



Aluehallintovirasto
Regionförvaltningsverket

Sukupuolitaudit Suomessa – eilen, tänään ja huomenna

– Aktiivisia torjuntatoimia tarvitaan

Leena Vuorenmaa
Anna-Marja Ilola
Helena Mussalo-Rauhamaa
Etelä-Suomen aluehallintovirasto

Eija Hiltunen-Back
Sukupuolitautilien vastustamisyhdistys ry

PERUSPALVELUT, OIKEUSTURVA JA LUVAT

19/2012 Etelä-Suomen aluehallintoviraston julkaisuja
Publikationer från Regionförvaltningsverket i Södra

Julkaisija/ Utgivare

Etelä-Suomen aluehallintovirasto
Regionförvaltningsverket i Södra Finland

Tammerprint Oy, Tampere

Hämeenlinna 2012
Tavastehus 2012

Yhteistyökumppani
Sukupuolitautilien vastustamisyhdistys ry

| | | | |
|--|--------------------------------------|---|--|
| Tekijät Leena Vuorenmaa Anna-Marja Ilola Helena Mussalo-Rauhamaa Etelä-Suomen aluehallintovirasto | | Julkaisuaika 2012 | |
| Eija Hiltunen-Back Sukupuolitautilien vastustamisyhdistys ry | | Toimeksiantaja(t) Etelä-Suomen aluehallintovirasto | |
| | | Toimielimen asettamispäivä 1.12.2010 | |
| Julkaisun nimi Sukupuolitaudit Suomessa eilen, tänään ja huomenna –aktiivisia torjuntatoimia tarvitaan | | | |
| Tiivistelmä: <p>Sukupuolitautilien kirjossa on tapahtunut merkittäviä muutoksia viimeisten 80 vuoden aikana. Matkailun lisääntymisen myötä meiltä lähes hävinneet taudit ovat palanneet ja perinteisille antibiooteille vastustuskykyiset mikrobikannat tulevat lähitulevaisuudessa muodostamaan terveydenhuollolle suuren haasteen. Huolestuttavaa on erityisesti klamydian ja kondylooman yleisyys nuorissa ikäryhmissä. Sukupuolitautilien torjunnan kannalta on tärkeää, että testeihin hakeuduttaisiin silloin, kun tartunnan mahdollisuus on olemassa. Testeihin tulisi päästä mahdollisimman matalalla kynnyksellä. Sukupuolitautilien testaaminen ja hoito on ilmoitettavien tautien osalta potilaalle maksutonta kunnallisissa hoitopaikoissa. Tautien torjunnassa tärkeää on tartuntaketjun katkaiseminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.</p> <p>Pääkaupunkiseudulla julkaistiin muutama vuosi sitten alueellinen sukupuolitautilien tutkimuksen ja hoidon porrastusohje, jonka tarkoituksena oli madaltaa näytteenottokynnystä ja ohjata testiin hakeutujat oikeisiin hoitopaikkoihin. Itä-Suomessa on tänä syksynä tarjottu mahdollisuutta maksuttomaan ja nimettömään hiv-pikatestaukseen terveysasemalla. Tämän toivotaan lisäävän testiin hakeutumista ja tuovan tartunnan saaneet ajoissa hoidon piiriin.</p> <p>Ruotsissa on jo usean vuoden ajan voinut tilata internetistä klamydian näytteenottovälineet kotiin. Tällä on pyritty sekä lisäämään testausaktiivisuutta että myös vähentämään terveydenhuollon käyntejä ja säästämään näin kustannuksissa. Meilläkin tarvittaisiin jo olemassa oleviin kunnallisiin palvelurakenteisiin integroitua toimintamallia, joka takaisi tartunnan saaneelle tutkimuksen lisäksi koko hoitoketjun aina jälkitarkastukseen saakka sujuvasti ja ennen kaikkea maksuttomasti. Näin voitaisiin taata kaikille tasa-arvoinen oikeus tutkimukseen ja hoitoon.</p> <p>Uusia sukupuolitautilien neuvonta- ja vastaanottopalveluita suunniteltaessa on tärkeää huomioida, että sukupuolitautilien osalta haavoittuvilla väestöryhmillä on hyvin erilaiset tarpeet. Tämän vuoksi myös lähestymistapojen tulisi erota toisistaan. Nuorten tavoittamiseksi tarvitaan erilaisia toimintatapoja kuin esimerkiksi miehille, joilla on seksiä miesten kanssa. Myös kansainvälistyminen on huomioitava esimerkiksi erilaisten ohjeistusten kieli- ja kulttuuritarjonnassa. Sukupuolitautilien hoidossa ja myös niiden leviämisen ehkäisemisessä terveydenhuolto muodostaa keskeisen toimijan. Tämä raportti on osa Etelä-Suomen aluehallintoviraston Terveyden edistämisen ohjelmaa.</p> | | | |
| Asiasanat Sukupuolitaudit | | | |
| ISSN (painettu) 1798-8306 | ISBN (painettu) 978-952-5890-32-7 | ISSN (verkkopainettu) 1798-8314 | ISBN (verkkopainettu) 978-952-5890-33-4 |
| Kokonaissivumäärä 44 | | Kieli Suomi | Hinta – |
| Julkaisija Etelä-Suomen aluehallintovirasto | | Paino Tammerprint Oy, Tampere | |

