhmätoiminta ovat keinoja, joilla voimme auttaa läheisiä ymmärtämään potilaan tapaa toimia ja jaksamaan uu-

vuttavassa omaishoitotyössä. Näin voimme myös siirtää laitoshoidon joutumista (3). Tämän vuoksi muistipoliklinikalla pitäisi lääkärin kanssa aina työskennellä kokenut muistihoitaja tai dementianeuvoja, ja kaikille omaisille pitäisi tarjota mahdollisuutta osallistua ensitietokursseihin ja dementiayhdistysten toimintaan.

Käyttösoireiden ilmaantuessa kannattaa selvittää tarkasti millaisissa tilanteissa niitä esiintyy, ja mitä tarkasti ottaen tapahtuu. Sitten kannattaa pohtia, mistä tämä mahdollisesti johtuu, ja voimmeko me muut muuttaa toimintatapaamme niin, että näiltä reaktioilta vältytään. Perusteetonta rajoittamista ja avuttomuuden korostamista kannattaa välttää ja on syytä myös kouluttaa henkilökuntaa, arvioida tilojen selkeyttä, turvallisuutta ja virikkeisyyttä sekä pohtia omia asenteitamme dementoituneita kohtaan. Jos käyttösoireet alkavat äkillisesti, kannattaa muistaa akuutin deliriumin mahdollisuus – ja selvittää sitä mahdollisesti laukaisevat tekijät. Dementiapotilaan virtsatieinfektio kannattaa hoitaa aktiivisesti.

Oirekohtaisista terapioidista ja virkistystoiminnasta – kuten musiikki, muut taidemuodot, puutarha, tuoksut – on lisääntyvästi raport-



teja käytösoireiden ehkäisyssä ja hoidossa. Kotona asuvalle näitä voidaan tarjota omaisten toimesta tai esimerkiksi päiväkeskustoiminnan yhteydessä. Aktiivinen kuntoutus, hyvä kivun hoito, yleistilan hoito ja bentsodiatsepiinien sekä antihistamiinien ja muiden antikolinergisten lääkkeiden saneeraus vähentää sekavuutta akuuttien sairastumisten yhteydessä (4).

Käytösoireita voi provosoida lääkkeillä

Opioidit pitäisi kaikilla vanhuksilla annostella varovaisesti sivuvaikutuksia seuraten. Iän mukana opioidien farmakokinetiikassa ja -dynamiikassa tapahtuu muutoksia, joiden seurauksena lääkkeen vaikutus korostuu ja kestää kauemmin. Dementoituneet ovat muita herkempiä sivuvaikutuksille kuten väsymys, sekavuus, painajaisunet, pahoinvointi, ummetus, virtsaumpi, kutina, hikoilu, akkommodaatiohäiriöt, lihasnykäykset ja hengityslama. Tramadolín ja masennuslääkkeiden yhteisvaikutuksena unohdetaan helposti serotoniinireseptorin mahdollisuus. Oman kliinisen kokemukseni mukaan kodeiini aiheuttaa varsinkin dementoituneille herkästi sekavuutta, oksentelua ja ummetusta.

Bentsodiatsepiinit voivat myös aiheuttaa sekavuutta ja tokkuraisuutta, ja ne lisäävät kaatumisvaaraa. Erityisesti kannattaa varoa pitkävaikutteisia bentsodiatsepiineja (alpratsolaami ja diatsepaami). Itse en ole alpratsolaamia vanhuspotilaan hoidossa tarvinnut. Diatsepaami sopii alkoholidementiassa nuoremmille ja tietysti kouristuskohtauksen hoitoon. Vanhukset eivät aina kerro kaikista lääkkeistään, ja sekavuus sekä agitoituminen voivat sairaalaan joutumisen yhteydes-

Taulukko 3. Antikolinergisia haittavaikutuksia

- muistin heikkeneminen
- sekavuus, levottomuus, kiihtyneisyys
- puhumattomuus
- vastaan hangoittelu
- aistiharhat
- pahoinvointi, ummetus, virtsaumpi, akkodomaatiohäiriöt, huimaus

sä olla bentsodiatsepiinien vieroituseire.

”Antibiotimania” on haittavaikutus, josta on vain vähän tutkimustietoa. Kannattaa kuitenkin muistaa, että esimerkiksi klaritromysiiniin, siprofloksasilliiniin, ofloksasilliiniin, erytromysiiniin, isoniatsidin ja metronidatsolin käyttö voi aiheuttaa potilaassa vauhdikkuutta (5).

Dementoituneet potilaat ovat erityisen herkkiä antikolinergisille haittavaikutuksille, minkä vuoksi näitä lääkkeitä kannattaa mahdollisuuksien mukaan välttää. Parkinson-lääkkeitä tai antikolinergisia silmälääkkeitä ei voi lopettaa, mutta ruoansulatuskanavan toiminnallisiin häiriöihin, huimaukseen ja tiheävirtsausuuteen sekä virtsainkontinenssin hoitoon käytettyjä antikolinergisia valmisteita kannattaa välttää. Masennuslääkkeet, varsinkin vanhat trisykliset, kaikki psykoosilääkkeet ja antihistamiinit aiheuttavat dementoituneille usein merkittäviä antikolinergisia haittavaikutuksia. Prednisoloni, prednisoni, digoksiini, varfariini, isosorbidiidi- ja mononitraatti, dipyridamoli, teofylliini, furosemidi, nifedipiini, kaptopriili, disopyramidi ja kinidiini ovat esimerkkejä lievemmin antikolinergisesti vaikuttavista lääkkeistä, joita joudutaan käyttämään dementiapotilaallakin muiden sairauksien hoi-

dossa. Polyfarmasiaan liittyvää antikolinergista yhteisvaikutusta ja teofylliiniinvalmisteiden annosta kannattaa kuitenkin harkita tarkoin. Monilääkityn dementiapotilaan lääkesaneerausta pohtiessa kannattaa myös miettiä, onko toimintakyky ja psyykkinen hyvinvointi kuitenkin tärkeämpää kuin esimerkiksi sydän-tapahtuman ennaltaehkäisy.

Käytösoireiden lääkehoidosta

Sink, *Holdef* ja *Yaffe* julkaisivat tänä keväänä (JAMA 2005;29:596–608) systemaattisen katsauksen dementoituneiden käytösoireiden hoidosta. Ensisijaisena hoitomuotona he päätyivät suosittelemaan lääkkeettömiä hoitokeinoja, masennuksen lääkehoitoa sekä kolinergisiä lääkkeitä (Alzheimer-lääkkeitä). Toissijaisesti he suosittelivat uusia atyyppisiä antipsykootteja.

Kolinergiset Alzheimer-lääkkeet (donepetsiili, rivastigmiini ja galantamiini) sekä memantiini lievittävät ja hidastavat kognitiivisia oireita, vähentävät ja ennaltaehkäisevät käytösoireita sekä parantavat päivittäistä toimintakykyä. Noin 80 % Alzheimerin tautia sairastavista hyötyy näistä lääkkeistä. Lääkkeiden on myös osoitettu lykkäävän laitoshoidon tarvetta. Alussa mainitun amerikkalaisen tutkimuksen mukaan terveydenhuollolle halvimmaksi tulee dementiapotilas, joka on diagnosoitu ja joka käyttää Alzheimer-lääkitystä.

Oman kokemukseni mukaan kolinergiset lääkkeet vaikuttavat enemmän käytösoireisiin ja yleiseen toimintakykyyn kuin muistiin. Hyvä hoitovaste saadaan usein Alzheimerin tautia sairastavalla apatiaan, paranoidisiin ajatuksiin, näkö- ja kuuloharhoihin, masennukseen, aggressiivisuuteen ja ahdistuneisuuteen.

Kolinergisen lääkehoidon on osoitettu tehoavan käytösoireisiin myös vaskulaarisen dementian ja Alzheimerin taudin sekamuodossa. Kolinergisen lääkityksen (rivastigmiini) on yhdessä lumekontrolloidussa kaksoissokkotutkimuksessa osoitettu olevan tehokas Lewyn kappale -dementiapotilaan kognitiivisten ja käytösoireiden hoidossa. Rivastigmiini on kokemukseni mukaan erityisen hyvä dementoituneen näköharhojen hoidossa. Alzheimer-lääkkeet on Kela-korvattu Alzheimerin taudissa ja sekamuotoisessa dementiassa, jossa Alzheimerin tautia sairastavalla on myös Lewyn kappale -tauti ja/tai vaskulaarinen dementia.

Rivastigmiinin ja galantamiinin on osoitettu lievittävän Parkinson-dementiaa sairastavan kognitiivisia ja käytösoireita kahdessa satunnaisesti tutkimuksessa (6) ilman, että Parkinson-oireet vaikeutuvat. Virallista hoitodikaatiota tai Kela-korvausta ei ole vielä hyväksytty.

Ahdistuneisuuden ja agitaation ensiapuläkkeenä voi käyttää lyhytvaikutteisia bentsodiatsepiineja. Serotoniiniselektiiviset masennuslääkkeet kuten sitalopraami, essitalopraami ja sertraliini, sopivat hyvin dementiapotilaan masennuksen ja ahdistuneisuuden hoitoon. Jos nämä lääkkeet aiheuttavat lisääntyvää agitoitumista tai jos toivotaan apua myös unettomuuteen, voivat kaksivaikutteiset masennuslääkkeet (mirtatsapiini ja venlafaksiini) olla toimiva vaihtoehto. Jos tuntuu siltä, että hoidosta huolimatta potilas on entistä agitoituneempi, kysymyksessä voi olla fyysinen ongelma, jota emme ole huomanneet, tai kolinergisen lääkkeen, serotoniinin takaisinoton estäjän tai bentsodiatsepiinin haittavaikutus. Fyysisten ongelmien kartoittaminen ja hoito ja lääkkeiden annosten pienentäminen/vaih-



taminen rauhoittaa usein tilanteen.

Tematsepaamin, tsopiklonin ja tsolpideemin lisäksi unilääkkeeksi kannattaa harkita lisää toimintaa päivään, liikuntaa, musiikkia, sopivaa yövalaistusta ja melatoniinia. Joskus esimerkiksi peili, josta heijastuu dementoituneelle tuntemattomat – vaikkakin omat – kasvot voi aiheuttaa öistä levottomuutta. Kannattaa myös pohtia, johtuuko öinen levottomuus mahdollisesti psykoottisista oireista, jolloin lääkitys kannattaa suunnata sen mukaisesti.

Neuroleptien käytöstä dementoituneilla

Koska psykoottiset oireet menevät noin puolella potilaista ohi ilman lääkehoitoakin neljän viikon kuluessa (7), ja koska neuroleptit heikentävät dementiapotilaan kognitiivista toimintakykyä, kannattaa neuroleptilääkitystä harkita vain silloin, kun

Taulukko 4. Neuroleptien sivuvaikutuksia

- muistin heikentyminen
- rytmihäiriöt, QT-ajan pidentyminen, verenpaineen lasku, huimaus
- suun kuivuminen, ummetus
- vapina, jäykkyys, liikkumattomuus
- levottomuus, liikepakko, pakkoliikkeet, lihaskrampit, epileptiakohtaukset
- muutokset veren valkosoluisissa, keltaisuus, ihottuma
- pahanlaatuinen neuroleptioireyhtymä

oireet aiheuttavat vaaratilanteita tai ovat potilaalle ahdistavia. Tutkimukset osoittavat, että moninaisesta lääkityksestä huolimatta käytösoireita esiintyy hyvin paljon suomalaisissa hoitolaitoksissa. *Minna Raivion* tutkimuksessa (2005) yli 86 %:lla pitkäaikaishoidossa olevilla dementiapotilaalla oli käytösoireita: dementiayksiköissä psykoottisia oireita oli 56 %:lla, aggressiivisuutta 18 %:lla ja agitaatiota 28 %:lla. Terveyskeskuksen vuodeosastolla pitkäaikaishoidossa olevilla dementiapotilailla psykoottisia oireita oli 35 %:lla, aggressiivisuutta 26 %:lla ja agitaatiota 22 %:lla. 86 % sai jotain psykenlääkettä ja 53 % potilaista sai jotain antipsykoottia, mutta vain 12–13 % sai uusia atyyppisiä antipsykootteja.

Vanhempia neuroleptejä kannattaa oman kokemukseni mukaan välttää dementoituneiden hoidossa. Niiden turvallisuudesta tai tehosta dementoituneiden hoidossa ei ole tutkimusnäyttöä. Ainoastaan haloperidolilla on viitteellistä tutkimusnäyttöä siitä, että se voi auttaa aggressiivisessa käyttäytymisessä (8). Koska haloperidoli aiheuttaa usein tokkuraisuutta, vapinaa ja jäykkyyt-

tä, ei sitä kannata jättää potilaalle pitkäaikaiskäyttöön. Haloperidolia kannattaa käyttää dementiapotilaalla vain silloin, kun akuutissa tilanteessa ei ole mahdollista annostella uusia atyyppisiä neuroleptejä peroraalisesti. Ekg:ta ja pystyverenpainetta kannattaa seurata hoidon alussa. Sopiva annos haloperidolia on 0.5–3 mg x 1–2.

Risperidonilla on osoitettu lumekontrollidussa tutkimuksessa olevan vaikutusta dementoituneiden psykoottisiin oireisiin ja aggressiivisuuteen. Uusien atyyppisten neuroleptien mahdollisesta aivoverenkiertohäiriöitä lisäävästä vaikutuksesta on keskusteltu laajasti (9). Lääkelaitos suosittelee, että psykoosilääkkeitä käytetään dementiaan liittyvien psykoosien ja käytöshäiriöiden hoidossa vanhuksilla vain, jos se on aivan välttämätöntä. Tarve tulee arvioida uudelleen säännöllisin väliajoin. Jos indikaationa on akuutti delirium, voidaan lääkkeet lopettaa nopeasti, kun laukaisevat tekijät on hoidettu. Käyttöoireiden hoidossa itse aloitan pienellä annoksella, jota nostan vähitellen ja pyrin lopettamaan antipsykoottisen lääkkeen tai ainakin vähentämään annosta noin 3 kuukauden kuluttua. Vaikeissa psykoottisissa oireissa kannattaa harkita myös Alzheimer-lääkkeen

Taulukko 5. Esimerkkejä käyttöoireista, jotka eivät yleensä reagoi lääkehoitoon.

- Kuljeskelu
- Huutelu
- Itsensä vahingoittaminen (raapiminen, hakkaaminen tms)
- Näpistely/kätkeminen
- Hyperseksuaalisuus, masturbointi
- Esineiden syöminen

aloittamista, vaikka laitoshoidossakin. Risperidonin sopiva annos dementoituneella on 0.25–1 mg x 1–2 ja ketiapiinin 12,5–75 mg x 1–2. Kokemukseni mukaan ketiapiini aiheuttaa risperidoniin verrattuna harvemmin jäykkyyttä ja vapinaa, mutta toisaalta useammin matalaa verenpainetta.

Lopuksi

Käyttöoireidenkin tehokkain hoito on ennaltaehkäisy. Kun ennaltaehkäisy ei riitä, on lääkkeiden hoito tehokasta ja turvallista. Käyttöoireiden syiden selvittely ja hoito on haastavaa salapoliisi- ja lääkäriä, jossa onnistuminen edellyttää hyvää ja luovaa yhteistyötä läheisten ja hoitohenkilökunnan kanssa. Kokeneen kollegan, geriatriin ja vanhus-

psykiatriin konsultaatiomahdollisuuksien pitäisi myös olla joustavat. Konsultoida voi myös netissä osoitteessa **dementiatieto@dementiahoitoyhdistys.fi**. Dementiatieto on konsultaatiokanava ammattilaisille, lääkäreille, hoitajille ja terapeuteille.

Lääkehoidosta paras näyttö on masennuslääkkeillä ja Alzheimerlääkkeillä. Jos näillä ei pärjätä, voidaan vaikeisiin psykoottisiin oireisiin ja aggressiiviseen käyttäytymiseen aloittaa joksikin aikaa atyyppinen neuroleptilääkitys. Kaikki käyttöoireet eivät reagoi lääkehoitoon (Taulukko 5).

Viitteet:

1. Hill ym. Neurology 2002
2. Erik Jedenius. Kalmar-projekt, Svenska nätverket för demenskunskap, Norrköping 2005
3. Mittelman 1996 ja 2004
4. Marcantonio 2001
5. Abouesh 2002
6. Emre ym. 2004, Aarsland ym. 2003
7. Martinez 2001
8. Sink ym. JAMA 2005
9. Gill ym. BMJ 2005

Tiina Huusko

LT, sisätautien ja geriatrian erikoislääkäri
Vanhustyön keskusliitto
Suomen Dementiahoitoyhdistyksen
puheenjohtaja

Valtakunnalliset
Lääkäripäivät
Läkardagarna
8.–12.1.2006

Järjestää Suomen Lääkäriliitto,
yhteistyössä mukana Suomalainen
Lääkäriseura Duodecim, Finska
Läkarsällskapet ja näyttelyssä
Suomen Messut.



