

Kroonisen keuhkoputkitulehduksen ja keuhkohtaumataudin ehkäisy- ja hoito-ohjelman väliraportti valmistunut

ANNE PIETINALHO • EVA KONTULA

Tärkein tieto

Keuhkohtaumatauti on merkittävä kansanterveysongelma sen korkean esiintyvyyden, suuren potilasmäärän ja suurten hoitokustannusten vuoksi.

Taudin yleinen tunnettavuus on huono, ja diagnosoitiin päästään vasta taudin kehittyttyä jo pitkälle. Myös hoitokäytännöissä on eroja maan eri osissa.

Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta laadittiin Krooninen keuhkoputkitulehdus ja keuhkohtaumatauti, valtakunnallinen ehkäisy- ja hoito-ohjelma 1998–2007.

Ohjelman tavoitteina on keuhkohtaumataudin ilmaantuvuuden ja sairau- den kohtalaisten ja vaikeiden tautitapausten väheneminen, sairastuneiden hyväkuntoisena säilyminen sekä sairaalahoitopäivien vähentyminen ja hoitokustannusten pieneneminen. Lääkäriseura Duodecim julkaisi keuhkohtaumataudin Käypä hoito -suosituksen hoitokäytäntöjä selkiyttämään vuonna 1999.

Jotta ohjelman tavoitteet voidaan kokonaisuudessaan saavuttaa, edellyttää se nykyisten toimien tehostamista. Keuhkohtaumatautipotilaita tulee etsiä entistä systemaattisemmin tupakoivien, hengitystieoireita potevien asiakkaiden joukosta ja järjestää heille riittävä tuki tupakasta vieroittamiseksi.

Filha ry. (aikaisemmin Hengitys ja Terveys ry.) on yhdessä muiden toimijoiden kanssa tukenut systemaattisesti ohjelman käyttöön ottoa ja asetti vuonna 2003 asiantuntijatyöryhmän kokoamaan ja arvioimaan keuhkoah-

taumatautiohjelman käyttöön ottoon liittynyttä työtä, resursseja ja hoidon toteutumista sekä oleellisinta tutkimustietoa. Työryhmän laatima ohjelman seurantaraportti on luettavissa kokonaisuudessaan Filha ry:n kotisivuilla.

TUPAKOINNIN JA KEUHKOHTAUMATAUDIN (KAT) YLEISYYS

Tupakointi on vähentynyt

Tupakointi on merkittävin keuhkohtaumataudin syntyyn vaikuttava tekijä.

Suomalaisten aikuisten tupakointi on vähentynyt valtakunnallisen keuhkohtaumatautiohjelman toimikautena. Vuonna 1997 aikuisista miehistä tupakoi 30 % ja naisista 20 %. Vuoden 2003 mittaukset osoittavat miesten tupakoinnin vähentyneen 26 %:iin ja naisten tupakoinninkin laskeneen 19 %:iin. Tyttöjen tupakointi kuitenkin huolettaa. Stakesin tuoreen Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan 14–18-vuotiaista pojista tupakoi 23 % ja tytöistä 26 %. Odottavien äitien keskimääräinen tupakointi on pysynyt 15 %:ssa. Tupakointiin vaikuttavat laki, verotus ja hintapolitiikka, mutta myös terveydenhuollon mahdollisuudet tukea tupakasta vieroittuvaa. Ohjelman julkaisemisen aikaan ei selviä tupakasta vieroituksen pelisääntöjä vielä ollut, mutta 2002 julkaistu Käypä hoito -suositus ja sen jalkauttaminen pyrkii korjaamaan tilannetta.

Keuhkohtaumatautiin sairastuu luultua herkemmin Ohjelman käynnistyessä vuonna 1998 käytettävissä olleen tutkimustiedon pohjalta arvioitiin Suomessa olevan noin 400 000 kroonista keuhkoputkitulehdusta potevaa potilasta, joista noin 175 000–200 000:lla arveltiin olevan oireita aiheuttava keuhkohtauma. Aiemman tutkimustiedon pohjalta arvioitiin lisäksi, että noin joka viides tupakoitsija sairastuu keuhkohtaumatautiin.