INFORMATIONSSIDA

Publikationer från Regionförvaltningsverket i Södra Finland 19/2012

| | | | |
|---|------------------------------------|--|---|
| Sammanställd av Leena Vuoremaa Anna-Marja Ilola Helena Mussalo-Rauhamaa Regionförvaltningsverket i Södra Finland | | Utgivningsdatum 2012 | |
| Eija Hiltunen-Back Föreningen mot sexuellt överförbara sjukdomar | | Uppdragsgivare Regionförvaltningsverket i Södra Finland | |
| | | Datum för tillsättandet av organet 1.12.2010 | |
| Publikationens titel Sexuellt överförbara sjukdomar i Finland i går, i dag och i morgon – aktivt förebyggande arbete behövs | | | |
| Referat: <p>Under de senaste 80 åren har det skett betydande förändringar i förekomsten av sexuellt överförbara sjukdomar. I och med att resandet ökat har sjukdomar som tidigare nästan försvunnit från Finland kommit tillbaka, och mikrobstammar som är resistent mot traditionell antibiotika kommer inom en snar framtid att utgöra en stor utmaning för hälsovården. Det som är särskilt bekymrande i dagsläget är att klamydia och kondylom är så vanligt förekommande bland unga. För att bekämpa könssjukdomarna är det viktigt att man testar sig så fort det finns en risk för smitta. Därför borde tröskeln att testa sig vara så låg som möjligt. Testning och behandling av anmälningspliktiga könssjukdomar är gratis inom den kommunala vården. För att bekämpa sjukdomarna är det också viktigt att bryta smittokedjan i ett så tidigt skede som möjligt.</p> <p>I huvudstadsregionen publicerades för några år sedan regionala anvisningar för nivåstruktureringen av undersökning och vård av könssjukdomar med syftet att göra tröskeln för att testa sig lägre och hänvisa dem som ville testa sig till rätt vårdställe. I Östra Finland har man denna höst erbjudit möjligheten till gratis och anonyma hiv-snabbtest på hälsostationerna. Man hoppas på detta sätt kunna öka antalet som låter testa sig och erbjuda dem som blivit smittade vård i tid.</p> <p>I Sverige har det redan under flera års tid varit möjligt att beställa klamydiatest på nätet. Syftet har varit att öka testningsaktiviteten och minska besöken inom hälsovården och samtidigt kostnaderna. Också hos oss skulle det finnas behov av en verksamhetsmodell integrerad med existerande kommunal service som skulle garantera att de som smittats erbjuds undersökning och får tillgång till hela vårdkedjan ända till eftergranskningen smidigt och framför allt gratis. Detta skulle ge alla lika möjligheter till undersökning och behandling.</p> <p>När nya rådgivnings- och mottagningstjänster planeras är det viktigt att komma ihåg att olika befolkningsgrupper som särskilt riskerar smitta har vitt skilda behov och därför måste också servicen anpassas. För att nå unga behövs andra sätt att arbeta än för att nå män som har sex med män. Också den ökande internationaliseringen måste tas i beaktande genom exempelvis information på olika språk. Hälsovården spelar en central roll i behandlingen av sexuellt överförbara sjukdomar och i arbetet för att förhindra att de sprids. Denna rapport utgör en del av Regionförvaltningsverket i Södra Finlands program för att främja hälsan.</p> | | | |
| Ämnesord Sexuellt överförbara sjukdomar | | | |
| ISSN (tryckt) 1798-8306 | ISBN (tryckt) 978-952-5890-32-7 | ISSN (webbpublikation) 1798-8314 | ISBN (webbpublikation) 978-952-5890-33-4 |
| Sidantal 44 | Språk Finska | Pris – | |
| Utgivare Regionförvaltningsverket i Södra Finland | | Tryckeri Tammerprint Oy, Tammerfors | |

DESCRIPTION PAGE

Publications of the Regional State Administrative Agency for Southern Finland 19/2012

| | | | |
|---|-------------------------------------|---|---|
| Author(s) Leena Vuorenmaa Anna-Marja Ilola Helena Mussalo-Rauhamaa Regional State Administrative Agency for Southern Finland | | Date 2012 | |
| Eija Hiltunen-Back Finnish Society against Sexually Transmitted Diseases | | Comissioned by Regional State Administrative Agency for Southern Finland | |
| | | Date of appointment 1.12.2010 | |
| Title Sexually transmitted diseases in Finland yesterday, today and tomorrow – active prevention is needed | | | |
| Abstract: <p>During the last 80 years, there have been substantial changes in the spectrum of sexually transmitted diseases. Due to increased travel, diseases that had nearly disappeared from Finland have now returned. In a near future, microbial strains resistant to traditional antibiotics will pose a major health care challenge. Especially worrying today is the high number of chlamydia and condyloma infections among young people. In order to fight sexually transmitted diseases it is important that the affected persons take a test if there is a risk of infection. Therefore, the threshold for seeking testing should be made as low as possible. Testing and treatment of sexually transmitted diseases that must be reported is free of charge in municipal health care. For an effective prevention of sexually transmitted diseases it is necessary to break the infection chain at as an early stage as possible.</p> <p>A few years ago, guidelines for the hierarchy of referrals in the prevention and treatment of sexually transmitted diseases were published in the Helsinki region with the aim to lower the threshold for taking a test and refer those seeking testing to the right testing places. In Eastern Finland, health centres have this autumn offered rapid HIV tests free of charge and anonymously. It is hoped that this will increase the number of those taking the test and help those infected to get treatment in time.</p> <p>In Sweden, chlamydia tests have been available for order over the internet for several years already. The aim has been to increase the number of people taking the test and at the same time decrease the number of health care visits and thus save costs. Also here in Finland there is a need for a new operating model integrated into the existing municipal health care services that would ensure that persons with an infection are offered examination, treatment and check-up easily and, most importantly, free of charge. This would make examination and treatment equally available for everyone.</p> <p>When planning new information and examination and treatment services attention should be paid to the fact that that different population groups vulnerable to sexually transmitted diseases have very different needs and therefore different approaches are necessary. The approach for reaching young people differs from the one for reaching for example men who have sex with men. The increasing globalization must also be taken into account by for example providing information in different languages. The municipal health care services play a central role in the treatment of sexually transmitted diseases and in the prevention of their spreading. This report is a part of the Health Promotion Programme of the Regional State Administrative Agency for Southern Finland.</p> | | | |
| Key words Sexually transmitted diseases | | | |
| ISSN (printed) 1798-8306 | ISBN (printed) 978-952-5890-32-7 | ISSN (web publication) 1798-8314 | ISBN (web publication) 978-952-5890-33-4 |
| Pages 44 | Language Finnish | Price – | |
| Published by The Regional State Administrative Agency for Southern Finland | | Printed by Tammerprint Oy, Tampere | |