Mokkavaara, Riikka

Jouko
Saramies

Tyypin 2 diabeteksen riskitekijät ja seulonta

Jouko Saramiehen väitöskirja Tyypin 2 diabeteksen riskitekijät ja poikkeavan glukosiaineenvaihdunnan seulonta perusterveydenhuollossa on laadittu keskeisestä aiheesta.

• PIRJO IMMONEN-RÄIHÄ •

Tutkimustyö sai alkunsa halusta tunnistaa Savitaipaleen terveyskeskuksen alueella oireettomat asukkaat ja tarjota heille apua liikunta- ja ruokakäytösten muuttamisessa terveelliseen suuntaan. Saramies innosti mukaansa työtoverinsa, kunnan luottamushenkilöt ja kunnanjohtajan. Tämä laajamittainen tuki mahdollisti hankkeen toteutumisen. Seulonnassa kerättiin laajalti tietoa, jonka asianmukainen raportointi edellytti tiedon tieteellistä käsittelyä ja arviointia, mikä taas johti lopulta tähän hienoon väitöskirjaan.

Pienessä 4200 asukkaana Savitaipaleen kunnassa tutkimukseen kutsuttiin 1561 asukasta, jotka olivat syntyneet vuosina 1933–1956. Tutkimuksen toisessa osiossa selvitettiin vielä tämän ikäryhmän synnyttäneiden naisten osalta taannehtivasti raskauden aikaisen kohonneen verenpaineen ja ylipainon merkitystä myöhempään poikkeavaan

sokeriaineenvaihduntaan.

Tärkeän tutkimusidean jälkeen on hyvä suunnittelu äärettömän tarpeellista. Tutkimustyön suunnittelussa ovat olleet mukana Oulun yliopistosta kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitosten ja Oulun yliopistollisen sairaalan yleislääketieteen yksikön edustajat. Työnohjaajina toimivat professori *Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi* ja dosentti *Mauno Vanhala*. Tutkimuksen suunnitteluun kannattaa panostaa, sillä tutkimuksen edetessä on myöhemmin vaikeaa paikata puutteellista esityötä. Saramiehellä on ollut kokeneet ohjaajat, mikä näkyi hyvin suunniteltuina tutkimuslomakkeina, suoritettujen mittauksen asianmukaisina standardointeina ja kriittisenä kypsänä aineiston käsittelynä.

Väestötasoista tutkimusta on hyvä tehdä Suomessa, sillä osallistumisprosentti tutkimuksiin on yleensä korkea. Tähänkin tutkimukseen osallistui 77,5 % kohdejoukosta. Osallistumattomista voidaan Suomessa myös saada tietoa joko terveyskeskuksen omista tai sitten virallisista Kelan ja Tilastokeskuksen rekistereistä katoanalyysiä varten. Osallistumattomilla oli tässä tutkimuksessa esimerkiksi hieman useammin sokeritauti, minkä vaikutusta tutkimustulosten yleistettävyyteen pohdittiin väitöskirjassa ansiokkaasti.

Hämmästyttävää on, miten yleisiä sokeriaineenvaihdunnan poikkeavuudet ovat niin Savitaipaleella kuin kirjallisuuskatsauksessa esitetyissä muiden maiden ja maanosien väestöissä. Savitaipaleella kohdejoukossa oli diabeetikoita 8,1 %, sokeriaineenvaihdunnan poikkeavuudet lisääntyivät iän myötä niin, että joka kolmannen 60–64 -vuotiaan sokeriaineenvaihdunta oli jo poikkeavaa. DECODE -tutkimuksen mukaan 16 %:lla eurooppalaisista tämän ikäisistä on diabetes, kiinalaisilla ja japanilaisilla hieman vähemmän, mutta intialaisilla vastaavan ikäisillä miehillä jo 41 %:lla ja naisilla 35 %:lla on diabetes.

Maailmalla alkoi ensin kertyä tietoa, että tyypin 2 diabeteksen komplikaatioita voidaan vähentää hyvällä hoidolla. Vuonna 2001 *Tuomilehto* työtovereineen julkaisi tulokset, että tyypin 2 diabetesta voidaan ehkäistä muuttamalla elintapoja siinä vaiheessa, kun sokerinsieto on heikentynyt tai paaston aikainen plasman sokeri on kohonnut. Saramies on kehittänyt poikkeavan sokeriaineenvaihdunnan tunnistamiseksi pisteytysmallin, jonka avulla voidaan kohdentaa sokerirasituskoe niille henkilöille, joilla on suurin sairastumisvaara.

Savitaipaleen tyypin 2 diabetes -projekti on kaunis esimerkki siitä, miten seulonta- ja ehkäisyprojekti

saadaan terveyskeskuksessa toteutumaan. Savitaipaleella terveyskeskuksen henkilökunta tuli innostuneena mukaan, vapaaehtoisjärjestöistä Savitaipaleen Naisvoimistelijat saatiin mukaan, ja lisäksi kunnan päättäjät ja kunnanjohtaja sitoutuivat projektiin. Erikoissairaanhoidon kanssa tehtiin kiinteää yhteistyötä. Lopuksi tulokset arvioitiin tieteellisesti ja raportoitiin ansiokkaasti.

Jatkossa olisi tärkeää raportoida seulonnan molemmat osiot englanninkielisinä artikkeleina. Koska Savitaipaleella tehtiin myös interventiota näille suurimmassa sairastumisvaarassa oleville, lukija odottaa suurella mielenkiinnolla arvokasta tietoa tehdyistä interventioista ja niiden vaikuttavuudesta.

Lämpimät onnitteluni Jouko Saramiehelle työtovereineen sekä Savitaipaleen kunnalle.

Pirjo Immonen-Räihä
dosentti
Turun yliopisto, yleislääketiede

KIITOS YHTEISTYÖSTÄ!

*Eläkkeelle vetäytynyt
markkinajohtaja,
Detrusitol 2 mg x 2 tabletti
kiittää menestyksekkäistä
vuosista yliaktiivisen
rakon hoidossa
ja toivottaa uudeksi
johtavaksi yliaktiivisen rakon
lääkkeeksi nimitetylle
Detrusitol SR 4 mg x 1
depotkapselille erinomaista,
pitkävaikutteista uraa.*

08/2005
Väimisteilyhteenveto sivulla 59.

Pfizer

Jouko Saramies



Väitteljän puheenvuoro

Ilo tehdystä työstä

Halusin yleislääkäriksi jo nuorena poikana, kun olin kunnanlääkäri-isäni mukana kotikäynneillä, ja istuin pimeän taksin takapenkillä. Autokyyti oli jo sinänsä jännää, mutta yhteinen aika isän kanssa oli herkkua hänen muuten niin kiireisen työnsä takia. Terveystenhoito oli 40 vuotta sitten nykyiseen verrattuna melko kehittymätöntä eikä tautien hoidosta tiedetty niin kuin nyt. Kaikesta kuitenkin näki, että isän työ oli ihmisille tärkeää. Tämä tärkeän työn tunne säilyi, ja opiskelu oli motivoivaa tietäessäni, että yleislääkärinä tarvitsen kaikkea sitä tietoa, jonka opiskelulla yliopistossa kiusasin itseäni. Kun valmistuin, oli valittava joko tieteellinen yliopistoura tai käytännön lääkärin ura – terveyskeskuslääkärinä ei silloin ollut juurikaan mahdollisuuksia tieteelliselle tutkimukselle. Nyt yliopistoihin on perustettu yleislääketieteen yksiköjä, ja niissä on julkaistu suuri määrä väitöskirjoja, joten tilanne on nuorille toinen.

Sairauksien ehkäisy on minusta aina ollut parasta yleislääkärin työssä, ja kun tutkijoille alkoi selvitä tyyppin 2 diabetes valtimotautien aiheuttajana, sen seulontaan ja ehkäisyyn liittyvä projekti tuntui minusta hyvältä valinnalta. Ryhdyimme Savitaipaleella seulomaan diabetesta keski-ikäisistä kuntalaisista, ja teimme valtimotautiriskin arvioimiseksi tarvittavia glukoosirasituskokeita, veren rasvatutkimuksia ja mittauksia. Järjestimme korkean riskin ihmisille mahdollisuuden osallistua

liikunta- ja painonhallintaryhmiin. Mauno Vanhalan kanssa keskustelimme useaan otteeseen myös väitöskirjasta, ja kun hän ja monet muut rohkaisivat minua, otin yhteyttä myös Oulun yliopiston kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitoksen professori Sirkka Keinänen-Kiukaaniemeeen, jonka lausunnon perusteella kerätyt tiedot riittävät väitöskirjaan. Maunosta ja Sirkasta tuli ohjaajiani.

Suoritin ensitöikseni Lappeenrannan teknillisessä yliopistossa tilastomatematiikan peruskurssin ja Mikkelin kesäkauppakorkeakoulussa SPSS-kurssin, ja pääsin niillä hyvään alkuun. Toimin perusturvosaston osastopäällikkönä ja ylilääkärinä, ja sovin työnantajani kanssa, että hoidan johtamiseen liittyvät tehtävät 60% työajalla, lopun ajan varasin tutkimukselle ja palkottomalle virkavapaalle. Sain esimieheltäni luvan käyttää työhuonettani ja tietokonetta vapaasti ja korvauksetta halujeni mukaan. Osa-aikatyön käytännön toteuttaminen aiheutti jatkuvasti hankaluutta, ja välillä olin töissä maanantaista keskiviikkoon, välillä kaikkina päivinä aamupäivät ja välillä vuoroviikot; aina tuntui, että tutkimus jää ”jalkoihin” eikä edisty, koska ajatusten siirtäminen virkatoimista tutkimuksen tekemiseen oli vaikeaa. Aineiston tilastotieteellinen tutkiminen, uusien muuttujien luominen, yhteyksien etsiminen ja mallinnus oli vähän liiankin hauskaa ja syrjähtelin helposti asiasta, tietokone kun laskee tuhansia monimutkaisia laskutoimituksia muutamassa sekunnissa täysin virheettää, ja

sitä on liian helppo käskää tekemään milloin mitään. Aineisto ainakin tuli tutuksi, mikä oli hyvä asia loppupeliä ajatellen. Eniten edistyin viimeisen vuoden aikana, kun jäin kokonaan virkavapaalle. Palkaton virkavapaus on perheen talouden kannalta hankalaa ja pakotti keskittämään ajatuksia itse asiaan, vaikka sainkin kaksi apurahaa ja EVO-tutkijakuukausia.

Ouluun matkustin kahtena päivänä kuukaudessa. Sirkka Keinänen-Kiukaanniemen ja systeemi-suunnittelija *Markku Koirasen* kanssa pohdimme kotiläksyjen tuloksia ja niistä herääviä uusia kysymyksiä sekä teimme tilastollisia ajoja, muuna aikana tein ajot itse. Mauno Vanhalan kanssa keskustelimme paljon puhelimesta. Nykyiset tietoliikenne-yhteydet ovat avanneet ”maalaislääkärille” valtavat tietolähteet, ja Oulun yliopiston internetsivujen kautta pääsee eri tieteellisiin lehtiin, tuntuu kuin istuisi jonkin suuren tieteellisen keskuskirjaston ainoana asiakkaana. Monet artikkelit saa tulostettua täydellisinä pdf-muodossa. Hakukoneiden käyttö kannattaa kyllä opetella jo tutkimuksen alussa: minä en sitä tehnyt, ja käytin siksi luultavasti paljon harhapolkuja, ja monet polut jäivät löytymättä.

Valitsin väitöskirjan muodoksi suomenkielisen monografian, koska ajattelin sen soveltuvan aiheeseeni parhaiten. Väitöskirjan tekeminen oli tiivis kirjallinen ja henkinen prosessi. Aluksi kaikki oli vierasta ja outoa, ja minulta meni kauan sen ymmärtämisessä, mikä väitöskirjas-

ta lopulta tulee vai tuleeko mitään. Tiedeyhteisön puute vaivasi, ja kaipasin mahdollisuutta piipahtaa kokeneemman luona kysymässä jotain pieneltä tuntuvaa asiaa, jota taas ei viitsinyt kysyä puhelimesta. Kahvipöydän vihjepankki oli ulottumattomissani Oulussa käydessäni eikä puhelinkaan vastaa henkilökohtaista kontaktia. Laitoksella sain rohkaisua puheista, että monet muutkin ovat täällä opiskelleet ja ”ovathan nuo ajallaan valmistuneet”. Oletan, että osajulkaisuista tehtävä väitöskirja palkitsee nopeammin, ja julkaisupäätöksen saaminen on jo askel eteenpäin. Kirjoittamisvaihe myös jäntevöityy, kun lehtien määräajat painavat päälle. Monografiassa kaikki tuntuu joskus yhtä pitkältä kuin leveältäkin, ja toivottomuuden tunne voi alkaa saada sijaa. Posterit kongresseissa olivat siihen tautiin pirstävää dopingia. Luulin osanneeni suomea, mutta kielentarkastajalla oli yhtä paljon työtä tekstini korjaamisessa kuin hänellä olisi varmaan ollut englanninkielisessä tekstissäkin. Kannattaa varautua henkisesti.

Osittainen virkavapauteni kesti neljä vuotta, ja lisäksi olin kokonaan virkavapaalla melkein vuoden. Joskus sijainen oli tekemässä potilasvastaanottoa, mutta välillä minua olisi tarvittu potilastyöhön, ja koin syyllisyyttä siitä, että olin itsekkäästi varannut opinnoille omaa aikaa. En tehnyt viikonloppuisin työtä, mutta arkisin päivät venyivät iltaan. Olin kotona, vaikka vaimon ja lasten mielestä en aina paikalla, kärsimättömyys saattoi joskus myös purkautua

huonotuulisuutena (kuulemma).

Olen iloinen, että lähdin tekemään väitöskirjaa ja sain sen lopulta aikaiseksi. Uskon, että yleislääkärille on hyötyä esittämästäni pistelaskurista hänen miettiessään potilaan lähettämistä glukoosirasituskoekseen. Olen testannut pistelaskuria useaan muuhun aineistoon, ja se toimii samalla tavoin niissäkin. Uuden oppiminen on ollut riemukasta ja olen saanut tutustua moniin mielenkiintoisiin ja lahjakkaisiin ihmisiin Suomessa ja muualla. Diabetesta tutkitaan paljon kaikkialla, ja siitä julkistaan tuhansia hyviä tieteellisiä artikkeleita, joiden joukkoon oma työ hukkuu; silti on hienoa saada olla mukana suuressa kokonaisuudessa vaikka pienelläkin panoksella.

Jouko Saramies

PS. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut vastikään tutkimuksen terveyskeskusten tieteellisestä työstä ja tehnyt hyviä esityksiä parantaa tutkimuksen edellytyksiä (Tutkimustoiminta terveyskeskuksissa: nykytila ja tulevaisuus. Työryhmämuistioita 2005:4). Näihin ehdotuksiin kannattaa tarttua!

Jouko Saramies

Typin 2 diabeteksen riskitekijät ja poikkeavan glukoosiainevaihdunnan seulonta perusterveydenhuollossa
Oulu University Press, Oulu 2004
Acta Universitatis Ouluensis
D Medica 812
ISBN 951-42-7601-9 (nid.)
ISBN 951-42-7602-7 (pdf)

Yleislääketieteen yksiköt Suomessa

• KARI MATTILA (toim.) •

Yleislääketieteen yksiköitä on yliopistoissa ja yhä lisääntyvässä määrin terveydenhuollon organisaatioissa. Tämä raportti pyrkii antamaan kokonaiskuvan tämänhetkisestä tilanteesta, eri yksiköiden tehtävistä, hallinnosta, rahoituksesta, suunnitelmista ja henkilöstöstä. Taulukkoon 1 on koottu yksiköiden valtakunnallinen hajonta ja yhteystiedot.

Yleislääketieteen oppiala on edustettuna kaikissa Suomen lääketieteellisissä tiedekunnissa. Oppialan sijoittuminen yliopiston ja tiedekunnan organisaatioon vaihtelee, samoin vaihtelevat oppialan käytössä olevat resurssit. Oppialan tehtävät ja merkitys tiedekunnan toimintojen kokonaisuudessa voivat olla hyvin erilaisia. Jokaisella yleislääketieteen yliopistollisella yksiköllä on oma yksilöllinen elämänsä ja toimintatapansa.