Suomessa, Virossa ja Ruotsissa on meneillään laaja epidemiologinen hen-

gityselinoireita, keuhkohtaumatautia, astmaa ja keuhkojen toimintahäiriöitä selvittävä projekti (FinEsS). Alustavien tulosten mukaan keuhkohtaumataudin esiintyminen on mahdollisesti vielä aiemmin arvioituakin tavallisempaa.

Myös ruotsalaisen Lundbäckin johtaman tutkijaryhmän julkaisema tutkimus viittaa taudin olevan huomattavasti tavanomaisempaa ja tupakoitsijoiden riskin olevan suuremman kuin on arvioitu. Tulosten mukaan jopa puolet tupakoitsijoista saattaa sairastua keuhkohtaumatautiin aiemmin arvioidun 15–20 %:n sijasta.

OHJELMAN TAVOITTEET TOTEUTUMASSA?

Valtakunnallisen KAT-ohjelman yksi merkittävä tavoite on vähentää merkittäviä resursseja vaativaa sairaalahoitoa 25 %:lla. 1990-luvun puolivälissä esitettiin arvioita, joiden mukaan keuhkohtaumataudista aiheutuneiden hoitokasojen ja hoitopäivien määrät jopa kaksinkertaistuisivat vuoteen 2020 mennessä. Stakesin hoitoilmoitusrekisterin tietojen perusteella keuhkohtaumataudista johtuva sairaalakäyttö on kuitenkin vähentynyt vuosien 1997 ja 2001 aikana: sairaanhoitokasojen määrä on vähentynyt 3,6 % ja hoitopäivien määrä 18 %. Lisäksi hoitokasot lyhenivät 15 %.

Hoito-ohjelman toisena tavoitteena on kuolleisuuden vähentäminen. Keuhkohtaumatautiin kuolee vuosittain noin 1 000 ihmistä. Tilastokeskuksen rekisterin mukaan luku on pysynyt samanlaisena aina 1970-luvun alusta lähtien. Vuodesta 1998 lukien kuolleisuuden vähenemistä on kuitenkin hie-man tapahtunut, enimmillään noin 2,8 % vuodessa.

KAT-OHJELMAN JALKAUTTAMINEN JA TERVEYDENHUOLLON RESURSSIT

Jalkauttaminen

Valtakunnallinen keuhkohtaumatauti-ohjelma laadittiin vuosina 1996–1997 sosiaali- ja terveysministeriön ja Filha ry:n yhteistyönä ja asiantuntijatyöryhmää kuullen. Se julkaistiin vuonna 1998. Systemaattinen, maan kattava koulutus käynnistyi jo I Valtakunnallisilla keuhkohtaumatautipäivillä vuonna 1997. Ohjelman ensimmäisinä vuosina Filha ry. järjesti yhteistyössä sairaanhoitopiirien ja alue-

Taulukko 1. Terveysthuollon ammattilaisille järjestetty keuhkohtaumatautikoulutus vuosina 1997–2003.

Hanke/tilaisuus	Ajankohta (vuosi/vuodet)	Tilaisuudet (n)	Osallistuneet terveydenhuollon ammattilaiset (n)
FILHA RY:N KOULUTUSTILAISUUDET			
I Valtakunnallinen Keuhkohtaumatautipäivä	1997	1	300
Sairaanhoitopiirikohtaiset seminaarit	1997–1999	27	2 240
Työterveyslaitoksen aluelaitosten kanssa järjestetyt seminaarit	2000	7	580
Terveyskeskuskohtaiset koulutukset	2001–2003	156	3 400
Keuhkohtaumatautiohjelma aiheena lääkäripäivillä	1998–1999	3	200
Spirometriatutkimusten laadunparannushanke	2001–2003	25	765
Muut koulutukset	1997–2003	20	1 400
HENGITYSLIIITTO HELIN KOULUTUSTILAISUUDET			
	1998–2003	21	1 380
Yhteensä		260	10 265

Taulukko 2. Terveyskeskusten (Tk) resurssit hoitaa astmaa ja keuhkohtaumatautia. KH = Käypä hoito.