Sisällysluettelo

| | |
|--|-----------|
| 1. JOHDANTO | 7 |
| 2. SUKUPUOLITAUTITARTUNTOJEN TORJUNTA JA SEURANTA | 8 |
| 3. SUKUPUOLITAUTITILANNE VUOSINA 1932–1994 | 11 |
| 3.1 Tippuri | 11 |
| 3.2 Kuppa | 12 |
| 3.3 Sankkerit | 13 |
| 3.4 Trikomoniaasi..... | 13 |
| 3.5 Klamydia | 14 |
| 3.6 Kondylooma | 15 |
| 3.7 Sukuelinherpes | 15 |
| 4. SUKUPUOLITAUTITARTUNNAT VUOSINA 1995–2010 | 17 |
| 4.1 Klamydia | 17 |
| 4.2 Kondylooma | 18 |
| 4.3 Sukuelinherpes | 22 |
| 4.4 Tippuri | 24 |
| 4.5 Kuppa | 27 |
| 4.6 HIV-infektio..... | 29 |
| 5. NUORTEN TIETOUS SUKUPUOLITAUDEISTA | 31 |
| 6. TORJUNTATOIMIA TARVITAAN | 33 |
| 7. LÄHTEET JA LIITTEET | 39 |

1. JOHDANTO

Väestön, yhteisöjen ja kansalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuuluu aluehallinnon tehtäviin. Lääninhallituksessa tehtävä oli monialaista ja moniammatillista. Aluehallintouudistuksen myötä lääninhallituksen toiminta terveyden edistämässä jatkuu 1.1.2010 alkaen Etelä-Suomen aluehallintovirastossa suppeammassa muodossa. Terveyden edistämässä aluehallinto toimii erityisesti sosiaali- ja terveystieteiden ohjauksessa tavoitteenaan valtakunnallisten sosiaali- ja terveysohjelmien levittäminen ja jalkauttaminen kuntatasolle ja toisaalta tavoitteena on ihmisten paikallisiin elinoloihin liittyvien haasteiden näkyväksi tekeminen valtakunnallisella tasolla.

Terveyden edistämisen hankkeisiin sisältyy Etelä-Suomen aluehallintoviraston perhepoliittisen ohjelman vv. 2006-2015 toteuttaminen. Aluehallinnon perhepoliittiseen ohjelmaan on koottu hyvin erilaisia toimintasektoreita, joiden kaikkien yhteinen nimittäjä on perheiden ja lasten hyvinvointi ja terveys väestö-, yhteisö- ja yksilötasolla. Ohjelman neljä näkökulmaa ovat: 1) lapsiperheiden oikeusturva, 2) lapsiperheille kohdistettu ehkäisevä työ sosiaali- ja terveystieteiden palveluissa, 3) lapsiperheiden osallisuus ja 4) kansainvälisyys lapsiperheiden hyvinvoinnin edistämässä. Näkökulmien taustalla ovat aluehallintoviraston ohjaus- ja valvontatehtävien, hallintokanteluiden ja erilaisten selvitysten kautta saadut tiedot lapsiperheiden hyvinvoinnista ja palvelujen saatavuudesta. Näiden näkökulmien perusteella on laadittu entisen lääninhallituksen ja nykyisen aluehallintoviraston perhepolitiikalle asettamat tavoitteet, toimenpiteet, indikaattorit ja seurantamenetelmät (Etelä-Suomen lääninhallitus 2006). Sukupuolitaudit Suomessa eilen, tänään ja huomenna -raportti on aluehallintoviraston haasteeksi ottama tehtävä seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseen.

Raportissa kuvataan sukupuolitautilien epidemiologista kehitystä viimeisten 80 vuoden aikana. Nykytilan kuvaamisessa painopiste on nuorissa, joilla tässä tarkoitetaan 15–29-vuotiaita. Sukupuolitaudit Suomessa eilen, tänään ja huomenna -raportti on osa Etelä-Suomen aluehallintoviraston Terveyden edistämisen ohjelmaa ja se on laadittu Etelä-Suomen aluehallintoviraston peruspalvelut, oikeusturva ja luvat -vastuualueen Hyvinvointi ja peruspalvelut -yksikön ja Sukupuolitautilien vastustamisyhdistyksen yhteistyönä.

Sukupuolitautilien vastustamisyhdistys perustettiin vuonna 1945, jolloin sodan jälkeisessä Suomessa kuppa ja tippuri olivat yleisiä. Yhdistyksen ensimmäisiä tehtäviä oli yhdessä silloisen Lääkintöhallituksen kanssa julistaa penisilliinisota tippurin hävittämiseksi. Sotien jälkeen pääpaino yhdistyksen toiminnassa oli valistustyössä sekä matkailuun liittyvissä tarttuvissa taudeissa. Vuonna 1955 yhdistys toi Suomeen ensimmäiset kondomiautomaatit (Härö 1996). Viime vuosikymmeninä yhdistys on keskittynyt koulutustilaisuuksien järjestämiseen. Tärkeänä toimintamuotona ovat olleet myös vuosittain jaettavat tutkimusapurahat. Sukupuolitautilien vastustamisyhdistys ry on myös kustantanut tämän julkaisun painatuksen.

Aluehallintoviraston perhepolitiikan vastuuhenkilönä kiitän kaikkia tämän julkaisun kirjoittajia ja erityisesti aluehallintoylilääkäri Helena Mussalo-Rauhamaata tärkeän työn tekemisestä ja toivon, että raportti tuo lisätietoa alan ammattilaisten käyttöön.

Kouvolassa 4.5.2012

sosiaalihuollon johtava ylitarkastaja Marja Kaasalainen

2. SUKUPUOLITAUTITARTUNTOJEN TORJUNTA JA SEURANTA

Sukupuolitautilien leviämistä on kontrolloitu sukupuolitauteja, rikoksia ja irtolaisuutta koskevilla säädöksillä. Sukupuolitaudit on koettu jo varhain kansanterveyttä uhkaaviksi, minkä vuoksi niiden leviämistä on pyritty eri tavoin kontrolloimaan. Ruotsin Lääkintökollegio ehdotti jo 1780-luvun lopulla sukupuolitautiltartuntojen vähentämiseksi mm. ulkomailta tulevien laivojen miehistöjen, sotilaiden, imettäjien ja maaseutua kiertävien kaupustelijoiden tarkastamista sekä terveystodistuksen vaatimista ravitsemusliikkeiden naispuolisilta työntekijöiltä. Käytännössä kontrolli rajoittui kuitenkin usein lähinnä elämäntavoiltaan epäilyttävien naisten – prostituoitujen – valvontaan. Keisarillisessa kirjeessä velvoitettiin vuonna 1811 kaupunkien maistraatit huolehtimaan elämäntavoiltaan epäilyttävien naisten tarkastamisesta puolen vuoden välein. Tämän jälkeen tarkastuksien määrä lisääntyi 1800-luvun kuluessa. Vuonna 1875 annettiin Keisarillisen Majesteetin Armollisella Julistuksella ohjeet, joiden perusteella kaupunkeihin voitiin perustaa erityinen tarkastustoimisto kuppataudin vastustamiseksi. Vuonna 1894 annettiin uusi asetus kuppatautien vastustamisesta.