Yliopistojen toiminta perustuu lainsäädäntöön. Yliopistoja rahoittaa opetusministeriö (OPM). Yliopistoilla on kolme tehtäväaluetta hoidettavanaan: opetus, tutkimus ja ns. kolmas tehtävä eli yhteistyö ympäröivän yhteiskunnan kanssa. Kaikki yleislääketieteen oppialat osallistuvat näihin tehtäviin omien edellytystensä mukaisesti.

Perustutkimtoa suorittavien ja suorittaneiden opiskelijoiden määrä on yksi mittareista, joilla määritel-

lään OPM:n yliopistolle maksama perusrahoitus. Sitä tehdään, mitä palkitaan. Peruskoulutukseen osallistuminen kuuluu jokaisen yleislääketieteen oppialan perustehtäviin. Yleislääketieteen opettajat ovatkin perusopetuksen aktiivisia kehittäjiä sekä valtakunnallisesti että omissa tiedekunnissaan (kuva 1). Kun lääketieteellisten tiedekuntien sisäänottoja supistettiin 90-luvun alussa, samalla supistettiin lääketieteellisten tiedekuntien voimavaroja vastamaan pienentyneitä opiskelijamääriä. Kun sisäänottoja myöhemmin lisättiin merkittävästi, tiedekuntien voimavaroja ei palautettu entiselleen. Tiedekunnilla on rajalliset resurssit peruskoulutukseen, ja yleislääketieteen oppiala on vain yksi muiden oppialojen joukossa niitä jakamassa.

Erikoislääkärikoulutus on aseituksen mukaan yliopistollinen tutkinto ja kuuluu yliopiston tehtäviin. Jostain syystä yliopistot ja OPM eivät tulosneuvotteluissa laske suoritettuja erikoislääkäritutkintoja tulokseksi, joka lisäisi yliopiston rahoitusta. Siksi tiedekunnatkaan eivät ole kiinnostuneita sijoittamaan erikoislääkärikoulutukseen. Yleislääketieteen oppiala on täysin riippuvainen OPM:n kautta yliopistolle tulevasta rahoituksesta. Yliopistoyksiköiden taloudelliset mahdollisuudet panostaa yleislääketieteen

erikoislääkäritutkinnon toteutukseen ovat hyvin vähäiset. Sama koskee perusterveydenhuollon lisäkoulutusta, joka ei edes ole yliopistolaikien tarkoittama tutkinto.

Tohtorin tutkinto on tuotos, josta OPM palkitsee yliopistoja. Lääketieteellisten tiedekuntien sisäisessä rahanjaossa yleislääketieteen tutkimus ei kuitenkaan pärjää ”impaktitehtailussa”. Yliopisto pystyy tarjoamaan niukat perusedellytykset yleislääketieteen tutkimukselle, mutta varsinainen tutkimusrahoitus on taisteltava muualta. Yliopiston kolmannen tehtävän täyttämiseen, yhteistyöhön ympäröivän yhteiskunnan kanssa, yleislääketieteen yksiköt osallistuvat vaihtelevasti oman profiilinsa mukaisesti.

Yleislääketieteen erikoisosaajaksi kasvaminen on mahdollista vain yleislääkäriin työn yhteydessä. Terveyskeskukset ovat siten avainasemassa yleislääkärikoulutuksessa. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) korvaa lääkärikoulutuksesta ja lääketieteellisestä tutkimuksesta kunnille koituvia kustannuksia ns. koulutus- ja tutkimusEVO:n avulla. Terveyskeskus saa esimerkiksi erikoislääkärikoulutuksessa olevasta opiskelijasta EVO-rahaa 1350 € kuukaudessa. Selvitysten mukaan korvaus ei läheskään aina ole kohdistunut koulutukseen ja koulutukseen osallistuvien palkitsemiseen. Tämä ja yliopis-



Kuva 1. Yleislääketieteen yliopisto-opettajia uraportilla Kuopion valtakunnallisilla opettajapäivillä elokuussa 2005.

tojen niukat resurssit ovat olleet yksi syy perustaa yleislääketieteen yksiköitä terveydenhuollon organisaatioihin. Tarkoitus on terveyskeskusten, erikoissairaanhoidon ja yliopiston yhteistyöllä turvata laadukas koulutus terveyskeskuksissa ja siten tuottaa osaavia perusterveydenhuollon lääkäreitä oman miljoonapiirin alueelle.

Erikoissairaanhoidon yhteyteen perustetuilla yleislääketieteen yksiköillä on myös muita tehtäviä, jotka vaihtelevat alueittain. Tavoitteena on kehittää ja parantaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä. Yksiköt toimivat terveyskeskusten äänitorvina erikoissairaanhoidon, puskurina rajapinnassa ja voiteluaineena saranassa. Tehtäväalueina voivat koulutuksen lisäksi olla tutkimuksen ja erilaisten kehittämishankkeiden tukeminen, hoitoketjujen rakentaminen ja juurruttaminen sekä verkostojen rakentaminen ja ylläpitäminen. Yksiköiden rahoitusratkaisut ovat luovia, mutta keskeisenä rahoituslähteenä on terveyskeskusten sopimukseen perustuen maksama osuus koulutus-

ja tutkimusEVOsta. Alueelliset tai valtakunnalliset hankerahat sekä EU-tuet ovat osa yksiköiden rahoitusta. Nykyiset yksiköt toimivat yhteistyössä yliopiston kanssa personaaliunionin välityksellä. Yliopiston professori tai muu opettaja on usein sivuvirassa yksikössä.

Erikoissairaanhoidon yhteydessä olevien yleislääketieteen yksiköiden merkitys on ymmärretty laajemminkin kuin yliopistollisissa sairaaloissa. Useissa sairaanhoitopiireissä on pitkälle meneviä suunnitelmia yksiköiden perustamisesta. Seuravassa esiteltävät yleislääketieteen yksiköt kertovat tilanteesta syksyllä 2005. Muutaman vuoden kuluttua karta on huomattavasti tiheämpi. Se on yleislääketieteen ja koko terveydenhuoltojärjestelmän edun mukaista.

Kari Mattila

*yleislääketieteen professori
Tampereen yliopisto
ylilääkäri, yleislääketieteen yksikkö
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri*

Professori Pertti Kekki

Helsingin yliopiston yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto

Helsingin yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos kuuluu osastona Kliiniseen laitokseen, muut osastot ovat HYKS:n klinikoita. Oppiala vastaa yleislääketieteen suomenkielisestä perusopetuksesta, perusterveydenhuollon lisäkoulutuksesta, yleislääketieteen erikoislääkärikoulutuksesta ja tieteellisestä jatkokoulutuksesta. Yksikkö on tuottanut yli 20 vuotta merkittävää tutkimus- ja kehittämisyyhteistyötä terveyskeskusten kanssa. Lisäksi yksikkö toteuttaa huomattavan laajaa yleislääkäreiden kliinistä täydennyskoulutusta sekä merkittävää laatuun ja johtamistaitojen kehittämiseen kohdentuvaa kansainvälistä koulutusohjelmaa.

Osasto on Maailman terveysjärjestön yhteistyökeskus perusterveydenhuollon inhimillisten voimavarojen, erityisesti yleislääkäreiden koulutuksen ja osaamisen kehittämisessä. Tähän liittyvät osittain kansainväliset ohjelmat terveydenhuollon laadun ja johtamistaitojen kehittämisessä. Diploma-ohjelma kestää säännöllisellä opiskelulla yhden lukuvuoden, työn ohessa noin kaksi vuotta, työn ohessa kauemmin. MQI® vastaa liike-elämästä tunnettuja MBA-ohjelmia. Kursseja voi ottaa myös yksittäisinä täydennyskoulutuskursseina. Kohdealue on perusterveydenhuolto. Kansainvälisyys tarkoittaa, että opetuskieli on englanti, mikä tällä hetkellä on yleisimmässä yliopistoissamme. Useat opettajat ovat ulkomaisia asiantuntijoita tunnetuista yliopistoista ja organisaatioista (mm. Johns Hopkins yli-

opisto Yhdysvalloissa, Manchesterin yliopisto Englannissa, Maailman terveysjärjestö Genevessä, Maailman Lääkäriliitto Ranskassa). Osallistujia on monista maista. Ohjelmat ja kurssit soveltuvat hyvin suomalaisille terveyskeskuslääkäreille. Valtaosa kursseista on hyväksytty sekä erikoistumiseen että tieteelliseen jatkokoulutukseen. Painotus on johtamistaitojen ja laadun kehittämisen oppimisessa. Tutkimuksesta kiinnostunut yleislääkäri löytää hyödyllisiä menetelmäkursseja todellisten asiantuntijoiden opettamina. Lisätietoa internetissä: www.yle.helsinki.fi/

Toukokuussa 2004 Helsingissä käynnistyi hanke yleislääketieteen yksikön perustamiseksi yliopistosairaalaan. HUS-piiri on järjestelyissä aktiivisesti mukana. Yksikkö aloittaa 2006 alussa. Tähän liittyi määräaikaisen yleislääketieteen ja avoterveydenhuollon professuurin perustaminen kesäkuun alussa. Tämä professuuri sijoittuu Kliiniseen laitokseen ja alkaa 1.1.2006. Virka täytetään kutsumenettelyllä.

Professori Matti Klockars

Yleislääketieteen yksikkö Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitoksessa

Helsingin ruotsinkielinen yleislääketieteen professori on runsaat 10 vuotta toiminut Kansanterveystieteen laitoksella. Laitoksessa ovat edustettuina perusterveydenhuollon kannalta tärkeät oppialat kuten epidemiologia, työterveyshuolto, terveystaloustiede, biostatistiikka, kansanterveystiede, lääketieteen etiikka, ympäristölääketiede, lääketieteellinen sosiologia, terveyden- ja sairaanhoidon hallinto ja vakuutuslääketiede.

Yksikkö vastaa ruotsinkielisen opintolinjan (opiskelijamäärä on 5%

Helsinki

Helsingin yliopiston yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto
Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto, PL 41 (Mannerheimintie 172), 00014 Helsingin yliopisto, puh. (09) 191 27 408, sähköpostiosoite pertti.kekki@helsinki.fi

Yleislääketiede Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitoksessa
Kansanterveystieteen laitos, (Mannerheimintie 172 B), PL 41, 00014 Helsingin yliopisto, puh. (09) 19127560, sähköpostiosoite matti.klockars@helsinki.fi

Kuopio

Kuopion yliopiston kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos
Kuopion yliopisto, Yleislääketiede, PL 1627, 70211 Kuopio, käyntiosoite: Harjulantie 1 B, 3. kerros, Canthia, kanslian puh: (017) 162 948 tai 162 921, kotisivut: www.uku.fi/y/el

Yleislääketieteen yksikkö Kuopion yliopistollisessa sairaalassa
Kuopion yliopistollinen sairaala, Yleislääketieteen yksikkö, postiosoite: PL 1777, 20311 Kuopio, käyntiosoite: Puijonlaaksontie 2, kotisivut: <http://www.pssh.fi>

Oulu

Oulun yliopiston kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos
Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos, PL 5000, 90014 OULUN YLIOPISTO, Käyntiosoite: Aapistie 1, puh. (08) 537 5011 (vaihde)

Yleislääketieteen yksikkö Oulun yliopistollisessa sairaalassa
Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos, PL 5000, 90014 OULUN YLIOPISTO, Käyntiosoite: Aapistie 1, puh. (08) 537 5011 (vaihde)

Tampere

Yleislääketieteen oppiala Tampereen yliopiston lääketieteen laitoksessa
Professori Kari Mattila, yleislääketiede, K-rakennus, 33014 Tampereen yliopisto, puh. 03-35517100, kari.j.mattila@utu.fi

Yleislääketieteen yksikkö Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä
Yleislääketieteen vastuualue, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Yhtymähallinto, PL 2000, 33521 Tampere, puh. 03-311611, sähköposti on muotoa etunimi.sukunimi@pshp.fi

Turku

Turun yliopiston yleislääketieteen laitos
Professori Sirkka-Liisa Kivelä, Turun yliopisto, yleislääketiede, Lemminkäisenkatu 1, 20014 Turun yliopisto, puh. 02-333 8424, sähköposti: sirkiv@utu.fi

Yleislääketieteen yksikkö Turun yliopistollisessa keskussairaalassa
Professori, ylilääkäri Sirkka-Liisa Kivelä, Turun yliopisto, yleislääketiede, Lemminkäisenkatu 1, 20014 Turun yliopisto, puh. 02-333 8424, sirkka-liisa.kivela@utu.fi

Yleislääketiede Porin yliopistokeskuksessa
Professori Raimo Isoaho, Porin yliopistollinen opetusterveyskeskus, Siltapuistokatu 2, 28100 Pori, puh. 044-7019209, raimiso@utu.fi

Taulukko 1. Yleislääketieteen yksiköt yhteystietoineen.

kaikista maamme yliopistoihin otetuista opiskelijoista eli tänä vuonna 30 opiskelijaa) perusopetuksesta (5.0 opintoviikkoa). Osa ruotsinkielisestä peruskoulutuksesta (tk-opetus) järjestetään Vaasan sairaanhoitopiirin alueen terveyskeskuksissa. Yksikkö osallistuu myös tiedekunnan 'Kasvaminen lääkäriksi' opetukseen. Lisäksi yksikkö on vastannut kaikkien lääketieteen opiskelijoiden vakuutuslääketieteen opetuksesta (0.4 ov) ja perusterveydenhuollon lisäkoulutuksen (PTL) teoreettisesta vakuutuslääketieteen opetuksesta (8 tuntia).

Oppialan professori toimii myös erikoislääkärikoulutuksen vastuuhenkilönä. Erikoistajat valitsevat itse minkä vastuulaitoksen koulutusohjelmaan he haluavat kirjoittautua. Tällä hetkellä laitoksen vastuulla on noin 80% Helsingin yliopiston yleislääketieteeseen erikoistujista eli lähes 200 erikoistujaa.

Sekä peruskoulutuksen, perusterveydenhuollon lisäkoulutuksen että erikoislääkäri-koulutuksen osalta on solmittu koulutus sopimuksia (kts. HY/lääketieteellisen tiedekunnan kotisivut) Pääkaupunkiseudun, Uudenmaan ja Pohjanmaan terveyskeskusten kanssa.

Teoreettista koulutusta on koordinoitu ja yhdistetty työterveyshuoltoon erikoistuvien koulutukseen. Yhteistyökumppaneina ovat olleet Työterveyslaitos ja lähitulevaisuudessa myös Kansanterveyslaitos.

Uuden yleislääketieteen ja avoterveydenhuollon yksikön perustaminen HUS:iin tullee muuttamaan oppialan koulutuksen rakenteellisia kehyksiä ja henkilöstökuvia.

Akateeminen terveyskeskus

Akateeminen terveyskeskus on Kansanterveystieteen laitoksella toimiva

perusterveydenhuollon tutkijakoulutusohjelma. Terveyskeskustyöntekijöille suunnattu koulutusohjelma on moniammatillinen ja poikkitieteellinen. Periaatteena on ollut, että koulutusohjelmassa mukana olevan väitöskirjantekijän tutkimusaiheet nousevat terveyskeskustyön käytännön ongelmista tai oman työn kehittämistarpeista. Mukaan valittujen väitöskirjaprojektien tulosten oletetaan edistävän paitsi tutkimusterveyskeskuksen, myös muiden suomalaisten terveyskeskusten toimintakäytäntöjä ja potilastyötä.

Laitos antaa tutkijaryhmille koulutusta ja tukea tutkimustyön itenäiseen läpiviemiseen kuukausittain tutkijaseminaareissa. Tohtori-koulutuksen lisäksi Akateeminen terveyskeskus käsittää myös seitsemän mukana olevan terveyskeskuk- sen tutkimus- ja kehittämishankkeita, joihin verkostoyhteistyö tuo voimaa ja yliopisto tieteellistä tutkimusotetta.

Akateeminen terveyskeskus toimii aidosti verkostoyhteistyön avulla, suurimmaksi osaksi talkoo- tai ainakin partiohengellä. Koulutusohjelmaa hallinnoi ja koordinoi Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitos, jolla on yhteistyösopimukset seitsemän terveyskeskuksen (Jyväskylä, Kotka, Vantaa, Espoo, Lahti, Nurmijärvi, Kouvolan seutu) kanssa. Sopimuksella myös työnantajaterveyskeskus sitoutuu tutkimustyön mahdollistamiseen työn ohessa, työntekijä taas sen läpiviemiseen.

