

MARINA ERHOLA

LT, MQI, keuhkolääkäri,
ylijohtaja
THL

TUULA VASANKARI

professori, keuhkosairausoppi ja
allergologia
Turun yliopisto, Filha ry

VESA JORMANAINEN

LL, THM, johtava asiantuntija
THL

SANNA TOPPILA-SALMI

dosentti, erikoislääkäri
HUS, Iho- ja allergiasairaala

JAAKKO HERRALA

LT, MBA, muutosjohtaja
TAYS, Filha ry

TARI HAAHTELA

professori, emeritus
HUS, Iho- ja allergiasairaala
Helsingin yliopisto

Hengitysterveyden kansalliset ohjelmat – yhä toimiva työtapa

Vuonna 1893 Finska Läkaresällskapet esitti tuberkuloosin ehkäisemiseksi ohjelman. Siinä neuvottiin vähentämään tartunnanvaaraa varoitamalla esimerkiksi lattioille sylkemisestä. Köyhä Suomi rakensi yhden bakteerin takia parantoloiden verkoston, jossa vuonna 1945 oli noin 5 700 hoitopaikkaa (1). Hoitoketju ehkäisystä hoitoon ja kuntoutukseen oli pakko hioa tehokkaaksi kansantaudin voittamiseksi. Kun tautitapaukset alkoivat vähentyä 1960-luvulla ja potilaat paranivat nopeammin, parantoloista vapautui voimavaroja muiden keuhkosairauksien hoitoon.

Astman hoidossa tapahtui 1990-luvun alussa käänne, kun suomalaiset tutkijat osoittivat taudin tulehduksellisen luonteen. Keuhkolääkärit halusivat siirtää uuden tiedon hoitokäytäntöön. Ajatuksena oli, että systemaattisen ohjelman avulla voidaan estää astmataakan kertyminen. Suomen Tuberkuloosin Vastustamisyhdistys – nykyisin Filha ry – näki uuden haasteen. Syntyi kansallinen astmaohjelma 1994–2004 (2). Ohjelmalle asetettiin selkeät tavoitteet, sovittiin työkalut niiden saavuttamiseksi ja seurattavat mittarit.

Astmaohjelman menestys poiki seuraavan tavoitteen.

Merkittävä koulutusponnistus alkoi nopeasti tuottaa tulosta. Astman varhainen havaitseminen parani, sairaalahoito väheni alle puoleen ja työkyvyttömyisten astmapotilaiden määrä romahti (3). Ohjelman arvioitiin pelkästään vuonna 2013 säästäneen yhteiskunnan varoja 100–400 miljoonaa euroa, vaihdellen lähtötilanteessa tehdyn ennusteen mukaan (4). Potilasta kohden kustannukset laskivat 72 %. Yhteistyössä WHO:n kanssa suomalaista astmaohjelmaa on käytetty kansainvälisenä mallina. Se on heijastunut myös kehittyvien maiden ohjelmiin (5,6). Siitä saatiin malli myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integroimiseen (7–9).

Astmaohjelman menestys poiki seuraavan tavoitteen: keuhkohtaumataudin aiheuttamien

ongelmien pysäyttäminen (10). Taudin tärkein syy on vuosikymmeniä jatkunut tupakointi. Sitä on yritetty vähentää monin tavoin; Suomi on mm. julistettu tupakattomaksi vuoteen ensin 2040 ja nyt 2030 mennessä (11). Keuhkohtaumaohjelman 1998–2007 aikana keuhkojen toiminnan mittausta perusterveydenhuollossa parani, tupakointi ja tautiin liittyvä sairaalahoito vähenivät ja kustannukset osoittautuivat ennakoitua pienemmiksi (12).

Uniapnea oli ohjelmakohde 2002–2012 (13). Tautia tuskin tunnettiin 1980-luvulla, mutta se on osoittautunut yleiseksi ongelmaksi, joka liittyy usein muihin sairauksiin ja erityisesti ylipainoon. Ohjelma toteutui vajaasti, mutta johti uusiin hoitosuosituksiin (14,15).

Tuberkuloosiin palattiin 2013, koska oli herännyt huoli lääkeresistenssistä ja nuorten maahanmuuttajien sairastavuudesta. Taudin varhaiseen havaitsemiseen panostettiin vahvistamalla perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon osallisuutta ja koulutusta (16,17). Tuberkuloosi on pysynyt Suomessa hyvin kurissa: sairastavuus on vähentynyt alle 300 tapaukseen vuodessa eivätkä lääkkeille vastustuskykyiset muodot ole yleistyneet (18).

Karjalan allergiatutkimuksessa ilmeni, että suomalaiset olivat allergisempia kuin venäläiset. Eroja selittivät parhaiten ympäristön ja elintapojen muutokset, jotka kytkeytyivät immuunisäätelyyn. Allergiaohjelma 2008–2018 muutti strategian suunnan välttämisestä sietämisestä ja kannusti tukemaan allergiaterveyttä (19). Ohjelman puolivälissä allergiaruokavaliot ovat puolittuneet, ensiapukäynnit astman vuoksi ovat edelleen vähentyneet ja kustannukset ovat laskussa (20).