Ulkomailta tulevat merimiehet olivat myös erityisen huomion kohteena. Sotilaat muodostivat, prostituoitujen ja merimiesten ohella, kolmannen ryhmän, jota pyrittiin aktiivisesti valvomaan. Heidät mm. tarkastettiin säännöllisesti sukupuolitautilien varalta. Ohjeiden mukaan joko välskärin tai lääkärin kuului tarkastaa sotilaat viikoittain.

Vuoden 1894 Keisarillisella julistuksella pyrittiin rajoittamaan katuprostituution esiintymistä. Paritus oli kielletty vuoden 1734 ja vuoden 1889 uudessa rikoslaissa. Bordellit olivat kuitenkin kaupungeissa yleisiä 1800-luvun alkupuolella ja bordellin pitäjä tuomittiin vain harvoin. 1800-luvun lopulla prostituution vastainen mieliala voimistui ja parituksesta tuomittujen määrä nousi voimakkaasti 1800-luvun lopussa ja 1900-luvun alkupuolella. Ohjesääntöinen prostituutio lakkautettiin vuonna 1908.

Irtolaisuus oli kontrolloitua Suomessa jo keskiajalta lähtien. 1800-luvun kuluessa irtolaisten joiden joukkoon prostituoidutkin laskettiin – kontrollia säädösten perusteella tiukennettiin ja ajoittain uudistetut irtolaissäädökset olivat voimassa vuoteen 1986. (Häkkinen 1995; Vuorinen 2006)

Suomessa väestön sairauksia koskevan tilastoinnin järjestelmällisyys mahdollistaa tautien yleisyyden esittämisen varsin pitkältä ajanjaksolta. Sukupuolitaudeista kupan, tippurin, pehmeän sankkerin sekä neekerisankkerin (lymphogranuloma venereum, LGV) tautitapausten määrän kehitystä voidaan tarkastella 1930-luvulta lähtien Suomen virallisen tilaston (SVT) kautta. Nykyajasta systemaattista ja vertailukelpoista tietoa tautitapausten esiintyvyydestä on saatavissa Kansanterveyslaitoksen vuonna 1995 perustamasta tartuntatautirekisteristä, jonka ylläpidosta on vuoden 2009 alusta lähtien vastannut Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Tartuntatautirekisteriin kerätyt tiedot perustuvat tartuntatautilain (583/1986) pohjalta annettuun asetukseen (786/1986), jossa laboratorioille, lääkäreille ja hammaslääkäreille säädetään ilmoitusvelvollisuus. Sukupuolitaudeista ilmoitusvelvollisuuden piiriin kuuluvat kuppa, hiv-infektio, tippuri, sankkerit, hepatiitti B sekä sukupuoliteitse tarttuva klamydiainfektio.

Tässä raportissa tautitapausmäärien tarkastelussa keskeisenä lähdeaineistona toimivat tilastot. Tiedot koskien vuosia 1932–1986 on kerätty osana Suomen virallista tilastoa ilmestyneistä Lääkintöhallituksen julkaisuista. Nykytilan osalta hyödynnetään tartuntatautirekisteriä. 1990-luvun alkupuolen tiedot on kerätty Kansanterveyslaitoksen julkaisemista tartuntatautiraporteista.

Tautitilanteen kehityksen ja nykytilan kuvaamisessa käytetään aineistoa, joka esitetään lukumääritäin (esiintyvyys) sekä tautitapausten määrä väestöön suhteutettuna (ilmaantuvuus). Eräiden tautien kohdalla tarkastelu aloitetaan jo 1930-luvulta, minkä vuoksi lukumäärinä esitetyt tiedot eivät ole vertailukelpoisia nykytilanteen kanssa. Väestömäärissä tapahtuvan vaihtelun eliminoimiseksi taudeille on laskettu ilmaantuvuus, joka ilmoitetaan 1/100 000. Ilmaantuvuuden laskemisessa on hyödynnetty Tilastokeskuksen tietoja Suomen keskiväkiluvusta¹. Vaikka väestömäärässä tapahtuneiden muutosten vaikutus on pyritty poistamaan, on tarkastelussa huomioitava tautien diagnostiikassa ja ilmoittamiskäytännöissä vuosien kuluessa tapahtuneet muutokset, mitkä osaltaan vaikuttavat tilastojen tulkintaan. Nämä tulee huomioida erityisesti nykytilan osalta, sillä uusien herkempien diagnostisten testien käyttöönotto sekä muutokset testausaktiivisuudessa vaikuttavat todettujen tautitapausten määrään. Suomessa ei kerätä valtakunnallista tilastoa otettujen näyttöiden määristä, mikä osaltaan myös vaikeuttaa tilastojen tulkintaa.

Kaikki sukupuolitaudit eivät kuulu tartuntatautilaissa säädetyn ilmoitusvelvollisuuden piiriin, eikä niitä muutoinkaan seurata valtakunnallisesti. Tällaisia ei-ilmoitettavia sukupuolitauteja ovat trikomoni-aasi, sukuelinherpes ja kondylooma. Kahden viimeksi mainitun osalta tietoa tautien yleisyydestä saadaan väestötason kyselytutkimuksista, joista keskeisimpiä ovat Terveys 2000 -tutkimus sekä FINSEX-tutkimus. Terveys 2000 -tutkimus toteutettiin ensimmäisen kerran vuosien 2000 ja 2001 välisenä aikana silloisen Kansanterveyslaitoksen toimeenpanemana. Tutkimuksen tarkoituksena oli kerätä tietoa väestön terveyden kannalta keskeisistä sairauksista sekä niihin liittyvistä riski- ja muista tekijöistä (Aromaa & Koskinen 2002). Tutkimuksen yhtenä osa-alueena oli lisääntymisterveys, jota koskevia tuloksia hyödynnetään tässä raportissa sukupuolitautilien osalta. Osana Terveys 2000 -tutkimusta tehtiin myös nuorten aikuisten (18–29-vuotiaat) terveyttä ja sitä määrittäviä tekijöitä koskenut tutkimus, jonka tuloksia raportissa myös käytetään.