Kansanterveystieteen laitoksen professoreista kaksi, yleislääketieteen professori *Matti Klockars* ja terveyden- ja sairaanhoidon hallinnon professori *Mats Brommels* sekä kliininen opettaja *Outi Elonheimo* (outi.elonheimo@helsinki.fi) osallistuvat Akateemisen terveyskeskuksen toimintaan.

Professori Esko Kumpusalo

Kuopion yliopiston kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos

Yleislääketiede akateemisena opetusalanana tuli Kuopion yliopistoon (KY) 1989. Sijoituspaikaksi tuli kansanterveystieteen laitos, jonka nimi muutettiin samalla kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitokseksi. Laitoksessa ovat edustettuina edellä mainittujen oppialojen lisäksi epidemiologian, terveys sosiologian, geriatrian, työlääketieteen sekä ympäristöterveydenhuollon oppituolit. Vakituisen henkilökunnan määrä tutkijoiden lisäksi on runsaat 40. Yleislääketieteessä on 2 professoria, 3 kliinistä opettajaa, 1.5 opetushoitajaa ja koulutussihteeri. Kuopion yliopistossa toteutetaan 2005 loppuun mennessä hallinnonuudistus, jonka yhteydessä kliinisten erikoisalojen, kuten yleislääketieteen, sijoituspaikkaa harkitaan uudelleen.

Uuden tutkintoasetuksen mukaisesti Kuopion yliopistossa lääketieteen lisensiaatin tutkintoon sisältyy 360 opintopistettä. Yleislääketieteen vastuulla tästä on 20 opintopistettä sekä lisäksi perusterveydenhuollon lisäkoulutus (2 vuotta) ja yleislääketieteen erikoislääkärikoulutus.

Kuopion yliopiston yleislääketieteessä korostuvat kliinisten ydintietojen ja taitojen osaaminen ja opettaminen, kriittinen terveydenhuoltotutkimus, terveyden edistäminen sekä aktiivinen opetusterveyskeskusverkosto. Viime vuosina on kehitetty entistä aktiivisempaa yhteistyötä Kuopion yliopiston, Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) sekä yliopistoterveyskeskusten välille. Opetus-, tutkimus- ja kehittämistyötä varten on solmittu 55 terveyskeskuksen kanssa ns. yliopis-

toterveyskeskussopimus, jonka tavoitteena on

1. Yhteistyöverkoston rakenteiden luominen KY:n, KYS:n ja sopimukseen sitoutuneiden peruskuntien kesken.

2. Luoda hajautettu koulutusmalli, joka sisältää lääkäriopintojen perusterveydenhuollon opetuksen jatkumon perusopetuksesta perusterveydenhuollon lisäkoulutukseen ja erikoislääkärikoulutukseen.

3. Luoda, käynnistää, vahvistaa ja tukea perusterveydenhuollon tutkimus- ja kehittämistoimintaa.

4. Lisätä terveystieteiden hoidonkulttuurista, terveystieteiden tutkimusta ja lievittää terveystieteiden lääkäripulaa.

5. Rakentaa kestäviä ja toimivia hoitoketjuja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille, jolloin sairauksien hoito ja ehkäisy paranevat.

Professori Esko Kumpusalo

Kuopion yliopistollisen sairaalan yleislääketieteen yksikkö

Yleislääketieteen yksikkö aloitti toimintansa Kuopion yliopistollisen sairaalan tutkimus- ja opetusyksikössä Kuopio-sopimuksen mukaisesti maaliskuussa 2002. Yksikön rahoittavat Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri sekä yliopistoterveyskeskussopimuksen solmineet kunnat ja kuntayhtymät.

Yksikön tehtävät ovat:

1. Suunnitella ja kehittää yleislääketieteen perus- ja jatkokoulutusta terveystieteissä

2. Antaa työhönsä terveystieteissä tehtävissä tutkimus- ja kehittämistyössä

3. Yleislääkäripäivystyksen opetuksen järjestäminen lääketieteen perusopetuksessa

4. Sairaanhoitopiirin sairaaloiden ja sairaanhoitopiirin alueella toimivien terveystieteiden välisen yhteistyön ja hoitoketjujen kehittäminen

5. Merkittävien kansansairauksien primaari- ja sekundaariprevention tutkiminen ja kehittäminen sairaanhoitopiirin alueella

6. Muut sopijapuolien kesken sovitut yleislääketieteellisen toiminnan kehittämiseen kuuluvat tehtävät.

Yksikön sivuvirkaisena ylilääkärinä toimii yleislääketieteen professori. Yksikköön on perustettu apulaisylilääkärin virka 1.3.2005 alkaen. Lisäksi yksikössä toimii neljä aluekouluttajaa. Aluekouluttajina toimivat yliopistoterveyskeskussopimuksissa työskentelevät terveystieteiden lääkärit, joilla on kiinnostusta terveystieteiden toiminnan kehittämiseen ja terveystieteissä tapahtuvaan opetus- ja tutkimustoimintaan. Aluekouluttaja on ensisijaisesti yliopistoterveyskeskuksen palveluksessa oleva yleislääketieteen erikoislääkäri. Aluekouluttajan toimen pituus vaihtelee kolmesta kuukaudesta 12 kuukauteen, ja lääkäri jatkaa työtään oman terveystieteiden palveluksessa. Aluekouluttajan työ jakaantuu yleislääketieteen erikoislääkärikoulutuksen kehittämisen, oman alueen terveystieteiden kouluttajalääkäreiden työn tukemisen ja oman tutkimuksen kesken. Työkuva voi vaihdella opetustarpeiden ja tutkimuksen vaatimusten mukaisesti. Lisäksi yksikössä toimii erillissopimuksin biostatistikko sekä eurolääkäreiden ja yleislääketieteen erikoistuvien lääkärien osa-aikaisia mentoreita.

Perusterveydenhuollossa tehtävän tutkimustyön kehittämiseksi yleislääketieteen yksikössä käynnistyi vuonna 2005 perusterveydenhuollon tutkijakoulun pilottihanke, jonka ra-

hoittaa sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Tutkijakoulussa on 6 tutkijapaikkaa. Tutkijalääkärit ovat Kuopion yliopiston tieteellisessä jatkokoulutuksessa olevia terveystieteiden lääkäreitä, jotka työskentelevät keskimäärin 9 kk vuodessa omassa terveystieteiden työssään ja 3 kk tutkimusvapaalla. Ohjaajina toimivat professorit ja dosentit sekä perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoidosta.

Professori Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi

Oulun yliopiston kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos

Oulun yliopistolla on lääkäreiden kouluttamisesta pian puolivuosittaiset perinteet. Yleislääketieteen oppiala omine opettajineen astui oppialojen joukkoon 1983, jolloin ensimmäiset virat terveystieteiden harjoittelua ja yleislääketieteen opetusta varten perustettiin. Virat sijoitettiin Kansanterveystieteen laitokselle, jonka tehtäviin kansanterveystieteen opettaminen oli perinteisesti kuulunut.

Tätä nykyä Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos (KTTYL) on yksi suurimmista ns. kliinisteoreettisista laitoksista. Laitos on 4 lääketieteen pääoppialan (kansanterveystiede, työterveyshuolto, yleislääketiede, geriatria) ja 4 erikoistumisalan (terveydenhuolto, työterveyshuolto, yleislääketiede, geriatria) muodostama tiede- ja opetusyhteisö, jonka tehtävänä on edistää edustamiensa alojen ja niihin läheisesti liittyvien muiden tieteenalojen tutkimusta ja antaa näiden alojen ylittävää opetusta lääketieteen ja muiden terveystieteiden opiskelijoille sekä ammatillisessa ja tieteellisessä jatkokoulutuksessa oleville.

Laitoksen oppialat (yleislääke-

tiede (YL), työterveyshuolto (TTH) ja kansanterveystiede (KTT) ja geriatria (GER) vastaavat yhteensä n. 30 opintopisteen eli n. 20 opintoviikon suuruisesta osuudesta lääkärien 360 opintopisteen perusopetuskonaisuudesta. Neljän erikoistumiskoulutusohjelman puitteissa ammatillisessa jatkokoulutuksessa eli erikoistumiskoulutuksessa on n. 250 koulutettavaa eli noin kolmannes kaikista tiedekunnan erikoistuvista. Lisäksi yleislääketieteen oppiala vastaa lääkäreiden perusterveydenhuollon lisäkoulutuksen terveystieteiden suorittavien palvelujen hyväksymisestä, koordinoinnista ja siitä, että kouluttautuminen tapahtuu suunnitellusti, monipuolisesti ja ohjatusti.

Yleislääketieteen oppialalla on 2 professorin virkaa, 4 apulaisopettajan virkaa ja opetusasioiden suunnittelija (ent. opetushoitaja). Laitoksella on lisäksi 3 kokoaikaista (2 kansanterveystieteen ja 1 geriatrian professuuri) ja 1 osa-aikainen vakinaisen professorin, 2 kansanterveystieteen yliassistentin ja 2 assistentin virkaa. Yksi apulaisopettajan virka on määräaikaisesti muutettu yleislääketieteen, erityisesti perhe- ja yhteisöläketieteen professuuriksi ja yksi yliassistentuuri kansanterveystieteen professorin viraksi. Lisäksi laitoksella on 2 toimistosihiteeriä, 3 sovellussuunnittelijaa, ATK-neuvoja ja lukuisia projektitutkijoita ja tutkimusapulaisia.

Laitoksen n. 10 vuotta sitten valmistuneet tilat sijaitsevat tiedekunnan ja yliopistosairaalan välittömässä läheisyydessä Kastellin tutkimuskeskuksessa. Samassa rakennuksessa toimii myös aluetyöterveyslaitos ja Kansanterveyslaitoksen Oulun alueyksikkö. Tiloja on käytettävissä kolmessa kerroksessa. Osa tiloista on vuokrattuna lääketieteellisen tiede-

kunnan telelääketieteen keskukselle ja osa sairaanhoitopiiriin yleislääketieteen yksikön tutkimus- ja kehittämisprojektihenkilöiden käyttöön. Laitokselle on rakennettu 2 etä vastaanottotoimintaan varustettua lääkärin vastaanottohuonetta, joissa laitoksen opettajat ja tutkijat tekevät vastaanottotyötä. Oppialalla työskentelevät opettajat osallistuvat merkittävässä määrin perusterveydenhuollon kehittämishankkeisiin ja moniammatillisen jatko- ja täydennyskoulutuksen toteutukseen.

Yleislääketieteen oppiala on toiminut perustamisestaan lähtien läheisessä yhteistyössä alueen terveystieteiden kanssa, aluksi talkoohennessä, nyttemmin laaja-alaisiin uudistettuihin koulutus sopimukseen perustuen.

Professori Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi

Yleislääketieteen yksikkö Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä

Sairaanhoitopiiriin on jo 1990-luvun puolivälissä perustettu yleislääketieteen yksikkö, jonka toiminnan rahoitus on pääosin katettu tutkimustoiminnan EVO-rahoituksella, koulutus-EVO:lla ja Oulun kaupungille myydyillä yleislääkäripalveluilla. Perusopetusta, perusterveydenhuollon lisäkoulutusta, erikoistumiskoulutusta ja tutkimus- ja kehittämistoimintaa varten alueen terveystieteiden ja muiden terveydenhuoltoyksiköiden kanssa on solmittu koulutus sopimukset, jossa sopijapuolet ovat alueen terveystieteiden, sairaanhoitopiiri ja yliopisto. Sopimuksen myötä myös koulutus toiminnan suunnitteluun ja toteutukseen käytettävissä oleva rahoitus pohja laajenee ja koulutusta voi-

daan antaa suunnitellusti alueen terveystieteiden toiveiden ja tarpeiden mukaisesti huolehtien myös ohjaajalääkäreiden tarvitsemasta tuesta ja koulutuksesta. Terveystieteiden toiveista ja tarpeista on tehty yhteisiin neuvotteluihin perustuva yhteenveto, ja tätä käytetään suunnittelun ja toteutuksen pohjana.

Yleislääketieteen yksikkö sijoituu hallinnollisesti sairaanhoitopiiriin kuntoutuksen tuloksikkoon. Yksiköllä on osa-aikainen ylilääkäri, osa-aikainen hallinnollinen erikoislääkäri, osa-aikainen koulutusasiointi vastaava lääkäri sekä tilastotieteen erityisasiantuntija. Kuluvan syksyn aikana koulutus toiminnan suunnittelua ja käytännön toteutusta varten palkataan aluekouluttajalääkäreitä ja osa-aikainen suunnittelija. ROHTO-toiminta on tärkeä osa yksikön koulutus- ja kehittämistoimintaa. Sairaanhoitopiiriin ROHTO-toiminnasta vastaava ROHTO-aluekoordinaattori on toiminut yksikössä tämän vuoden alkupuolelta lähtien. Hänen työtilansa ovat yliopiston kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitoksella. Myös valtakunnallisen diabeteksen ehkäisyn pilottiprojektin työntekijät sijoittuvat laitokselle.

Sairaanhoitopiiriin yleislääketieteen yksikön tärkeänä tehtävänä opetuksen koordinoinnin ohella on tukea terveystieteiden kaikinpuolista kehittämistä ja perusterveydenhuollossa tärkeiden kliinisten taitojen ja vuorovaikutus-, ryhmätyö ja johtamistaitojen opetusta, siten että yhä useampi opiskelija voisi opintujensa aikana tutustua yleislääkärin työn hienoihin erityispiirteisiin ja olisi halukas hakeutumaan yleislääkärin haastavaan, mutta antoisaan työhön.

Professori Kari Mattila

Yleislääketiede Tampereen yliopiston lääketieteen laitoksessa

Yleislääketieteen oppialan tehtävänä Tampereen yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa on lääkärin peruskoulutus, yleislääketieteen erikoislääkärikoulutus sekä yleislääketieteen alan tutkimus. Peruskoulutukseen oppiala osallistuu tutkinnon kaikissa vaiheissa, ensimmäisestä viimeiseen viikkoon. *Problem based learning* (PBL) -metodi takaa sen, että yleislääkäriopettajat ovat integroituneet tutoreina, suunnittelijoina ja jaksojen vastuuhenkilöinä kaikkeen tiedekunnan opetukseen. Terveyskeskusopetus on hoidettu Etelä-Pohjanmaan ja Pirkanmaan terveyskeskusten ja terveyskeskuslääkärin avustuksella. Seinäjoen keskussairaалassa kirurgian, sisätautien ja yleislääketieteen opetus limittyy useammassa vaiheessa. Yleislääketieteen erikoislääkäritutkinnon koulutusyksikkönä Tampere on perinteisesti ollut suosittu. Tutkimusta on toteutettu aikuiskoulutukseen soveltuvalla itseohjautuvalla menetelmällä, opiskelijan vastuu omasta koulutuksesta on keskeinen periaate. Vuosittain tutkinnon suorittaa n. 30 yleislääketieteen erikoislääkäriä.

Oppiala järjestää ETA-maiden ulkopuolella lääkärin koulutuksen saaneille Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen (TEO) edellyttämät kuulustelut. Kliinisen lääketieteen ja suomalaisen terveydenhuollon tenttejä järjestetään neljästi vuodessa. Nämä kuulustelut läpäisseet pääsevät näyttökokeeseen, joka järjestetään yhteistyössä Kangasalan terveyskeskuksen kanssa. Tätä kautta valmistuu vuosittain n. 50 lääkärinä.

Opetus- ja tutkimustyön kehittä-

miseksi yliopisto on liittoutunut Tampereen yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueen terveyskeskusten ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa. Yhteistyösopimukseen liittyneet Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirien alueen 64 terveyskeskusta muodostavat Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yliopistollisen terveyskeskuksen konsortion. Sopimukseen liittyvän EVO-rahoituksen avulla sairaanhoitopiiriin yleislääketieteen yksikkö tukee koulutuksen ja tutkimuksen käytännön toteutusta alueella.

Yleislääketieteellä ei ole Tampereella omaa laitosta vaan se kuuluu lääketieteen laitokseen. Samaan laitokseen kuuluvat kaikki tiedekunnan kliiniset ja prekliiniset oppialat. Yleislääketieteessä on 3 professoria, joista *Kari Mattila* vastaa oppialan johtamisesta sekä erikoislääkärikoulutuksesta, *Kaija Seppä* peruskoulutuksesta ja *Irma Virjo* mm. tiedekunnan Seinäjoella toteuttamasta koulutuksesta. Yleislääketieteessä on 6 apulaisopettajan virkaa ja opetushoitaja. Laitosneuvosto antaa oppialalle vuosittaisen toimintamäärärahan, joka v. 2004 oli 4800 €. Tutkimustoimintaan oppiala sai lisäksi 5400 € ja erikoislääkärikoulutukseen 3800 €. Laitos palkitsee erikseen osallistumisen perusopetuksen suunnitteluun ja tutorointiin.