Kysytty asia	Astmaohjelman mukaiset hoitoresurssit (Erhola ym. 2003)	Keuhkohtaumatauti-ohjelman mukaiset hoitoresurssit (julkaisematon tieto)
On tutustunut ohjelmaan/KH-suositukseen (%)		78/85
Nimettynä vastuulääkäri (%)	83	30
Nimettynä vastuuhoitaja (%)	94	34
Tk:ssa on spirometrialaite (%)	95	82
Tk:ssa annetaan tupakasta vieroitusta	53	63

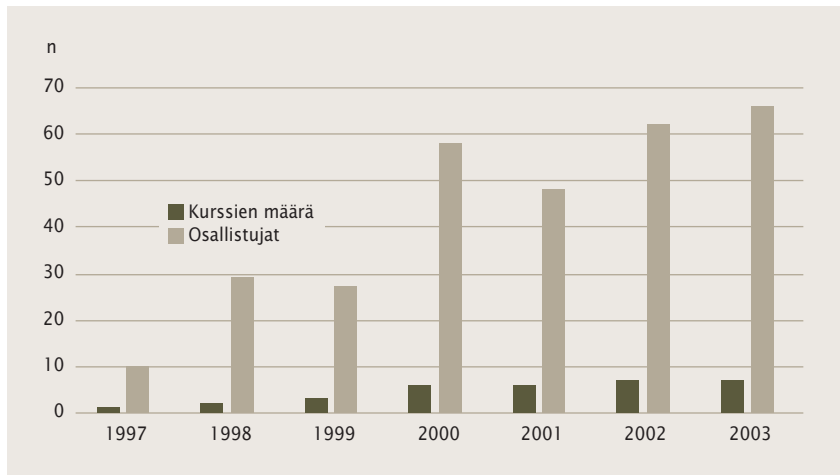
työterveyslaitosten kanssa koulutus- ja tiedotustilaisuuksia. Vuoden 2001 alusta alkaen työtä jatkettiin moniammatillisina, interaktiivisina, terveyskeskuskohtaisina seminaareina. Terveyskeskustilaisuuksien tavoitteena oli innostaa perusterveydenhuollon ammattilaisia keuhkohtaumataudin estämiseen, etsimiseen ja varhaiseen löytämiseen sekä löydetyn sairauden pysäyttämiseen keuhkohtaumataudin Käypä hoito -suosituksen mukaisesti. Laskelma Filha ry:n ja Hengityслиitto Helin koulutustilaisuuksien ja osallistujien määristä on esitetty taulukossa 1.

Resurssit ja hoitojärjestelyt

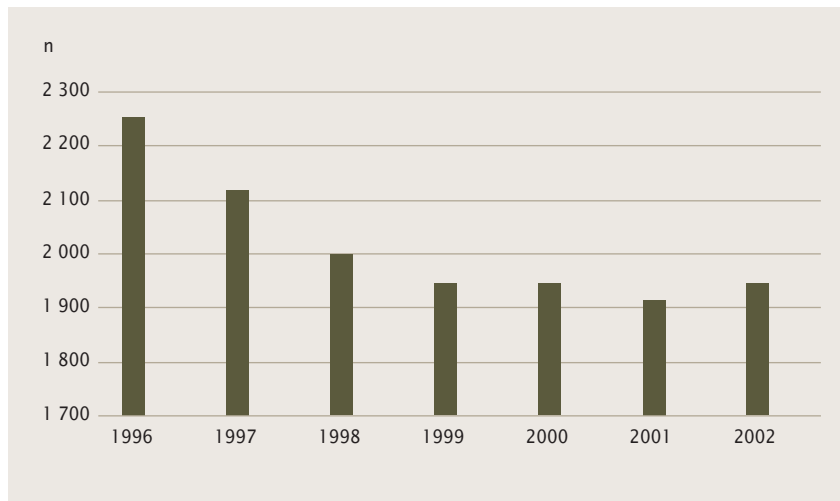
Filha ry:n vuonna 2003 tekemän kyselyn mukaan 70 % keuhkoylilääkäreistä raportoi keuhkohtaumataudin alueel-

lisen hoitoketjun olemassaolosta ja kolmannes katsoi hoitoketjun toimivan myös käytännössä (julkaisematon tieto).