FINSEX-tutkimuksessa on selvitetty suomalaisten seksuaalielämää ja siinä tapahtuneita muutoksia. Ensimmäisen kerran tutkimus tehtiin vuonna 1971, jonka jälkeen tutkimus on toistettu vuosina 1992, 1999 ja 2007. Sukupuoliteitse tarttuvista taudeista tutkimuksessa on tiedusteltu vuodesta 1992 lähtien (Haavio-Mannila & Kontula 2001).

Sukuelinherpeksen ja kondylooman osalta tietoa tuottaa myös vuonna 1995 perustettu sukupuolitautilien anturiverkosto, joka kerää tietoa mm. tautien esiintyvyydestä ja erilaisista riskitekijöistä. Verkostoon kuuluu sukupuolitautilien poliklinikoita, terveyskeskuksia, Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiön (YTHS) toimipisteitä sekä naistentautien poliklinikoita. (Hiltunen-Back ym. 2009)

Ilmoitusvelvollisuuden ulkopuolelle jäävien tautien yleisyyden tarkastelussa hyödynnetään myös

¹ Keskiväkiluvulla tarkoitetaan kahden peräkkäisen vuoden väkilukujen keskiarvoa.

terveydenhuollon poistoilmoitus- ja hoitoilmoitusrekisterin tilastoja. Poistoilmoitusrekisteri käsittää tiedot sairaaloista poistetuista potilaista vuosina 1969–1993. Poistoilmoitusrekisterin jatkoksi perustettiin vuonna 1994 terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri (HILMO), joka sisältää tietoa terveystieteiden, sairaaloiden ja muiden sairaansijojen omistavien laitosten toiminnasta ja niissä hoidetuista potilaista. Hoitojakso tarkoittaa sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon laitoshoidon, jolloin potilas on sisäänkirjoitettuna sairaalaan. Vuodesta 1998 lähtien osana hoitoilmoitusrekisteriä on kerätty tietoa myös erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynneistä. Hyödynnettäessä poisto- ja hoitoilmoitusrekisterin tietoja on huomioitava se, että rekisteritiedot eivät kerro tautitapausten määristä. Esimerkiksi yksi erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynti ei välttämättä tarkoita yhtä tapausta, sillä taudin hoito voi vaatia useampia käyntejä ja näistä jokainen tilastoidaan erikseen. Kun rekisteritietoja hyödynnetään niiden tautien osalta, joissa taudin toteaminen perustuu taudin kliiniseen kuvaan, johtaa se taudin yleisyyden arvioinnin vaikeutumiseen.

3. SUKUPUOLITAUTITILANNE VUOSINA 1932–1994

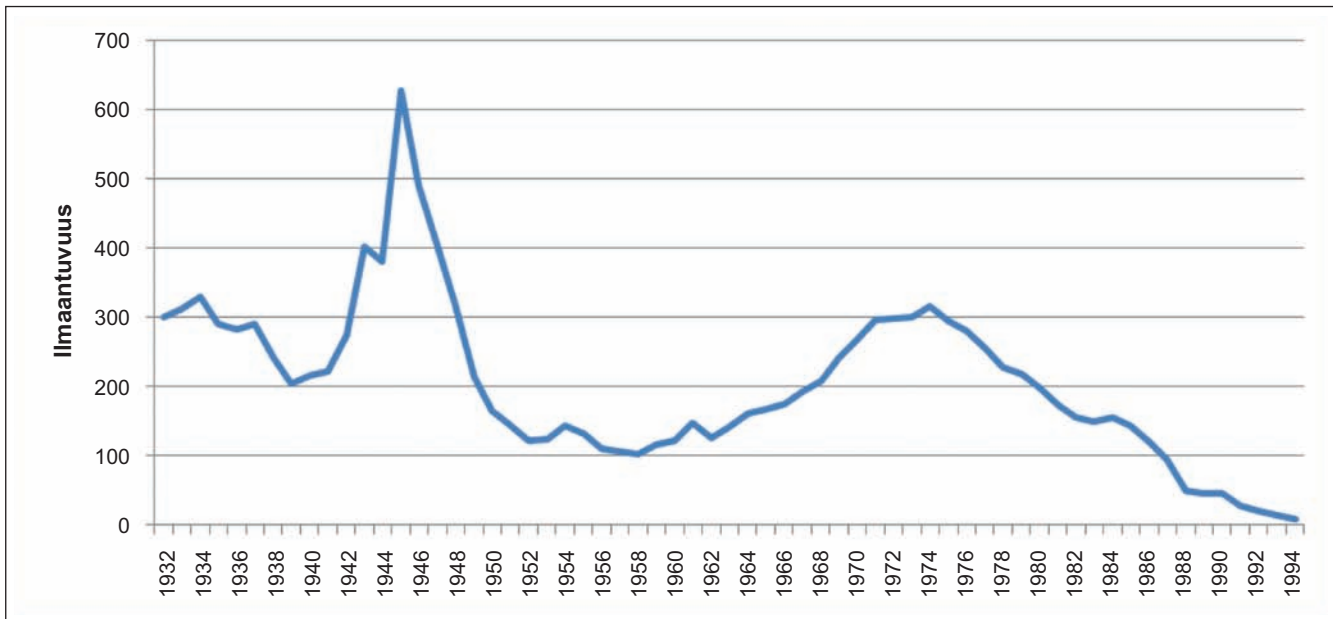
Raportissa käsitellään tavallisimpia sukupuolitauteja. Taulukkoon 1 on koottu niiden aiheuttajat ja mahdolliset jälkiseuraukset (Reunala ym. 2003).