Ylilääkäri Doris Holmberg-Marttila ja arviointilääkäri Minna Kaila

Yleislääketieteen yksikkö Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on v. 2004 alusta toiminut yleislääketieteen yksikkö. Yleislääketieteen vas-

tualueen (YLVA) tavoitteena on edistää ja koordinoita perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä.

Yksikön tehtävänä on hoitoketjujen implementointi Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin alueella. Hoitoketjuja rakennetaan terveyskeskusten, erikoissairaanhoidon ja valtakunnallisten hankkeiden (mm. Käypä hoito) yhteistyönä. Yksikkö luo toimintamalleja hoitoketjun kehittämiseen, implementointiin, kouluttamiseen ja tutkimiseen sairaanhoitopiiriin alueella. Oleellista on käytäntöjen juurruttaminen arkityöhön kaikille toiminnan tasoille.

Perusterveydenhuollon koulutus- ja tutkimustehtävää varten yliopistollisen sairaalan miljoonapiiriin terveyskeskusten ja Tampereen yliopiston kanssa on solmittu yhteistyösopimus. Tähän sopimukseen liittyneet terveyskeskukset ovat yliopiston hyväksymiä koulutusterveyskeskuksia ja muodostavat yhdessä Sisä-Suomen ja Pohjanmaan yliopistollisen terveyskeskuksen. Jos terveyskeskuksesta puuttuu koulutusta ohjaava yleislääketieteen erikoislääkäri, yksikkö on sitoutunut järjestämään kouluttajan terveyskeskuksen ulkopuolelta. Tavoitteena on, että terveyskeskuksille ohjattu koulutus-EVO käytetään nimenomaan koulutuksesta aiheutuvien kustannusten korvaamiseen.

Yleislääketieteen yksikkö innostaa terveyskeskuksessa tehtävään tutkimukseen sekä tukee ja auttaa tutkimuksen eri vaiheissa. Tätä varten yksikkö osallistuu PERTTU-seminaarien järjestelyihin (<http://www.uta.fi/laitokset/tsph>). Kuusi kertaa vuodessa kokoontuva seminaari kerää terveyskeskustutkimuksesta kiinnostuneet yhteiseen koulutus-, palaute ja verkottumistilaisuuteen. Yleislääketieteen yksikön yh-

teydessä aloittaa myös arviointilääkäri *Minna Kaila*, jonka tehtävänä on arvioida ja seurata uusien tutkimus- ja hoitomenetelmien käyttöönottoa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella. ROHTO-hankkeen asiantuntijalääkäri on sijoitettuna yleislääketieteen yksikköön. Puolet työajastaan hän palvelee yksikön tehtävissä.

Yksikkö sijoittuu sairaanhoitopiirin organisaatiossa yhtymähallinnon laatikkoon eikä yksiköllä ole omaa kliinistä toimintaa. Yksikkö saa perusrahoituksen Pirkanmaan kuntien sairaanhoitopiirille maksamasta erityisvelvoitemaksusta. Koulutukseen ja tutkimukseen ohjautuva toimintarahojus tulee terveyskeskussopimusten perusteella koulutus- ja tutkimus-EVOsta. Yksiköllä on myös erilaista hankerahoitusta.

Henkilökunta koostuu ylilääkäristä (*Doris Holmberg-Marttila*), osa-aikaisesta ylilääkäristä (*Kari Mattila*), arviointilääkäristä (*Minna Kaila*) sekä 1.10.2005 aloittavasta asiantuntijalääkäristä Lääkehoidon kehittämiskeskuksen ROHTO-yhteistyössä.

Professori Sirkka-Liisa Kivelä

Turun yliopiston yleislääketieteen laitos

Yleislääketieteen oppiaineen toiminnan tavoitteena Turun yliopistossa on lääketieteen perusopetuksen ja yleislääketieteen erikoislääkärikoulutuksen järjestäminen vastaamaan perusterveydenhuollon tarpeita sekä yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon tutkimustoiminnan kehittäminen tuottamaan perusterveydenhuollon työssä tarvittavia tietoja. Oppiaineen opettajat ovat viime vuosina aktiivisesti osallistuneet perusopetuksen kehittämiseen. Itse toteutetun peruskoulutuksen lisäksi järjestetään opetusta integroidusti

yhteistyössä muiden oppiaineiden kanssa.

Perusopetusta järjestetään lähes kaikissa Varsinais-Suomen ja Satakunnan terveyskeskuksissa. Yhteistyössä Turun, Porin, Salon, Uudenkaupungin, Raision ja Loimaan kaupunkien kanssa on organisoitu ”provinssiopetusterveyskeskukset”. Mainitut kaupungit ovat rakentaneet, rakentamassa tai kunnostamassa nimenomaan opetukseen tarkoitettuja tiloja. Yliopisto sijoittaa Turun ja Porin opetusterveyskeskuksiin 2–3 opettajaa, ja muihin yhden osa-aikaisen opettajan. Näissä kaupungeissa yleislääketieteen kliinistä perusopetusta integroidaan erikoissairaanhoidon perusopetukseen.

Tutkimukset rakentuvat pääasiassa Liedon laajaan iäkkäiden terveyttä käsittelevään pitkittäistutkimukseen ja Porissa toteutettuun iäkkäiden kaatumistapaturmien ehkäisyn vaikutuksia käsittelevään tutkimukseen. Muihin projekteihin kuuluvat mm. sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyn ja kuntoutuksen vaikutusten arviointi sekä sairauksilta suojaavien tekijöiden kartoittaminen. Vuosina 2001–2005 on 8 kollegaa suorittanut lääketieteen tohtorin tutkinnon oppiaineen tutkimusprojekteissa.

Vakka-Suomessa kehitetään perus- ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä ja henkilökunnan pedagogisia valmiuksia yleislääketieteen oppiaineen ja Vakka-Suomen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteisessä projektissa.

Opetushenkilökunta käsittää professorin, 7 kliinistä opettajaa, yleislääketieteen ja kansanterveystieteen yhteisen opetushoitajan ja sihteerin sekä Satakunnan opetushenkilökuntaan kuuluvan professorin, 2 kliinistä opettajaa, opetushoitajan ja sihteerin (kuva 2). Tutkimushenki-

lökuntaan kuuluvat 2 ATK-suunnittelijaa, 3 tutkimusterveydenhoitajaa, 3 kokopäivätoimista tutkijaa sekä muutamia kuukausia vuosittain tutkijoina työskenteleviä terveyskeskuslääkäreitä. Vakka-Suomen projektissa työskentelee 4 työntekijää.

Yliopiston perusrahoituksen lisäksi opetusta, opetuksen kehittämistä ja tutkimuksia on rahoitettu mm. ESR-määrärahoihin sekä Suomen Akatemian, säätiöiden, sosiaali- ja terveysministeriön terveyden edistämisen, EU:n ”thematic network” ja tutkimuserityisvaltionosuusmäärärahoihin.

Lähivuosien tavoitteena on kehittää perusopetusta ”provinssiopetusterveyskeskuksissa” ja muissa perusopetukseen osallistuvissa terveyskeskuksissa. Opettajina toimivien terveyskeskuslääkäreiden pedagogisten valmiuksien kehittämiseen panostetaan. Yleislääketieteen opetuksessa pyritään perusterveydenhuollon kliinisen toiminnan lisäksi tuomaan esille yhteistyötä erikoissairaanhoidon kanssa sekä prevention, hoidon ja kuntoutuksen jatkuvuutta.

Professori, ylilääkäri Sirkka-Liisa Kivelä

Turun yliopistollisen keskussairaalan yleislääketieteen yksikkö

Turun yliopistolliseen keskussairaalaan on v. 2003 perustettu yleislääketieteen yksikkö. Sen toiminnan tavoitteena on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön ja perusterveydenhuollon toimintojen kehittäminen.

Yksikössä on osa-aikaisen ylilääkärin ja osa-aikaisen erikoislääkärin virat. Ylilääkärin sivuvirkaan on kytkeyty myös Satakunnan sairaanhoitopiirin osa-aikaisen yleislääketieteen



Kuva 2. Turun yliopiston yleislääketieteen laitoksen henkilökuntaa.

ylilääkärin virka. Muu henkilökunta on palkattu projektimäärärahoihin.

Vuonna 2004 aloitettiin perusterveydenhuollon toimintojen kehittämisen tukeminen Länsi-Suomen lääninhallituksen ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin rahoittaman 3 vuoden mittaisen projektin turvin. Terveyskeskusten toiminnallisten kehittämishankkeiden tukemisen lisäksi käynnistetään terveyskeskuslääkäreiden työnohjausta. Vuonna 2005 aloitettiin terveyskeskuslääkäreiden vuosittaiset neuvottelupäivät eli ”Varsinais-Suomen yleislääkäripäivät”, joissa esitellään perusterveydenhuollon kehittämishankkeita. Projektissa työskentelee osa-aikainen projektipäällikkö ja osa-aikainen sihteeri.

Toisessa Länsi-Suomen lääninhallituksen ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin yhteisellä rahoituksella toteutettavassa projektissa kehitetään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä

laatimalla keskeisten kansansairauksien alueellisia hoitoketjumalleja ja sairauksien ehkäisy-, hoito- ja kuntoutuskäytäntöjä. Tämä 2005 yleislääketieteen yksikön tehtäväksi siirretty toiminta on aloitettu jo 1990-luvun lopulla. Nykyisin siinä työskentelevät kokopäivätoimiset projektipäällikkö ja suunnittelija, puolipäivätoiminen asiantuntijalääkäri sekä osa-aikainen sihteeri.

Yleislääketieteen yksikkö osallistuu Varsinais-Suomessa toteutettavaan Rohtokeskuksen alueelliseen toimintaan.

Yksikköä kehitetään tulevaisuudessa mm. pyrkimällä vakinaistamaan aloitetut ja hyviksi havaitut toiminnot sekä aloittamalla perusterveydenhuollon toimintojen ja niiden vaikutusten ja kustannusten arviointitutkimuksia. Yleislääketieteen erikoistumiskoulutukseen ja perusterveydenhuollon lisäkoulutukseen kuuluvien perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon

kliinisten palveluiden kehittäminen kuuluu suunnitelmiin.

Satakunnan sairaanhoitopiirissä toiminta on rakentunut iäkkäiden kaatumistapaturmien ehkäisyn kehittämiseen ja moniammatillisen ehkäisyn vaikutusten arviointiin. Satakunnassa on käynnistetty vuosittaiset tieteelliset neuvottelupäivät. Porin kaupungin ja Satakunnan sairaanhoitopiirin yhteistyönä vuodesta 2003 toteutetun kaatumistapaturmien preventio-ohjelman laajentaminen yleiseksi alueelliseksi iäkkäiden terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen tähtääväksi perusterveydenhuollon toiminnaksi kuuluu suunnitelmiin.

Professori (mvs) Raimo Isoaho

Porin yliopistollinen opetusterveyskeskus

Turun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan sisäänotto on nostettu muutaman viime vuoden aikana 75:stä 145:een opiskelijaan. Yleislääketieteen kliinistä opetusta ei enää ole ollut mahdollista antaa pelkästään Varsinais-Suomen terveyskeskuksissa näin suurelle opiskelijamäärälle. On syntynyt tarve saada opetuspaikkoja myös Satakunnasta. Porin yliopistokeskuksen yhteyteen valmistui 2.5.2005 uusi Pohjois-Porin terveysasema, joka palvelee yhteensä noin 15 000 asukkaan väestöä Kokemäenjoen pohjoispuolella (kuva 3). Sen yhteyteen on rakennettu uudenaikaiset opetustilat. Tiloja on kahdessa kerroksessa yhteensä 2400 m², joista toisen kerroksen tiloja on varattu opetuskäyttöön 890 m². Porin yliopistollinen opetusterveyskeskus on ensimmäinen alun alkaen opetukseen ja tutkimukseen suunniteltu terveyskeskus Suomessa.

VESICARE-VALMISTEYHTIENVETO

Vesicare® 5 mg ja 10 mg kalvopäällysteiset tabletit.

Vaikuttava aine: Solifenasiini.

Käyttöaiheet: Yliaktiivisesta virtsarakosta johtuvan pakkokontinenssin ja/tai tihtyneen virtsaamistarpeen ja virtsapakon oireenmukainen hoito.

Annotus ja antotapa: Suositusannos on 5 mg:n tabletti kerran päivässä. Annotusta voidaan suurentaa tarvittaessa 10 mg:aan kerran päivässä. Vaikeassa munuaisten ja maksan vajaatoiminnassa potilaita tulee hoitaa varoen ja maksimiannos on 5 mg päivässä. Turvallisuutta ja tehokkuutta ei ole vielä lapsilla vahvistettu. Siksi Vesicare-valmistetta ei pidä käyttää lapsille.

Vasta-aiheet: Virtsauampi, vaikea gastrointestinaalinen sairaus (mukaan lukien toksinen megacolon), myasthenia gravis tai ahdaskulmaglaukooma tai näiden tilojen kohonnut riski. Yliherkkyys solifenasiinille tai valmisteen apuaineille.

Varoitukset ja käyttöön liittyvät varoitimet: Muut tihtyneen virtsaamistarpeen aiheuttamat syyt (sydänvika tai munuaissairaus) tulee selvittää ennen Vesicare-hoidon aloittamista. Mahdollinen virtsatieinfektio on hoidettava asianmukaisesti bakteerilääkkeellä. Vesicare-valmistetta tulee käyttää varoen, kun on kliinisesti merkitsevä virtsarakon ulosvirtausteste ja virtsauampi, gastrointestinaalinen obstruktiivinen häiriö, maha-suolikanavan motiliteetin vähenemisriski, vaikea munuaisten vajaatoiminta, kohtalainen maksan vajaatoiminta, samanaikainen potentin CYP3A4-estäjän, esim. ketokonatsolin käyttö, hiatushernia/gastroesofagiaalinen refluksi ja/tai esofagiittia mahdollisesti aiheuttavien tai pahentavien lääkevalmisteiden (kuten bifosonaatin) samanaikainen käyttö ja autonominen neuropatia. Turvallisuutta ja tehokkuutta ei ole vielä varmistettu potilailla, joilla detrusor-lihaksen yliaktiivisuuteen on neurogeeninen syy.

Potilaiden, joilla on harvinainen perinnöllinen galaktoosi-intoleranssi, saamelaisilla esiintyvä laktaasinpuutos tai glukoosi-galaktoosi-imeytymishäiriö, ei pidä käyttää tätä valmistetta.

Yhteisvaikutukset: Solifenasiinin ja potentin CYP3A4-estäjän samanaikainen käyttö on vasta-aiheinen potilailla, joilla on vaikea munuaisten vajaatoiminta tai keskivaikea maksan vajaatoiminta. Vesicare-valmisteen enimmäisannos on 5 mg annettaessa samanaikaisesti ketokonatsolia tai terapeuttisin annoksin muita potentteja CYP3A4-estäjiä (esim. ritonaviri, nefinaviiri, itraconatsoli).

Raskaus ja imetys: Solifenasiinihoidon aikana raskaaksi tulleista naisista ei ole kliinisiä tutkimustuloksia. Valmistetta tulee määrätä varoen raskaana oleville naisille. Vesicare-valmisteen käyttöä tulee välttää imetyksen aikana.

Vaikutus ajokykyyn ja koneiden käyttöön: Koska solifenasiini voi muiden antikolinergisten aineiden tavoin aiheuttaa näön hämärtymistä ja harvoin uneliaisuutta ja väsymystä, ajokyky ja koneiden käyttökyky voi heikentyä.

Haittavaikutukset: Lieviä tai kohtalaisia antikolinergisiä haittavaikutuksia, jotka ovat annosriippuvaisia. Vesicare-valmisteen yhteydessä useimmin ilmoitettu haittavaikutus oli suun kuivuminen. Sitä esiintyi 11 %:lla potilaista, jotka saivat 5 mg kerran päivässä, 22 %:lla potilaista, jotka saivat 10 mg päivässä ja 4 %:lla potilaista, jotka saivat lumelääkettä. Suun kuivuminen oli yleensä lievä ja johti vain satunnaisesti hoidon keskeyttämiseen.

Pakkaukset ja hinnat 1.3.2005 (VMH): Vesicare 5 mg 30 tabl. läpipainopakkas 60,67 €, Vesicare 5 mg 90 tabl. läpipainopakkas 155,80 €, Vesicare 10 mg 30 tabl. läpipainopakkas 71,95 €, Vesicare 10 mg 90 tabl. läpipainopakkas 182,27 €.

Korvattavuus: SV-peruskorvattava.

Reseptilääke. Lisätiedot Pharmacia Fennica.