Terveyskeskusten resursseja hoitaa keuhkohtaumatautipotilaita on selvitetty Filha ry:n toteuttaman kolmevuotisen (2001–2003) terveyskeskuskohtaisen koulutushankkeen yhteydessä (julkaisematon tieto). Astmaohjelman vastaavia hoitoresursseja kartoitettiin terveyskeskusten astmavastuulääkäreille suunnatussa puhelinhaastattelututkimuksessa 2000–2001, jossa vastausprosentti oli 91. Molemissa resurssikartoituksissa kysyttiin muun muassa vastuuhenkilöiden olemassaoloa, laitekantaa tai spirometriatutkimusten tekemistä ja valmiuksia tupakasta vieroitukseen (taulukko 2).



Kuvio 1. Hengityслиitto Helin keuhkohtaumatautipotilaille järjestämien kuntoutuskurssien määrä ja osallistuneiden määrä vuosina 1997–2003.



Kuvio 2. Keuhkohtaumataudin vuoksi myönnetty työkyvyttömyys- ja yksilölliset varhaiseläkkeet 1996–2002 (Kelan ja työeläkejärjestelmän myöntämät).

Terveyskeskuksissa perehdytään lähes kiitettävästi ohjelmiin ja suosituksiin. Käytännössä astmavastuulääkärit ja -hoitajat vastaavat myös muiden ahauttavien sairauksien hoidosta.

Spirometriatyöskentelyn laadunselvitystutkimuksen yhteydessä ladittiin ja julkaistiin spirometriatutkimusten laatuindeksi, joka löytyy Filha ry:n kotisivuilta. Lisäksi Labquality julkaisee lähes vuosittain päivitettyjä spirometriasuosituksia Moodi-lehtensä erikoisnumerona.

Eteläsuomalaisesta terveystieteiden keskukselta on saatu orastavaa tietoa siitä, että spirometria tehdään hengitystieoireiselle ja tupakointiin puututaan nyt herkemmin kuin ennen ohjelman käynnistymistä.

Maassamme on noin 600 apteekkia,

joiden nimetyt astmayhdyshenkilöt toimivat usein myös keuhkohtaumatautipotilaiden lääkerohjaajina ja tupakasta vieroituksesta vastaavina yhdyshenkilöinä.

Keuhkohtaumatautipotilaiden hoitojärjestelyjen parantamiseksi on syntynyt hankkeita eri puolilla maata. Muun muassa Ranuan terveystieteiden keskuksessa on ryhtynyt hoitamaan happihoitopotilaiden määrärajoitusten ja lievää pahenemismuutosta kärsivien potilaita.

Porvoon sairaalassa toteutetun kotisairaalahankkeen pohjalta on arvioitu, että jopa puolet keuhkohtaumataudin sairaalahoitoa vaativista pahenemisvaiheista voitaisiin hoitaa kotisairaalassa. Samaan pyritään Rovaniemellä vuodesta 1998 lähtien toimineessa terveystieteiden keskuksen kotisairaalassa.

HOITO, KUNTOUTUS JA ELÄKÖITYMINEN

Hoito

Keuhkohtaumataudin Käypä hoito -suositus ja sen päivitys antavat selvän raamin lääkkeelliselle hoidolle. Koko hoidon tärkein kulmakivi on edelleen tupakasta vieroitus. Lääkehoidon tulee perustua aina lääkekeitteluun ja sen tuoman subjektiivisen ja objektiivisen hyödyn arviointiin.