TAULUKKO 1. Sukupuolitaudit ja niiden kliininen kuva.

| Tauti | Aiheuttaja | Tyypilliset oireet | Jälkiseuraukset |
|-------------------------------|--|---|---|
| Tippuri | <i>Neisseria gonorrhoeae</i> -bakteeri | vuoto virtsaputkesta, valkovuoto, alavatsakipua | sisäsynnytintulehdus, lisäkivestulehdus, lapsettomuus, voi tarttua synnytyskanavasta vastasyntyneeseen |
| Kuppa | <i>Treponema pallidum</i> -bakteeri | haavauma, ihottuma | äidin hoitamaton kuppa tarttuu sikiöön istukan kautta koko raskauden, voi aiheuttaa merkittävän sikiöaurion |
| Pehmeä sankkeri | <i>Haemophilus ducreyi</i> -bakteeri | haavaumat | |
| Lymphogranuloma venerum (LGV) | <i>Chlamydia trachomatis</i> -bakteeri | haavaumat | |
| Klamydia | <i>Chlamydia trachomatis</i> -bakteeri | usein oireeton, vuoto virtsaputkesta, valkovuoto, alavatsakipua | sisäsynnytintulehdus, lisäkivestulehdus, lapsettomuus, voi tarttua synnytyskanavasta vastasyntyneeseen |
| Trikomoniasis | <i>Trichomonas vaginalis</i> -alkueläin | lisääntynyt valkovuoto, kirvely | voi lisätä ennenaikaisen synnytyksen vaaraa |
| Kondylooma | <i>Human papillome (HPV)</i> -virus | syylät | |
| Hiv-infektio | <i>Human immunodeficiency (HIV)</i> -virus | | |
| Sukuelinherpes | <i>Herpes simplex (HSV 1 tai 2)</i> -virus | rakkulat ja haavat | voi raskauden ja synnytyksen aikana tarttua sikiöön |

3.1 Tippuri

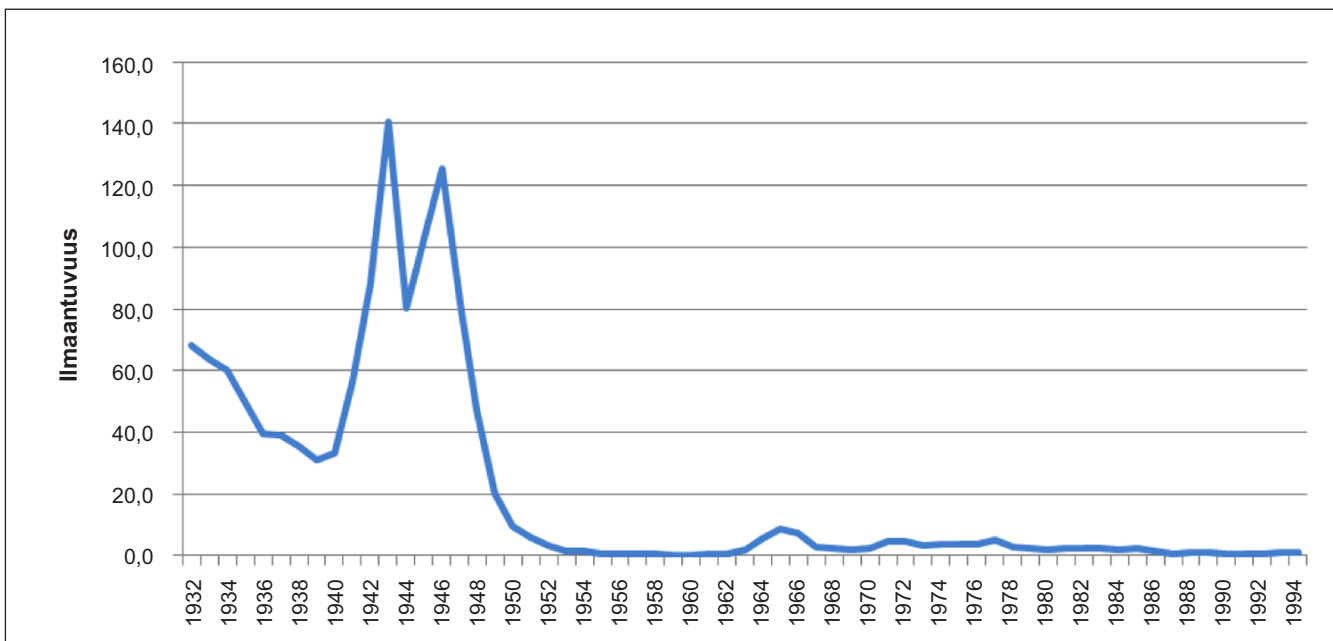
Tippurin yleisyydessä on tapahtunut vuosikymmenten aikana merkittävää vähentymistä. Taudin ilmaantuvuushuiput sijoittuvat 1940- ja 1970-luvuille (Kuvio 1). 1940-luvun puolivälissä tippuritartunta todettiin 23 556 suomalaisella (ilmaantuvuus 627/100 000). Pian sodan jälkeen tautitapausten määrä alkoi vähentyä nopeasti ja 1950-luvulla tippuria tavattiin alle 5 000 tapausta vuodessa. Taudin nopeaan vähenemiseen vaikutti penisilliinihoidon tulo Suomeen 1950-luvulla.



KUVIO 1. Tippurin ilmaantuvuus (1/100 000) vuosina 1932–1994 (vuodet 1932–1987: Suomen virallinen tilasto; vuosi 1988: Communicable diseases in 1988–1990 and vaccinations in 1987–1990 in Finland; vuodet 1989–1994: Tartuntatautilanne Suomessa vuonna 1994).

3.2 Kuppa

Kuppaa esiintyi tippurin tavoin eniten 1940-luvulla (Kuvio 2). Taudin ensimmäinen ilmaantuvuushuippu sijoittuu vuosikymmenen alkuun. Vuonna 1943 raportoitiin 5 236 kuppatartuntaa (ilmaantuvuus 140/100 000). Myös vuosikymmenen puolivälissä ilmaantuvuus oli korkealla (yli 100/100 000). Toisin kuin