Myyntiluvan haltija: Yamanouchi Europe B.V., Leiderdorp, Holland.

Lääkäreiden peruskoulutuksessa opiskelijoille annetaan monipuolista käytännön yleislääketieteen opetusta niin, että terveyskeskus toimintaympäristönä tulee opiskelijoille tutuksi. Kliinisten taitojen lisäksi moniammatillisuus on keskeinen opetuksen tavoite. Ohjattu potilast vastaanotto muodostaa perustan. Perusterveydenhuollon lisäkoulutuksen ja erikoislääkärikoulutuksen osalta opetusterveyskeskus muodostaa tukikohdan, jossa pidetään paljon seminaareja ja koulutustilaisuuksia. Tohtorintutkintoon johtava tieteellinen jatkokoulutus kuuluu myös opetusterveyskeskuksen tehtäviin. Opetusterveyskeskus tekee yhteistyötä Satakunnan terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirin kanssa. Tarkoitus on, että yleislääketieteen klinistä opetusta annetaan mahdollisuuksien mukaan myös muissa Satakunnan terveyskeskuksissa kuin Porin opetusterveyskeskuksessa.

Opetus alkaa syyskuussa 2005. Keväällä 2006 opetus laajenee merkittävästi, kun 145 opiskelijan kurssi Turussa aloittaa kuudennen eli ensimmäisen klinisen lukukauden.

Joukossa on 25 ns. muuntokoulutettavaa, jotka saavat klinistä opetusta Porissa. Heidän lisäksi myös muilla Turun yliopiston opiskelijoilla on mahdollisuus saada samaa opetusta. Alustava suunnitelma on, että vähintään 32 opiskelijaa saa opetusta kevään 2006 aikana opetusterveyskeskuksessa. Opiskelijamäärä kasvaa vuosittain kevääseen 2009 saakka, jonka jälkeen opiskelijamäärän odotetaan vakiintuvan silloiselle tasolle.

Porin opetusterveyskeskus on rakennettu yliopistokeskuksen yhteyteen. Opetus on kaikilta osin lääketieteellisen tiedekunnan virallisen opintosuunnitelman mukaista opetusta. Tavoitteena on rahoituspuoleltaan saaminen pysyväälle pohjalle EU:n rakennerahastokauden päättyessä 2007.

Henkilökuntaan syksyllä 2005 kuuluu yleislääketieteen määräaikaisen professorin lisäksi kaksi klinistä opettajaa sekä opetushoitaja. Hallinnollisesti opetusterveyskeskuksen toiminta on Turun yliopiston vakiinnaisen yleislääketieteen professorin vastuulla.

Kuva 3. Porin yliopistokeskuksen yhteyteen valmistui 2.5.2005 uusi Pohjois-Porin terveysasema.



Lääkärin/terveyskeskuksen uudet toimintamallit

XVIII Yleislääketieteen päivät Oulussa 20.–21.10.2005

Lääketieteellisen tiedekunnan päärakennus, Aapistie 5

Järjestäjät: Suomen yleislääketieteen yhdistys ja Oulun yliopiston kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos

Paikka: Lääketieteellisen tiedekunnan hallintorakennus, 101 A (Auditorio), Aapistie 5
Osallistumismaksu on 35 euroa jäseniltä ja 70 euroa muilta osallistujilta. Maksu pyydetään suorittamaan 14.10.2005 mennessä tilille Nordea 103130-780101, viitteeksi osallistujan nimi.

Suullisten esitysten ja posterien abstraktit on toimitettava 16.9.2005 mennessä osoitteella Oulun yliopisto, kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos, PL 5000, 90014 Oulun yliopisto. Abstraktit on tehtävä tarkasti annettujen ohjeiden mukaisesti. Ilmoittautumislomake pyydetään lähettämään 14.10.2005 mennessä.

Ilmoittautumiset: Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos, PL 5000, 90014 OULUN YLIOPISTO tai sähköpostitse kttyl.kanslia@oulu.fi

Yhdyshenkilö: Opintoasiansuunnittelija Heini Kelloniemi, Oulun yliopisto, Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos, Aapistie 1, 90220 Oulu, puh. 08-537 5646, fax. 08-537 5661. Sähköposti: heini.kelloniemi@oulu.fi

Torstai 20.10.2005

Käytännön toimintamallit

11.00-12.00	Ilmoittautuminen ja lounas
12.00-12.30	Avaus <i>Heikki Luukinen</i> , LT, professori, OY Johdatus päivän aiheeseen <i>Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi</i> , LKT, professori
12.30-13.10	Kokkolan resurssikeskus <i>Birgitta Kulju</i> , LL, ylilääkäri
13.10-13.50	Kainuun malli <i>Tuomo Pääkkönen</i> , terveysjohtaja
13.50-14.30	Kahvi sekä tutustuminen näyttelyyn ja postereihin
14.30-15.10	Ylivieskan malli <i>Jouko Mattila</i> , LL, johtava lääkäri

15.10-16.10	Televastaanottotoiminta <i>Ilkka Winblad</i> , dosentti, johtaja, Telemedicum <i>Olavi Timonen</i> , LT, johtava lääkäri, Utajärvi/Vaala <i>Jaana Korhikoski</i> , LL, apulaisopettaja/tutkija, OY
16.10-19.00	Päivän yhteenveto Illallinen, MSD (tiedekunnan uusi päärakennus)

Perjantai 21.10.2005

Uusien toimintamallien tieteellinen arviointi

8.00-8.30	Ilmoittautuminen
8.30-8.40	Avaus <i>Pekka Larivaara</i> , LKT, professori
8.40-9.20	Uudet toimintamallit lasten toistuviin infektioihin <i>Katri Louhi-Pirkanniemi</i> , LT
9.20-10.00	Terveydenhuollon hallinnon tutkimuksen lähestymistavat <i>Juhani Nikkilä</i> , professori, OY
10.00-10.40	Kahvi sekä tutustuminen näyttelyyn ja postereihin
10.40-11.20	Kliinisen työn ja tutkimuksen yhteensovittaminen <i>Simo Jyväsjärvi</i> , LT
11.20-12.00	Liikunnan ja toimintakyvyn näyttöön perustuva tutkimustieto iäkkäiden palveluiden suunnittelussa <i>Pentti Koistinen</i> LT, geriatrian erik. lääk., vanhustyön johtaja, Oulun kaupunki
12.00-13.00	Lounas sekä tutustuminen näyttelyyn ja postereihin
13.00-14.15	Vapaat esitykset; 5 kpl 15min esitykset
14.15-14.45	Kahvi
14.45-16.00	Vapaat esitykset; 5 kpl 15min esitykset
16.00-16.15	Ansioituneiden esitysten palkitseminen
16.15-16.30	Loppusanat

Hoitotahdon selvittämisen kirjavat lähteet*

Monet terveydenhoidon erityissäännökset koskevat tilanteita, joissa potilas ei itse voi ilmaista tahtoaan eikä päättää hoidostaan. Lisäksi niissä säännellään tiettyjen henkilöiden kuulemisesta. Säännöksissä puhutaan edunvalvojasta, lailisesta edustajasta, lähiomaisesta, omaisesta, muusta läheisestä, huoltajasta, holhoojasta, uskotusta miehestä, vanhemmista, hoitajasta ja kasvattajasta sekä aviopuolisosta. Listan termikirjo voi aiheuttaa hämmennystä.

• JARMO KIURU •

Tiettyt huoltoon ja holhoukseen liittyvät säännökset on syytä tuntea, sillä ne saattavat ratkaista sen, kenellä on etusija, kun selvitetään potilaan hoitotahtoa tai tehdään hoitopäätöksiä. Lisäksi on tärkeää olla selvillä siitä, että potilas on saattanut ilmoittaa hoitotahdonsa etukäteen.

Ennakkoon ilmoitettu hoitotahto

Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut asetuksen potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä. Kyseisen asetuksen (2001/99) 18.4 §:ssä lähdetään siitä, että jos potilas haluaa ilmaista hoitoa koskevan vakaan tahdonsa tulevaisuuden varalle, tästä on tehtävä selkeä, potilaan itsensä varmentama merkintä potilasasiakirjoihin. Vaihtoehtoisesti potilasdokumentteihin voidaan liittää erillinen asiakirja, joka ilmaisee potilaan tahdon. Asiakirjoihin tulee lisäksi tehdä merkintä siitä, että potilaalle on annettu riittävä selvitys hoitotahdon nou-

dattamisen vaikutuksista.

Ennakkoon ilmoitettu hoitotahto merkitsee sitä, että potilas voi käyttää itsemääräämisoikeuttaan, vaikka hän ei hoidon hetkellä kykenisikään ilmaisemaan tahtoaan. Myöskään sille ei liene estettä, etteikö potilasasiakirjoihin voitaisi kirjata lausuntoja sen varalta, että edunvalvojan määrääminen tulee jossakin hoidon vaiheessa tarpeelliseksi. Tällaisen merkinnän yhteydessä on syytä samalla selvittää, missä laajuudessa edunvalvojan oletetaan ottavan kantaa hoitopäätöksiin, ja mitä potilas häneltä muutoin odottaa.

Parhaassa tapauksessa edunvalvojaksi esitetty voi olla läsnä lausuntoa kirjattaessa ja antaa etukäteen kirjallisen suostumuksensa siihen, että hänet mahdollisesti määrätään tulevaisuudessa potilaan edunvalvojaksi. Kirjallinen suostumus liitetään potilasasiakirjoihin, joista tiedot ennakkoon ilmoitetusta edunvalvojasta otetaan edunvalvojan määräämisen edellytyksiä selvittävään lääkärintaustaan (sosiaali- ja terveysministeriön määräys lääkärinlausunnoista holhousasioissa (1.12.1999)).

Huoltaja

Lain lapsen huollosta ja tapaamisoi-keudesta (1983/361) 4 §:n mukaan huoltajalla on pääsääntöisesti oikeus päättää lapsen hoidosta sekä muista henkilökohtaisista asioista. Ennen kuin huoltaja tekee päätöksen lapsen henkilökohtaisessa asiassa, hänen tulee keskustella asiasta lapsen kanssa, jos se lapsen ikään ja kehitystasoon sekä asian laatuun nähden on mahdollista.

Yleensä lasta pidetään 12–15 vuoden iässä riittävän kypsänä tekemään päätöksiä henkilöään koskevassa tavanomaisessa asiassa. Lapsella on tällöin oikeus kieltää potilastietojen antaminen huoltajalle. Huoltajan pääsääntöinen oikeus hoidosta päättämiseen väistyy, ja lääkäri on salassapitosäännösten sitoma suhteessa huoltajaan.

Lapsen hoitoa koskevat potilaslain (1992/785) 7.1 § ja 9.2 § ovat sopusoinnussa edellä mainittujen lapsen huoltoja koskevien yleisten säännösten kanssa.

Täysi-ikäiselle määrätyn edunvalvojan kannanotot eivät ohita päämiehen kannanottoja tämän henkilöä koskevissa asioissa. Niinpä sellaiset rajoitukset, jotka koskevat täysi-ikäisen päämiehen itsemääräämisoikeutta hoitoasioissa, voivat lähtökohtaisesti perustua vain pakkohoittoa koskeviin säännöksiin. Edunvalvojan hoitoa koskevat kannanotot voidaan ottaa huomioon vain, jos päämies ei itse kykene ilmaisemaan tahtoaan eikä päättämään hoidostaan.

Täysi-ikäiselle määrätyn edunvalvojan tulee lain holhustoimesta

(1999/442) 42 §:n mukaan huolehtia siitä, että päämiehelle järjestään tämän olot, huollon tarve ja toivomukset huomioon ottaen asianmukainen hoito, huolenpito ja kuntoutus. Kenellä tahansa läheisellä, hoitajalla tai kasvattajalla ei välttämättä ole edellä kuvatun lainkohdan mukaista velvoitetta – tai oikeutta. Tämän vuoksi edunvalvojan näkemyksillä voi mahdollisessa ristiriitatilanteessa olla etusija, vaikka hoitopäätökseen ei sisältyisikään taloudellisia intressejä.

Lain holhoustoimesta (1999/442) 42 § tulee sovellettavaksi, ellei sitä ole erikseen rajattu pois edunvalvojan tehtävistä tai edunvalvojaa ole määrätty hoitamaan tiettyä tarkoin rajattua asiaa (HE 1998/146 42 §:n yksityiskohtaiset perustelut). Sosiaali- ja terveysministeriön lääkerinlausuntoja holhousasioissa koskevan määräyksen (1.12.1999) 1.1 kohdan viimeisessä kappaleessa hoito- ja huolenpitoasia ilmaistaan hieinan harhaanjohtavasti ja määräyksestä saa helposti edellä lausutusta poikkeavan käsityksen.

Ehunvalvoja

Kun hoitopäätöksen yhteydessä joudutaan punnitsemaan taloudellisesti erilaisia vaihtoehtoja, edunvalvojan (laillisen edustajan, holhoojan, edunvalvojan tai uskotun miehen) näkemyksille on syytä panna painoa. Edunvalvojan päätäntävalta saattaa mennä huoltajan mielipiteen edelle riippuen siitä, kuinka painavasta taloudellisesta intressistä on kyse.

Edunvalvojan on syytä puuttua tilanteeseen esimerkiksi silloin, kun vanhus haluaa tulla hoidetuksi kotona, mutta hänen rahansa eivät riitä kotihoidon kustannuksiin. Jos päämiehen toimintakelpoisuutta on rajoitettu, edunvalvojan kanta voi olla ratkaiseva.

Toisinaan tilanne voi sen sijaan olla sellainen, että vanhuksen varat varsin hyvin riittävät kalliimpaan ja mieluisampaan hoitovaihtoehtoon, mutta lähiomaiset vastustavat sitä perinnön vähenemisen pelossa. Mikäli vanhus itse ei pysty selkeään ja riidattomaan hoitotahdon ilmaisemiseen, tällöin vanhuksen taloudellisia asioita hoitamaan määrätyn edunvalvojan mielipide on lähiomaisten tai läheisten näkemyksiä painavampi.

Muut hoitotahdon lähteet

Terveysthuollon erityissäännökset eivät aseta potilasta lähellä olevien toimijoiden mielipiteitä etusijajärjestykseen, jos potilaalta puuttuu sellainen edustaja, jolla on lakiin perustuva velvollisuus järjestää päämiehelleen riittävä hoito ja huolto tai päättää hoitoon liittyvistä taloudellisista asioista. Potilaslain (1992/785) 6.3 §:n mukaan potilaan henkilökohtainen etu ratkaisee, jos lähiomaisen tai muun läheisen näkemykset eroavat toisistaan. Potilaan henkilökohtaisen edun arviointi lielee viime kädessä hoitavan lääkärin tehtävä.

Huoltajaa tai edunvalvojaa vaille oleva potilas

Potilaalla ei välttämättä aina ole ennakoon ilmoitettua hoitotahtoa eikä myöskään huoltajaa tai edunvalvojaa, ja aina lääkäri ei voi ristiriitatilanteissa vapaasti arvioida potilaan henkilökohtaisen edun kannalta parasta hoitoa. Ongelman ratkaisu voi olla hoitohenkilökunnan käsissä, mikäli yleiset edellytykset huoltajan tai edunvalvojan määräämiselle ovat olemassa.

Alaikäisellä tulee aina olla huoltaja, ja huoltajan on aina kyettävä

huolehtimaan lapsen huollosta. Lastensuojelulain (1983/683) 40 §:ssä sanotaan, että jos sosiaali- ja terveysthuollon palveluksessa oleva henkilö on saanut tietää ilmeisestä perhe- ja yksilökohtaisen lastensuojelun tarpeesta olevasta lapsesta, hänen on ilmoitettava asiasta viipymättä sosiaalilautakunnalle. Sosiaalilautakunta pystyy hankkimaan kiireellistä huostaanottoa koskevien säännösten nojalla lapselle huoltajan tarvittaessa välittömästi.

Kuten edellä jo otettiin esille, potilaslain (1992/785) 6.3 §:ssä (1999/489) on varauduttu siihen, että potilaan lähipiirin mielipiteet voivat käydä ristiin. Ristiriitatilanteissa hoitava lääkäri ei aina pysty arvioimaan vapaasti potilaan henkilökohtaisen edun kannalta tarkoituksenmukaisinta hoitoa. Ristiriitatilanteet voivat häiritä kohtuuttomasti terveysthuoltohenkilöstön toimintaa ja jopa vaarantaa täysi-ikäisen potilaan hoidon. Näissä tilanteissa hoitohenkilökunnan käytettävissä on holhoustoimilain 91 §:ssä säännelty ilmoitusmenettely. Hoitohenkilökunnan ilmoituksesta holhousviranomaisen voi käynnistää edunvalvontaprosessin, ja hoidon ja huollon järjestäminen sekä hoitoa koskeva taloudellinen päätöksenteko siirtyvät edunvalvojalle.