Kotihappihoidon myöntämiseen on aktivoitunut

Vaikeaa tautia potevat keuhkohtaumatautipotilaat tarvitsevat hengitysapuvälineitä. Hapin hoidon tiedetään parantavan kotona selviytymistä ja ennustetta. Osa potilaista hyötyy myös lääkesumuttimista ja kaksoispaineventilaattorihoitosta. Hengitysapuvälineistä ei ole maan kattavaa rekisteriä. Tehtyjen erillisselvitysten mukaan ohjelman kuluessa happihoitoa käyttävien määrä on noussut noin 1 800:sta 2 200:aan käyttäjään, eli 21 %.

Kuntoutus

Yksi KAT-ohjelman tavoite on sairastuneiden työ- ja toimintakyvyn säilyminen hyvänä. Tavoitteen toteutumisen edellytyksenä on tupakoimattomuus, lääkehoidon hyvä omaksuminen ja toteutuminen sekä kunnan ylläpito. Erikoissairaanhoidon poliklinikat ja osastot antavat potilasohjausta normaalina toimintanaan uusille keuhkohtaumatautidiagnoosin saaneille potilaille. Osa keuhkoyksiköistä järjestää myös keuhkohtaumatautipotilaiden ensitietopäiviä, mutta toiminnan kattavuudesta ei ole tehty selvitystä. Perusterveydenhuollon järjestämiä ensitietopäiviä ei toistaiseksi potilaille tarjota. Myöskään keuhkohtaumatautipotilaiden avokuntoutusta ei näyttäisi olevan tarjolla.

Hengityслиitto Helin tietojen mukaan vuosien 1997–2003 kuluessa liiton kuntoutuslaitoksissa järjestetyt keuhkohtaumatautipotilaiden kuntoutuskurssit ja niille osallistuneiden määrä on kasvanut seitsemänkertaiseksi (kuvio 1).

Eläkkeelle siirtyminen

Aikavälillä 1996–2002 Kelan ja työeläkejärjestelmän tilastojen mukaan keuhkohtaumataudin vuoksi myönnettyjen eläkkeiden määrä on vähentynyt 2 252:sta 1 944:ään (kuvio 2).

TIIVISTELMÄ

Valtakunnallinen kroonisen keuhkoputkitulehduksen ja keuhkohtaumataudin ehkäisy- ja hoito-ohjelma laadittiin käytettävissä olevan kotimaisen ja kansainvälisen kirjallisuuden sekä laajan asiantuntijaryhmän kokemuksen ja tiedon pohjalta. Ohjelma on vaikuttanut terveydenhuoltomme toimintaan ja potilaiden hoidon organisointiin kuuden vuoden ajan. Arvokkaana tukena ohjelman toteutuksessa on ollut keuhkohtaumataudin Käypä hoito -suositus.

Tärkein keino ohjelman tavoitteiden saavuttamiseksi on tupakoinnin vähentäminen. Vähentämistä ovat tukeneet Suomen tupakkalain lisäksi muun muassa KAT-ohjelman jalkauttamiseen liittynyt runsas tiedotus tupakoinnin haitoista. Lisäksi tupakasta vieroituksen Käypä hoito -suositus ja sen jalkauttaminen on rohkaissut ja innoistanut terveydenhuoltoa aiempaa aktiivisemmin puuttumaan tupakointiin ja tarjoamaan vieroitushoitoja (taulukko 2).

Aikuisten tupakointi onkin vähentynyt. Miehistä tupakoi päivittäin 30 % ja naisista 26 %. Lasten tupakointi ei kuitenkaan ole vähentynyt, ja pojat ja tytöt tupakoivat yhtä paljon. Passiivinen tupakointi on vähentynyt ohjelman kuluessa.

Arvio keuhkohtaumataudin esiintyvyydestä on ohjelman lyhyen seuranta-ajan kuluessa säilynyt ennallaan. Sen sijaan sairaalahoidon tarve on vähentynyt jonkin verran.

Keuhkohtaumatautipotilaiden lääkeellisen hoidon mahdollisuudet ovat monipuolistuneet. Käyttöön on tullut sekä uusia lääkkeitä että astmalääkkeinä tunnettujen lääkkeiden uusia indikaatioita.