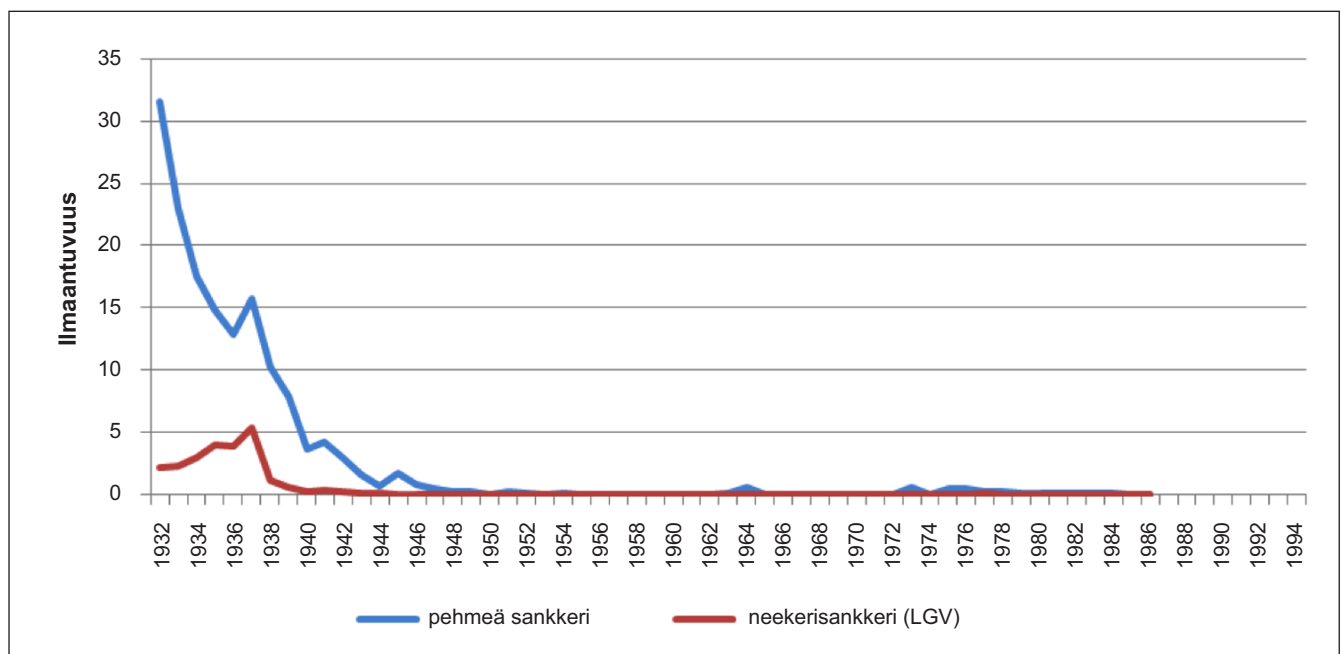
KUVIO 2. Kupan ilmaantuvuus (1/100 000) vuosina 1932–1994 (vuodet 1932–1987: Suomen virallinen tilasto; vuosi 1988: Communicable diseases in 1988–1990 and vaccinations in 1987–1990 in Finland; vuodet 1989–1994: Tartuntatautilanne Suomessa vuonna 1994).

tippurissa, kuppataartuntojen määrässä tapahtui suurta vähenemistä jo 1950-luvulle tultaessa. Pienimuotoinen epidemia todettiin kuitenkin 1960-luvun puolivälissä, jolloin kupan ilmaantuvuus moninkertaistui edeltäviin vuosiin nähden. Tapaukset alkoivat vähentyä jälleen 1980-luvulla ja laskeva trendi jatkui edelleen 1990-luvun alussa.

3.3 Sankkerit

Pehmeä sankkeri oli Suomessa 1930-luvulla kupan ja tippurin ohella varsin yleinen. Tautitapausten määrässä tapahtui kuitenkin huomattavaa vähenemistä jo 1940-luvulla, jonka jälkeen tauti on pysynyt maassamme harvinaisena (Kuvio 3). Enimmillään tapausten määrä oli vuonna 1937, jolloin pehmeää sankkeria tavattiin 1 106 tapausta (ilmaantuvuus 31/100 000). Vuosien 1943 ja 1986 välisenä aikana Suomessa tavattiin alle 100 tapausta vuodessa ja viime vuosikymmeninä ainoastaan yksittäisiä ulkomailta tuotuja tartuntoja.

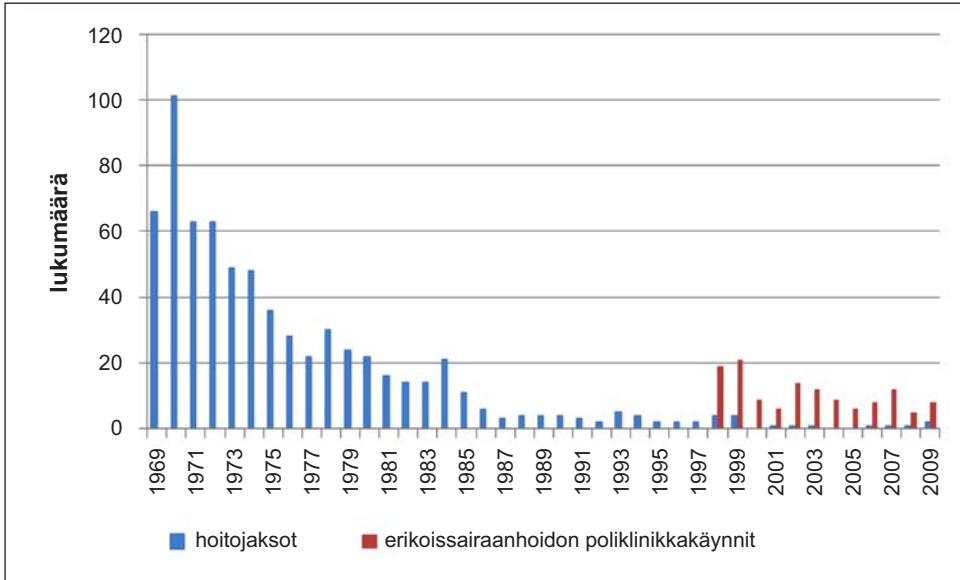
LGV (lymphogranuloma venereum, ent. neekerisankkeri) on ollut pehmeää sankkeria huomattavasti harvinaisempi. LGV tautitapausten määrä saavutti pehmeän sankkerin tavoin huippunsa vuonna 1937, jolloin niitä tilastoitiin 194 tapausta (ilmaantuvuus 5,3/100 000). Vuodesta 1939 lähtien 1980-luvun puoliväliin saakka taudin ilmaantuvuus on ollut alle 1/100 000 asukasta kohden (Kuvio 3).



KUVIO 3. Pehmeän sankkerin ja neekerisankkerin (LGV) ilmaantuvuus (1/100 000) vuosina 1932–1994 (vuodet 1932–1986: Suomen virallinen tilasto).