Jarmo Kiuru

*oikeusinformatiikan lehtori, VT
Lapin yliopisto*

*Kirjoitus pohjautuu osin *Holhoustoimi terveysthuoidossa* -artikkeliin, joka on julkaistu 9.8.2002 Edilexissä – www.edilex.fi. Artikkelin on osa Kunnallislääkärit ry:n *Holhousoikeutta lääkäreille* -täydennyskoulutusluennon koulutusmateriaalia.

Lapsen hoitotuki

Hoitotukijärjestelmä perustettiin Suomeen v. 1969 tukemaan pitkäaikaisesti sairaan tai vammaisen lapsen perheitä. Hoitotuen tavoitteena on ennen kaikkea tukea näiden lasten kotihoitoa. Hoitotukea koskevaa lainsäädäntöä on uudistettu eduskunnassa sen jälkeen useita kertoja, ja ohjeistusta tarkistetaan vuosittain. Viime vuosina mm. allergioihin liittyvät hoitotukikriteerit ovat muuttuneet ja osittain myös tiukentuneet.

• TARJA RUUSKA •

Hoitotukea voidaan myöntää alle 16-vuotiaalle lapselle. Hoidon tai kuntoutuksen keston on oltava vähintään 6 kk. Lapsen hoidon täytyy vaatia vanhemmilta joko taloudellista tai muuta räsitusta, ja räsituksen suuruuden perusteella määritetään mahdollinen hoitotukioikeus ja sen suuruus. Sairauden diagnoosi siis ei ratkaise hoitotukioikeutta vaan siitä aiheutuva räsitus. Myöskään vanhempien surua ja ahdistusta lapsen sairaudesta ei voida ottaa huomioon, koska tämä on hyvin yksilöllistä: toisen perheen maailma kaatuu asiaan, jota toinen perhe pitää pikkujuttuna. Hoitotuki jaetaan 3 luokkaan: hoitotuki, korotettu hoitotuki ja erityishoitotuki. Lapsen hoitotuki myönnetään yleensä määräaikaisena, koska esim. vastasyntyneen hoito on terveenäkin aikaa vievää, mutta lapsen kasvaessa ero terveeseen voi kasvaa ja näin myös hoitotukioikeus kasvaa. Toisaalta lapsen kasvu ja kehitys toisissa sairauksissa voivat aiheuttaa nopeakin tilanteen paranemista, ja tilanteen kehitystä on vaikea ennustaa, jonka vuoksi tehdään usein perheestä ja hoitavasta lääkäristä ly-

hyeltä tuntuva päätöksiä. Takaisinperintä perusteettomasti maksetun hoitotuen vuoksi, jos tilanne onkin nopeasti muuttunut eivätkä vanhemmat ole asiasta Kelalle tiedottaneet, on kuitenkin kaikille osapuolille ikävämpi prosessi. Jos tiedetään, että lapsi on pysyvästi vammaisen, voidaan hoitotuki myöntää toistaiseksi eli siihen saakka, kun lapsi täyttää 16 vuotta. Hoitotuki voidaan myöntää vuosi takautuen, minkä vuoksi on hyvä seurata lapsen sairauden kehittymistä jonkin aikaa, jotta voidaan saada mahdollisimman oikeudenmukaiset päätökset.

Jos hoitotuen pääasiallinen myöntöperuste on taloudellinen räsitus, täytyy sen nousta suunnilleen maksettavan hoitotuen määrään. Taloudellisia kuluja arvioitaessa otetaan huomioon mm. lääkekatto, jonka täyttymisen jälkeen lääkkeet ovat lapselle maksuttomia. Lääkekulujen vuoksi yksin siis ei hoitotukea yleensä voida myöntää, koska kuukautta kohden perheelle jäävä maksuosuus jää alle alimman hoitotuen määrän.

Seuraavassa käydään läpi tavallisia avohoidossa vastaan tulevia sairauksia, joiden suhteen hoitotukioikeutta tulee harkita.

Astma, ruoka-allergiat ja atooppinen ihottuma

Atooppisten sairauksien vuoksi myönnettävien hoitotukien kriteerit uusittiin pari vuotta sitten ja tarkennuksia tehdään jatkuvasti.

Astma

Astman vuoksi hoitotukeen oikeutettuja ovat tällä hetkellä lapset, jotka eivät vielä käy koulua ja joilla on säännöllinen, päivittäinen inhaloitava astmalääkitys vähintään 6 kk ajan. Jos pienen lapsen astmatasapaino on huono eli puhutaan vaikeahoitoisesta astmasta, jolloin lapsella on sairaalakäyntejä vähintään kolme kertaa vuodessa ahdistuskohtauksen vuoksi tai hänellä on astman lisäksi infektiokierre, on oikeus jopa korotettuun hoitotukeen. Kouluikäisellä, peruslääkityksellä pärjävällä lapsella ei ole oikeutta hoitotukeen. Kouluikäinen astmaatikko voi saada hoitotukea, jos astma on vaikeahoitoinen, tai jos lapsella on astman lisäksi joku muu vaikeahoitoinen atooppinen sairaus kuten vaikeahoitoinen atooppinen ihottuma tai vilja-allergia. Kouluikäinen astmaatikko voi myös saada sairauden alkuvaiheessa pätjän hoitotukea, jos sairaudesta on taloudellista räsitusta. Normaali astmalääkitys ei kuitenkaan nosta kustannuksia liki hoitotuen määrään, joten tämä ei tule kovin usein kyseeseen.

Kela tarkistaa astmalääkkeiden käytön ja käytännössä, jos pikkulapselle ei ole myönnetty hoitotuen jatkoa astman vuoksi, kyse on todennäköisesti siitä, että astmalääkkeitä ei ole ostettu niin paljon, että se riittäisi päivittäiseen lääkitykseen. Jos lap-

selle on annettu lääkenäytteitä hoitopaikasta, siitä on syytä mainita ja tehdä sairaskertomusmerkintä aina, koska ne voidaan ottaa huomioon hoitotukea myönnettäessä, samoin päätettäessä lääkkeiden erityiskorvattavuudesta. Sen sijaan muiden perheenjäsenten tai tuttavien lääkkeiden käyttöä ei oteta huomioon, koska näiden varmentaminen on mahdotonta, ja toisaalta lääkkeet on tarkoitettu nimenomaan sen henkilön käyttöön, jolle ne on määrätty.

Ihottumat

Atooppisen ihottuman vuoksi hoitotukeen ovat oikeutettuja lapset, joilla on vaikea atooppinen ihottuma. Ihottuma on tällöin laaja-alainen - siis taiveihottumaa laajempi - ja ihon hoitoon on käytetty perus- ja kortisonivoiteiden lisäksi valohoitoa tai kalsineuriiniestäjiä säännöllisesti, tai lapsella on vuodessa vähintään kaksi osastohoitojaksoa ihottuman hoidon vuoksi. Lapsella täytyy lisäksi olla säännölliset lääkärikontrollit vähintään kaksi kertaa vuodessa ihottuman vuoksi.

Ruoka-allergiat

Ruoka-allergioiden vuoksi hoitotukea voi saada lapsi, jolla on lääkärin määräämä ruokavalio, josta puuttuu ravitsemuksellisesti keskeisiä ruoka-aineita. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että kotimaiset viljat puuttuvat kokonaan dieetistä tai maidon ohella ainakin yksi viljoista. Hoito-

tukea voi saada vasta 1-vuotiaasta lähtien ruokavalion perusteella, alle vuoden ikäisen ruokavalio poikkeaa yleensä vielä muun perheen ruokavaliosta, eivätkä viljat ole välttämättö-



miä. Allergioitten täytyy olla luotettavasti diagnostisoidut, viljojen suhteen yleensä vaaditaan eliminaatio-altistuskoe. Maitoallergiassa yli 1-vuotiaalla vaaditaan eliminaatio-altistuskoe, alle vuoden ikäisille riittää positiiviset testitulokset (Prick tai RAST) yhdistettynä suotuisaan eliminaatiovasteeseen tai testien ollessa negatiiviset, positiivinen eliminaatio-altistus.

Yksin maitoallergian perusteella ei hoitotukioikeutta synny kuten ei myöskään laktoosi-intoleranssin pe-

rusteella.

Siitepölyjen kanssa ristireagoivien ruoka-aineiden välttö ja niin sanottujen yleisallergisoivien ruokien välttäminen ei riitä hoitotukeen.

Pienille lapsille hoitotuki myönnetään yleensä vuodeksi kerrallaan, mutta isommille lapsille voidaan myöntää jatkot kahden vuoden välein, jos pidetään todennäköisenä, etteivät allergiat tule väistyvänsä nopeammin. Jatkohakemuksissa vaaditaan uusi altistus, joka varmentaa allergian jatkumisen.

Siedätyshoito ei oikeuta hoitotukeen, koska viikoittain annettavan hoidon kesto jää yleensä selvästi alle 6 kuukauden; 2-4 viikon välein annettavan hoidon ei katsota aiheuttavan erityistä rästusta siinä määrin, että hoitotukioikeutta syntyisi. Allergisen nuhan hoito ei myöskään oikeuta hoitotukeen.

Keliaakikot saavat hoitotuen 16 ikävuoteen saakka. Diagnoosi perustuu ohutsuolikoepalan tyyppillisiin löydöksiin. Dieetti on pysyvä, ja 16 ikävuoden jälkeen voi saada ruokavalion korvaukseksi ruokarahaa, mihin allergikoilla ei ole oikeutta.

Infektiokierre

Infektiokierteellä tarkoitetaan tilannetta, jossa lapsella on liki kuukausittain hoitoa vaativia infektioita yhtäjaksoisesti vähintään 6 kk ajan. Tavallisesti lapsilla on infektioita pätkittäin, eli usein talvella/kevällä

on 3–4 kk jakso, sitten on rauhallinen kesä 3–4 kk ja sitten taas voi olla parin kuukauden aikana useampikin otiitti. Pitkä rauhallinen vaihe katkaisee kuitenkin yhtäjaksoisuuden, ja kriteerit hoitotuen saamiseen eivät täyty. Korvatulehduksen estolääkitys ei oikeuta tukeen eikä myöskään putkitettujen korvien suojaaminen vedeltä. Infektiokierteisille lapsille hoitotuki myönnetään mieluummin pääosin takautuen, koska infektiokierre voi loppua varsin nopeastikin, ja jatkohakemukset pyydetään tekemään vasta n. 6 kk seurannan jälkeen, mikäli infektiokierre on jatkunut.

Kastelu

Myös kastelun perusteella myönnettävän hoitotuen kriteereitä on tarkistettu viime vuosina. Yökastelun perusteella hoitotukea voi saada 5 vuotta täyttänyt lapsi, joka on lääkärin hoidossa eli käy vastaanotolla säännöllisesti, ja häntä on aktiivisesti hoidettu usean kuukauden ajan. Hoidosta huolimatta kastelua esiintyy edelleen vähintään kolmena yönä viikossa. Hoitoa ovat lääkehoidot ja kastelupatja-hoito ja tietysti myös perheneuvolahoito, jos sellaista on käytetty. Perheen täytyy pitää kastelupäiväkirjaa ja toimittaa siitä kopio hoitotuen liitteeksi. Jos hoito auttaa eli kastelua ei ole useana yönä viikossa, ei hoitotukioikeutta synny. Myös, jos herää epäily siitä, onko kastelua todella vielä runsaasti, voidaan hoitotuki evätä: tällaisesta tilanteesta esimerkkinä kastelupäiväkirja, jossa helmikuussa oli kastelua 31 päivänä. Lääkärinlausunnossa on hyvä selvittää annettu hoito ja jatko-hoitosuunnitelma, jos on suunniteltu lapsen kypsyttämättömyyden vuoksi pitää taukoa hoidossa. Myös kastelussa hoitotukea myönnetään enemmän takautuen, oireen joskus no-

peankin häviämisen vuoksi pitkiä päätöksiä eteenpäin ei yleensä tehdä.

Mielenterveyden, kehityksen ja käyttäytymisen häiriöt

Tässäkin ryhmässä lapsen sairauden täytyy olla asianmukaisesti diagnosoitu, ja hoitotuen maksaminen voidaan yleensä alkaa vasta, kun sairaus on asianmukaisesti todettu. Hoitotukea ratkaistaessa arvioidaan perheelle aiheutuva rasitus normaallilapsen verrattuna. Tällöin arvioidaan tarvittava valvonta, ohjauksen ja avun tarve ja lapseen liittyvät erityispiirteet kuten lapsen mahdollinen aggressiivisuus tai syrjään vetäytyminen. Myöskin otetaan huomioon kuntoutustarve, kuinka usein perheen täytyy kuljettaa lasta erilaisiin terapioihin ja näihin liittyvät ta- loudelliset seikat.

Hoitotukeen ei synny oikeutta, jos lapsi ei poikkea merkitsevästi ikäisistään kehityksessään, vaikka lapsella onkin vanhempia huolestuttavia erityispiirteitä tai jos tarvittavat kuntoutustoimenpiteet voidaan antaa päiväkodissa tai koulussa. Jos lapsi saa terapiaa viikoittain ja siitä aiheutuu rasitusta kuten kuljettamista ja kotona suoritettavia tehtäviä, tai lapsi tarvitsee säännöllistä apua, ohjausta tai valvontaa toiminnossaan tai sosiaalisessa selviytymisessään, oikeus hoitotukeen on olemassa. Jos lapsella on useampia viikoittaisia terapioida, joihin häntä täytyy kuljettaa, tai hän vaatii päivittäin huomattavasti aikaavievää avustamista, ohjausta ja valvontaa henkilökohtaisissa toiminnoissaan, syntyy oikeus korotettuun hoitotukeen. Edelleen, jos vanhemmat joutuvat käyttämään puhetta korvaavia tai tukevia kommunikaatiokeinoja kuten viittomat tai blissymbolit, eikä ilman niitä selviydytä, on korotettu

hoitotuki perusteltu. Erityishoitotukeen ovat oikeutettuja lapset, jotka ovat lähes yhtämittaisen hoidon tarpeessa. Lasta ei voida jättää ilman valvontaa, koska hän saattaa aiheuttaa vahinkoa itselleen tai muille.

Puheen ja kielenkehityksen häiriöt

Puheen ja kielen kehitys on yksilöllistä. Lapsilla yleiset R- ja S-viat korjaantuvat usein itsestään tai puheterapiajaksojen avulla, ja niiden aiheuttama rasitus huoltajalle on yleensä vähäistä. Dysfasialla tarkoitetaan yli 3-vuotiaan lapsen puheen tai kielen kehityksen poikkeavaa viivästymistä tai häiriintymistä. Nämä lapset tarvitsevat yleensä selvästi enemmän apua ja ohjausta kuin samanikäiset terveet lapset. Dysfaatisilla lapsilla voi olla myös muita neurologisia poikkeavuuksia sekä kognitiivisen kehityksen häiriöitä. Puheterapian lisäksi voidaan tarvita myös muita terapiamuotoja.

Muita tavallisia sairauksia/oireita

Ummetus ja tuhriminen ovat lapsuusiässä tavallisia oireita, joiden suhteen hoitotukea voidaan miettiä. Jos ummetus on vaikeahoitoinen eli vaatii säännöllisen lääkityksen ja pottalla/vessassa käymisen valvonnan ja mahdollisesti psykologin antamaa ohjausta, voi lapsella olla oikeus hoitotukeen, mikäli tämä kestää yli 6 kk. Jos lapsella esiintyy hoidoista huolimatta tuhrimista useampana päivänä viikossa, on hoitotukioikeus olemassa.

Toistuvien virtsatietulehdusten estolääkitys, tai muut estolääkitykset, eivät oikeuta hoitotukeen, jos niihin ei liity muuta rasitusta kuten esim. säännölliset terapiat tai tiheät lääkäri- tai laboratoriokäynnit.