Suomalainen hengitysterveys on parantunut monin tavoin uutta luovan tutkimuksen, pitkäjänteisen koulutuksen ja terveydenhuollon toimijoiden, viranomaisten ja järjestöjen yhteistyön ansiosta. Juuri alkanut sisäilmaohjelma 2018–2028 tarttuu ajankohtaiseen ongelmaan modernin keinoin. Siinä kehitetään verkkokoulutusta, viestintää ja monialaista osallisuutta (21). Kansalliset ohjelmat ovat edelleen toimiva työtapa. ●

KIRJALLISUUSLUETTELO
pdf-versiossa
www.laakarilehti.fi

Sisällysluettelot
SLL 13/2019

KIRJALLISUUTTA

- 1 Forsius A. Tuberkuloosi lääketieteen ja yhteiskunnan ongelmana. Kirjassa: Säynäjäkan- gas O, toim. Keuhkosairauksien uusi historia – tuberkuloosista se alkoi. Saarijärvi 2015.
- 2 Koskela K, Haahtela T, Ahonen E ym. Kansallinen astmaohjelma 1994–2004. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 1994;16:1–62. Suom Lääkäril 1994;49:2889–921.
- 3 Haahtela T, Pietinalho A, Tuomisto LE ym. Suomen astmaohjelma 10 vuotta – suuri muutos parempaan. Suom Lääkäril 2006;61:4369–78.
- 4 Haahtela T, Herse F, Karjalainen J ym. The Finnish experience to save asthma costs by improving care in 1987–2013. J Allergy Clin Immunol 2017;39:408–14.
- 5 Erhola ML, Brimkulov N, Chubakov T ym. Development process of the practical approach to lung health in Kyrgyzstan. Int J Tuberc Lung Dis 2009;13:540–4.
- 6 Selroos O, Kupczyk M, Kuna P ym. National and regional asthma programmes in Europe. Eur Respir Rev 2015;24:474–83.
- 7 Brander P, Ämmälä K, Vaarala E. Astman alueellinen hoitoketju – ensimmäisen vuoden kokemukset erikoissairaanhoidon näkökulmasta. Suom Lääkäril 2000;55:3829–32.
- 8 Erhola M, Mäkinen R, Koskela K ym. The asthma programme of Finland: an evaluation survey in primary health care. Int J Tuberc Lung Dis 2003;7:592–8.
- 9 Tuomisto LE, Erhola M, Luukkaala T, Puolijoki H, Nieminen MM, Kaila M. Asthma Programme in Finland: Did the use of secondary care resources become more rational? Respir Med 2010;104:957–65.
- 10 Laitinen LA, Jylhä J, Kauppinen R ym. Krooninen keuhkoputkentulehdus ja keuhkoastma. Valtakunnallinen ehkäisy- ja hoito-ohjelma 1998–2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1998;4:1–88.
- 11 Simonen O, Puska P, Reijula K. Loppupeli on alkanut – tupakaton Suomi. Duodecim 2014;130:1375–6.
- 12 Pietinalho A, Vasankari T, Kontula E, Säynäjäkan- gas O, Sovijärvi A, Kinnula V. Keuhkoastma- taudin esiintyvyyden, sairaalahoidon ja kuolleisuuden lisääntyminen on saatu pysäytetyksi. Suom Lääkäril 2011;66:1989–92.
- 13 Pietinalho A, Partinen M, Isoaho R. Valtakunnalli- nen uniapneaohjelma 2002–2012. Perustervey- denhuollon rooli. Suom Lääkäril 2002;58:2875–78.
- 14 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Suomen Keuhkolääkäriyhdistyksen ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla). Käypä hoito -suositus 15.6.2017. www. kaypahoito.fi
- 15 Bäck L, Bachour A. Uniapnea aikuisilla. Lääkärin käsikirja, päivitetty 11.5.2018. Kustannus Oy Duodecim. www.terveysportti.fi
- 16 Liippo K, Grierson S, Järvinen A ym. Valtakunnal- linen tuberkuloosiohjelma 2013. Tuberkuloosin ehkäisyn, hoidon ja seurannan suositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013;12:1–176.
- 17 Soini H, Kotilainen H, Marttila H ym. Tunnistatuberkuloosi – ehkäise epidemia. Duodecim 2016;132:654–60.
- 18 Vasankari T, Järvinen A. Tuberkuloosin hoito vaatii osaamista. Suom Lääkäril 2015;37:2299.
- 19 Haahtela T, von Hertzen L, Mäkelä M ym. Kansallinen allergiaohjelma 2008–2018- aika muuttaa suuntaa. Suom Lääkäril 2008;14:9–21. Allergialiite
- 20 Haahtela T, Valovirta E, Hannuksela M ym. Kansallinen allergiaohjelma 2008–2018 puolivälissä – suunnan muutos tuo tuloksia. Suom Lääkäril 2015;70:2165–72.
- 21 Lampi J, Pekkanen J, ohjelmatyöryhmä. Terve ihminen terveissä tiloissa. Kansallinen sisäilma ja terveys -ohjelma 2018–2028. THL, raportti 2018;8:1–95.