Täydennyskoulutusta on ohjelman myötä tarjottu runsaasti terveydenhuollon ammattilaisille; yli 10 000 osallistujaa noin 260 tilaisuudessa! Täsmennystä terveydenhuollon työnjakoon on tuotettu 15 sairaanhoitopiirisä alueellisten hoitoketjujen muodossa. Valmiuksia keuhkohtaumataudin löytämiseen on lähes kaikissa maamme terveyskeskuksissa, sillä 95 % raportoi spirometrialaitteen kuuluvan varustukseensa ja reilu puolet kertoo tarjoavan tupakasta vieroitusta.

Myönteistä keuhkohtaumatautipotilaiden hoidon kehitystä heijastaa myös kotihappihoitoa käyttävien potilaiden määrän nousu, hoitokriteerien selkiintyminen ja hoidon saatavuuden

Taulukko 3. Keuhkohtaumatautiohjelman seurantaraportti: suositukset ohjelman eteenpäin viemiselle.

- 1) Tupakasta vieroitus otetaan entistä selkeämmin keuhkohtaumataudin hoitokeinoksi sairauden kaikissa vaiheissa ja vieroituspalveluja ja niiden saatavuutta kehitetään.
- 2) Työperäistä altistumista vähennetään edelleen erityisesti pientyöpaikoilla ja ravintoloissa.
- 3) Avainryhmien tietotaitoa lisätään moniammatillisena yhteistyönä ja hoitoketjuja sekä yhdysenkilöverkostoa kehitetään ja tuetaan.
- 4) Erityisesti tupakoiviin keuhkohtaumatautia sairastaviin kohdistuvan varhaisen diagnostiikan ja hoidon tehostamista tuetaan edelleen.
- 5) Ohjatun omahoidon kehittämistä jatketaan kehittämällä potilasohjausta tavoitteena potilaan hyvä hoitoon sitoutuminen.
- 6) Varhain aloitettua, yksilöllisesti ja osana hoitoa toteutettua avokuntoutusta kehitetään edelleen.
- 7) Tutkimukseen panostetaan taudin esiintyvyyden, syntymekanismien, hoidon ja kuntoutuksen edelleen selvittämiseksi.

Tupakointi on merkittävin keuhkohtaumataudin syntyyn vaikuttava tekijä.

parantuminen. Sen sijaan vain vajaa kolmannes terveyskeskuksista on sopinut muun muassa siitä, kuka toimii keuhkohtaumataudin vastuuhenkilönä.

Keuhkohtaumatautipotilaiden kuntoutuskäytäntö ei juuri ole muuttunut. Se on laituskuntoutuspainotteista, Hengityslitto Helin toteuttamaa, Kelan rahoittamaa ja vain harvojen ulottuvilla.

LOPUKSI

Sekä keuhkohtaumatautiohjelman että edeltäneen astmaohjelman systemaattisen jalkauttamistyön ansiosta terveydenhuoltoon näyttää syntyneen periaatteellisia mahdollisuuksia keuhkohtaumataudin hyvään diagnostiikkaan ja hoitoon. Jotta vuoteen 2007 jatkuvan ohjelman tavoitteet voidaan kokonaisuudessaan saavuttaa, edellyttää se toimien tehostamista nykyisestä (taulukko 3). Keuhkohtaumatautipotilaita tulee etsiä entistä systemaattisemmin tupakoivien, hengitystieoireita potevien asiakkaiden joukosta ja järjestää heille riittävä tuki tupakasta vieroittamiseksi. Tässä tehtävässä ovat etulinjan toimijoina lääkäreiden lisäksi hoitajat. Hoitajien valtuuksia tutkimusten (esimerkiksi spirometrian tilaaminen) ja hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen tulisikin entisestään lisätä.

Aiheeseen liittyvää kirjallisuutta

Krooninen keuhkoputkitulehdus ja keuhkohtaumatauti. Valtakunnallinen ehkäisy- ja hoito-ohjelma 1998–2007. Seurantaraportti. 3/2004. www.filha.fi.

Kirjoittajat

ANNE PIETINALHO
LKT, ylilääkäri
Filha ry.

EVA KONTULA
LL, apulaisylilääkäri
Filha ry.