Lääkärinlausunnon kirjoittaminen

Hoitotukea varten täytyy olla lääkärinlausunto, joka ei saa olla vuotta vanhempi. Hoitotukea varten on oma kaavakkeensa, lääkärinlausunto C. Erityiskorvattavia lääkkeitä varten kirjoitettu B-lausunto käy myös kuten epikriisitkin, kunhan niissä on riittävät tiedot hoitotuen hakemista varten. Lääkärinlausunnossa on hyvä selvittää objektiivisesti lapsen ongelmat: fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset. Hoitavan lääkärin ei tarvitse ottaa kantaa hoitotuen kestoon tai suuruuteen, ne arvioidaan joka tapauksessa vallitsevan lainsäädännön pohjalta. Lääkkeiden ja ravintovalmisteiden käyttö tarkistetaan apteekkien tiedostoista, ja nämä tiedot vaikuttavat hoitotukipäätökseen, mikäli lääkkeitä on käytetty selvästi alle ohjeen. Valitettavasti tietosuoja estää näiden tietojen an-

tamista hoitavalle lääkärille, vaikka tiedosta olisi usein hyötyä potilaan hoidon kannalta. Vanhemmilta kannattaa kuitenkin aina kysyä, miksi hoitotuki oli hylätty, jos he sen hoitavalle lääkärille kertovat pyytään esimerkiksi uutta todistusta, sillä päätöksessä kerrotaan hylkäysperuste, esimerkiksi liian vähäiset lääkeostot.

Kelan paikallistoimistoihin ja aluetoimistoihin voi aina ottaa yhteyttä, kun joku asia etuusasioissa askarruttaa tai jos jonkun potilaan kohdalla epäilee päätöksen oikeudenmukaisuutta. Useimmiten yhdessä miettimällä ja keskustelemalla päästään parhaaseen lopputulokseen myös Kelan asioissa.

Tarja Ruuska

dosentti, lastentautien ja lasten gastroenterologian erikoislääkäri
Kelan asiantuntijalääkäri

Tutkimusapurahat 2005



Yleislääkärin tutkimusapurahat julistetaan hakuun

Kunnallislääkärit - Kommunala läkare ry:n yleislääkärin tutkimusapurahat ovat haettavana 30.9.2005 mennessä.

Apurahat myönnetään tutkimus- tai koulutustarkoitukseen yleislääkäreille tai yleislääketieteeseen erikoistuville lääkäreille. Hakijan tulee olla Kunnallislääkäriyhdistyksen jäsen.

Vapaamuotoiset hakemukset yhdistyksen johtokunnalle osoitukseen Kunnallislääkärit ry, PL 49, 00501 Helsinki tai sähköpostitse: paivi.mikkola-joly@fimnet.fi

Apurahat jaetaan Kunnallislääkäripäivillä Kuopiossa 10.11.2005.

KUNNALLISLÄÄKÄRIT RY



Detrusitol 1 mg ja 2 mg tabletit / Detrusitol SR 4 mg depotkapseli.

Vaikuttava aine: Tolterodiini.
Käyttöaiheet: Yliaktiivisen rakon yhteydessä esiintyvien pakkoinkontinenssin ja/tai tihtyneen virtsaamistarpeen ja virtsaamispakon oikeenmukaiseen hoitoon. **Annostus ja antotapa:** Detrusitol SR 4 mg depotkapseli 1 kapseli vuorokaudessa. Detrusitol 2 mg tabletit 1 tabl. 2 kertaa vuorokaudessa. Maksan vajaatoiminnassa tai vaikeasti heikentyneessä munuaisten toiminnassa tai jos esiintyy hankalia häiritseviä vaikutuksia annostus 1 mg x 2. Hoidon vaikutus olisi arvioitava uudelleen 2-3 kk:n jälkeen. Detrusitolia ei suositella lapsille. **Vasta-aiheet:** Virtsaampi, kontrolloimaton ahdaskulmaglaukooma, myasthenia gravis, tunnettu yliherkkyys tolterodiinille tai lääkevalmisteen sisältämille apuaineille, vaikea haavainen paksusuolitulehdus, toksinen paksusuolen laajentuma. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varotoimet:** Noudatettava varovaisuutta hoidettaessa potilaita, joilla on huomattava ulosvirtauseste virtsarakosta, mahasuolikanavaa ahtauttavia häiriöitä, munuaisten vajaatoiminta, maksasairaus, autonominen neuropatia, hiatushernia, mahasuolikanavan motiliteetin vähene-misriski tai pidentyneen QT-välin riskitekijöitä ja entuudestaan jokin tilaan merkityksellisesti vaikuttava sydänsairaus. Elimelliset syyt virtsaamispakeroon ja tihtyneeseen virtsaamistarpeeseen pitää sulkea pois ennen hoitoa. **Yhteisvaikutukset:** Potilaita, joita hoidetaan voimakkailla CYP 3A4-estäjillä, ei tule hoitaa tolterodiinilla. **Raskaus ja imetykset:** Raskaana oleville naisille ei pidä antaa tolterodiinihoitoa. Tolterodiinin käyttöä imetyksen aikana tulisi välttää. **Vaikutus ajokykyyn ja koneiden käyttökykyyn:** Saattaa aiheuttaa silmän akkommodaatiohäiriöitä ja vaikuttaa reaktioaikaan, jolloin kyky ajaa autoa ja käyttää koneita voi häiriintyä. **Haittavaikutukset:** Lieviä tai kohtalaisia antimuskariinisia vaikutuksia, kuten suun kuivumista, ruoansulatushäiriöitä ja silmien kuivumista. **Pakkaukset ja VMH-hinnat/(vrk-hinnat potilaalle):** Detrusitol SR 4 mg 30 depotkapselia muovipurkki 60,68 € (1,18 €), Detrusitol SR 4 mg 100 depotkapselia muovipurkki 185,06 € (0,98 €), Detrusitol 2 mg 14 tabl. läpipaino-pakkaus (poistuu myynnistä 08/2005) 15,31 € (1,83 €), Detrusitol 2 mg 60 tabl. muovipurkki (poistuu myynnistä 08/2005) 50,91 € (1,02 €), Detrusitol 1 mg 60 tabl. muovipurkki 55,56 € (1,85 €). **Korvattavuus:** Detrusitol SR 4 mg ja Detrusitol 2 mg ovat sv-peruskorvattavia. RESEPTILÄÄKE. Lisätiedot Pharmacia Fennica sekä **Pfizer Oy, Tietokuja 4, 00330 Helsinki, puh. (09) 430 040, www.pfizer.fi**

08/2005





Kesä kaikilla...

Kesäkuussa lomaillessani mökillä osui käteeni *Image*-lehti, jossa haastateltiin vuoden nuorta taiteilijaa *Viggo Vallensköldiä*. Hän oli pitänyt päiväkirjaa työviikostaan, ja luettuani sen, aloin miettiä omaa työviikkoani. Tiistain 24.5.05 kohdalle Viggo oli merkinnyt: ”juon kahvia ja mietiskelen, mistä voisi löytää korvasieniä. Sienet ovat kiehtovia, merkillisiä olentoja”. Seuraava päivä oli raportoitu: ”saavuin juuri työhuoneelle. Tänään on hyvä valo, aion miettiä värejä. Värien valinta vaatii paljon tuijottamista, joten tänään ohjelmassa on sitä, tuijottamista”. Sitten työviikko jatkui 26.5, jolloin päiväkirjan mukaan ”istun työhuoneella ja juon kahvia. Tänään on tyhjäkäyntiä. Pääasiallinen ohjelma on ikkunasta tuijottaminen.”

Väestövastuulääkärin arkityössä ei juuri ikkunasta tuijotella, eikä ajatus ehdi samoilla korvasieniin (tai korvasienimuhennokseen...) eikä juuri mihinkään muuhunkaan. Joskus tuntuu, ettei kerta kaikkiaan ehdi pysähtyä ajattelemaan potilaan ongelmaa, kun on kiire saada vastaanotto pysymään aikataulussa. Onko tämä sitä työtä, jota varten

koulutamme itseämme vuosi toisensa jälkeen?

Palattuani lomalta töihin juhanuksen jälkeen huomasin ilokseni, että lääkärikin voi tehdä laatutyötä. Työskentelen terveyskeskuksessa paikkakunnalla, jossa ei juurikaan ole kesäturisteja ja vakituiset asukkaatkin pakenevat järvien rannoille kesästä nauttimaan. Olen useana päivänä saanut nauttia väljästä aikataulusta. Potilasaikoja on ollut jopa tyhjänä, ja vastaanoton potilaat olen voinut haastatella ja tutkia ilman tulenpalavaa kiirettä. Tämä on ollut ihanteellinen tilanne, joka valitettavasti jatkuu vain muutaman kesäkesän viikon ajan.

Väljempi aikataulu on mahdollistanut työhuoneen siivouksen turhasta paperisaasteesta. Lisäksi on kerrankin ollut aikaa perata täpötäysi sähköposti ja sanella rästissä olevat lausunnot. On ollut myös mukavaa ehtiä kahvihuoneeseen ja vaihtaa kuulumisia kollegojen ja hoitajien kanssa kaikessa rauhassa.

Toivon, että useammin saisin nauttia tällaisesta työrauhasta. Potilaiden hoitaminen tulisi harkitummaksi ja laadukkaammaksi. Ei tekisi lääkärikkään pahaa antaa joskus

▼
 Jari Mäkelä
 Riitta Keskitalo
 Paula Kohonen-Jalonen
 Timo Kosonen
 Virpi Kuismanen
 Teija Loukusa-Nieminen
Pirkko Miettinen
 Kaisa Nissinen-Paatsamala
 Helena Nukari
 Ulla Palmu
 Pirkko Ranki
 Mikko Valkonen
 Arto Virtanen
 ▲

vain ajatuksen viedä ja istua välillä rauhassa jalat työpöydällä maailman menoa pohtien.

Nautitaan loppukesästä ja alkusyksystä!

—
Pirkko Miettinen
terveyskeskuslääkäri
pirkko.h.miettinen@fimnet.fi



In memoriam

Seppo Tuominen (1943–2005)

J ohtava ylilääkäri *Seppo Kalervo Tuomisen* mittava ura päättyi 62 vuoden iässä, keskellä heleintä Suomen kesää. Monitoimisen miehen elimistö oli antanut varoituksiaan jo vuosia sitten, mutta Sepon temperamentilla niistä ei aina niin lukua pidetty.

Savossa syntyneen, mutta Kuusankoskella kasvaneen miehen tie toi hänet Helsingin yliopistosta 1971 lääkirintutkimuksen jälkeen takaisin kasvuinseuduille, Kuusankosken kaupunginlääkäriksi. Kansanterveyslain tultua tuore terveyskeskuslääkäri eteni terveyskeskuksensa johtavaksi lääkäriksi 1973, jo kolmikymppisenä. Yhdelle talolle elämäntyönsä tehneitä kollegoja on nykyisin harvassa, mutta sellainen Seppo oli.

Tarmoa riitti työltä ja vuosien mittaan 6-henkiseksi kasvaneelta perheeltä yhdistystoiminnallekin, ja niissä ympyröissä tunsin Sepon lähemmin vuodesta 1984 alkaen, hänen tultuaan Kunnallislääkäreiden johtokuntaan. Sitä hän palveli vuoteen 1996 asti, yhdistyksen varapuheenjohtajana 1994 alkaen. Kunnallislääkärien aluetoimikunnassa Seppo toimi sekä ennen että jälkeen johtokuntapestinsä.

Kunnallislääkäri-lehden toimituskuntaa hän veti lamasta toipumisen vuosina 1993–96, ja lehden tuolloisen päätoimittajan arvostamana

työparina hän tuotti ehtymättömästi ideageneraattoristaan monilukuisia artikkeli-ideoita ja koulutusta-pahtumien ohjelmia – siihen aikaanhan toimituskunta hoiti myös yhdistyksen koulutuspolitiikkaa. Monet Lääkäripäivienkin vetonaulat olivat hänen pajassaan taottuja. Kun toimituskunta tuli Kuusankoskelle kesäkokoukseensa, oli puheenjohtaja aina organisoinut oheen täydellisen tutustumiskatselmuksen kotiseutunsa historiasta ja sen sosiaalisesta ja taloudellisesta elämästä.

Lääkäriliiton ja Suomen Lääkärilehden luottamustehtäviin meni iltoja; mm. koulutuksen, terveyshallinnon ja etiikan kysymyksissä tuli lukuisten työpäivien päälle matkustamista liittoon ja Helsinkiin. Aikaa riitti jostakin salaisesta varastosta myös mm. KELAn, lääninoikeuden, SPR:n, Mannerheim-liiton, Reumasäätiön, rotaryliikkeen, Allergia-liiton, maanpuolustuksen ja päihdehuollon tehtäville ja kysymyksille.

Seppo ei tunnetusti kumarrellut mitään asemavaltuuksia eikä ismejä. Hän lausui mielipiteensä poliittisen korrektiuden rajoja kunnioittamatta ja siten itseäänkin säästämättä, jos siihen katsoi aihetta olevan. Hän ts. oli esittelevän viranhaltijan terapeutin keskustelukumppani kaikissa niissä tilanteissa, missä luonnonlakejakin katsottiin

äänestyspäätöksin voitavan muuttaa. Hänen julkinen, ehkä tarkoituksella luotu fasadinsa, ei siten ollut vailla särmiä.

Tämän, kirjailija *Matti Mäkelän* sanoin ”tursakkeen”, imagon takana oli kuitenkin tutummille toinenkin Seppo: perheeseensä syvästi kiintynyt, herkän sosiaalisen omantunnon mies, jonka mieli virkistyi etenkin oopperamusiikista, ja jonka kodin suuri leivinuuni oli muurattu isännän intresseistä lähtien. Pöydän iloja hän arvosti, ei vain käyttäjänä, vaan myös niiden luoja.

Tekijämies toki huomattiin: Seppo sai useita valtakunnallisia kunniamerkkejä. Vuoden Kunnallislääkäriksi hänet valittiin vuonna 1997.

Viimeisen kerran tapasin hänet Kunnallislääkärien kevätristeilyllä – silmin nähden jo sairauden leimaimana, mutta mieleltään yhä entisenä Seppona, sellaisena kuin hänet voimiensa päiviltä muistan.

Meidän kollegojen kunnioitus ja kiitollisuus saatelkoon perheen suuria. Ilman *Marja-Leenaa* Sepon työammattikuntamme hyväksi ei olisi ollut mahdollinen.

Sit tibi terra levis!

Risto Ihalainen

Kunnallislääkäripäivät

Kuopio 10.–11.11. 2005

Torstai 10.11.

- 10.00– **Hallituksen ja aluetoimikuntien yhteiskokous**
12.00
- 12.00 Lounas ja näyttelyyn tutustuminen
- 13.00 *Esko Kumpusalo*, Kuopion yliopisto: **Salutogeneettinen lähestyminen**
Pekka Kuosmanen, Joensuun kaupunki: **Terveydenhuoltoa järjestämässä Lesothossa ja Ugandassa**
- 14.30 Kahvitauko ja näyttelyyn tutustuminen
Timo Ylinen, Kuopion tk, esittää omaa musiikkiaan
- 15.00 *Hannu Pappinen*, Suonenjoen tk: **“Suonenjoen mallin” eli lääkärihoitajatyöparin ja työnjaon esittelyä**
Pirjo Ilanne-Parikka, Diabetesliitto: **Diabeteksen moderni hoito ja hoidon järjestäminen tk:ssa**
- 16.30 Kahvitauko ja näyttelyyn tutustuminen
- 16.45 *Jorma Mäkitalo*, Merikosken kuntoutus- ja tutkimuskeskus: **Lääkärin sairastaminen ja työkyvyn ylläpito**
- 19.00 **Buffetillallinen**
Hotelli Puijonsarvi

Perjantai 11.11.

- 09.00 *Pentti Antila*, PK-KS: **Lasten murtumat/putoamiset/pahoitpitelyt**
Olli Tenovuo, TYKS: **Lasten ja aikuisten aivovammat**
Jari Kellokoski, KYS: **Hammastapaturmat**
- 10.30 Kahvitauko ja näyttelyyn tutustuminen
- 10.50 *Jarmo Kantonen*, Vantaan tk, Martinlaakso: **Päihdeongelmaisten akuuttihoito**
Hannu Pentikäinen, Kuopion A-klinikka: **Pitkäaikaishoito**
- 12.00 Lounas ja näyttelyyn tutustuminen
- 13.00 *Jyri Lommi*, HYKS: **Infarktin jälkihoito avohoidossa**
- 13.30 *Voitto Aittola*, KYS: **Koska yleislääkäri konsultoi verisuonikirurgia?**
- 14.00 **Vuosikokous**

Luennot pidetään Kuopion Muotoiluakatemiassa, majointus on Hotelli Puijonsarvessa.

Ilmoittautumiset Kunnallislääkäripäiville toivomme 16.9. mennessä sähköpostilla markku.annaniemi@fimnet.fi tai puhelimitse (09) 3930 756.

Majoittautumisvaraukset Hotelli Puijonsarveen sähköpostilla sales.kuopio@sokoshotels.fi tai puhelimitse (017) 1922 105. Mainitse “Kunnallislääkäripäivät”.