3.4 Trikomoniaasi

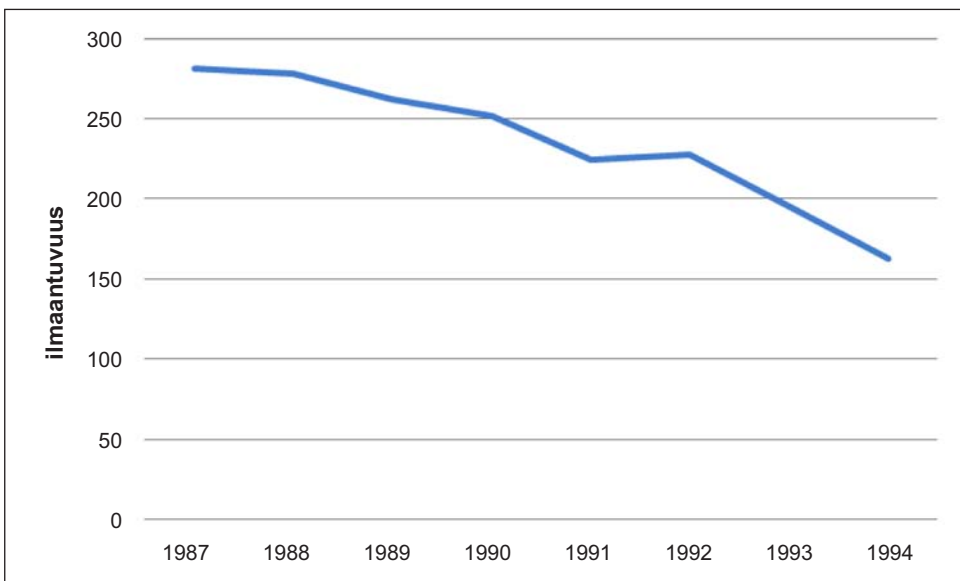
Trikomoniaasista ei ole käytettävissä valtakunnallisia tilastoja, koska se ei kondylooman ja sukuelinherpeksen tavoin kuulu ilmoitettavien tautien ryhmään. Trikomoniaasi aiheutti vuosina 1969–2009 yhteensä 685 hoitojaksoa (Kuvio 4). Erikoissairaanhoidon poliklinikkakäyntejä vuosina 1998–2009 oli yhteensä 129. Poliklinikkakäynneistä 17 tilastoitiin 15–29-vuotiaiden ikäryhmässä. (HILMO)



KUVIO 4. Trikomoniaasiksen (ICD 8 131; ICD 9 1310A; ICD 10 A59) aiheuttamat hoitojaksot vuosina 1969–2009 ja erikoissairaanhoidon poliklinikkäkäynnit 1998–2009 (vuodet 1969–1993: Poistoilmoitusrekisteri; vuodet 1994–2009: HILMO).

3.5 Klamydia

Klamydian eri ilmenemismuodot kuvattiin 1970-luvun alussa. Jo 1950-luvulta alkaen oli puhuttu miesten ”ei-tippurin” aiheuttamasta virtsaputken tulehduksesta, joka yleistyi 1970- ja 1980-luvuilla ohittaen tippuritartuntojen määrän. Ilmoitettava tartuntatauti klamydiasta tuli vuonna 1987. Ennen valtakunnallisen seurannan käynnistymistä tiedot klamydian yleisyydestä perustuivat lähinnä suurimpien laboratorioiden raportointeihin.

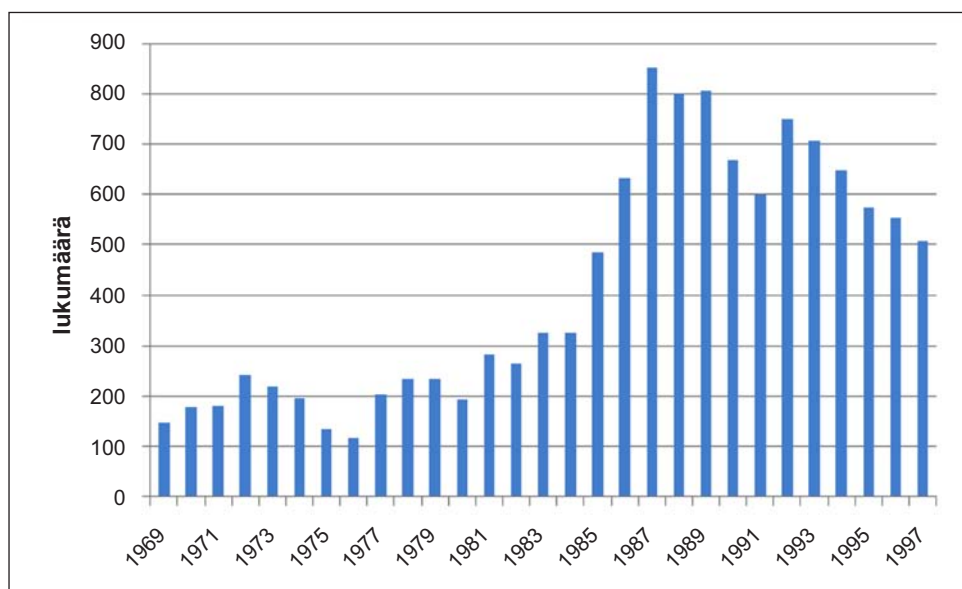


KUVIO 5. Klamydian ilmaantuvuus (1/100 000) vuosina 1987–1994 (vuosi 1988: Communicable diseases in 1988–1990 and vaccinations in 1987–1990 in Finland; vuodet 1989–1994: Tartuntatautilanne Suomessa vuonna 1994).

Vuonna 1987 ilmoitettiin 13 866 klamydiatapausta (ilmaantuvuus 281/100 000). 1990-luvun puoliväliin tultaessa tilastoitujen tartuntojen määrä oli laskenut alle 10 000 vuosittaiseen tapaukseen (ilmaantuvuus 162/100 000). (Kuvio 5)

3.6 Kondylooma

Kondylooman aiheuttamat hoitojaksot pysyivät lähes muuttumattomina 1970-luvulta 1980-luvun puoliväliin saakka. Vuoden 1984 jälkeen hoitojaksojen määrä yli kaksinkertaistui muutaman vuoden ajaksi (Kuvio 6). 1980-luvun loppupuolella kondylooman aiheuttamia hoitojaksoja tilastoitiin yli 800 jaksoa vuodessa. 1990-luvulla jaksojen määrä kääntyi laskuun. Vuosina 1969–1997 kondylooma aiheutti yhteensä 12 060 hoitojaksoa. (Poistoilmoitusrekisteri, HILMO)



KUVIO 6. Kondylooman (ICD 8 099,92; ICD 9 0781C; ICD 10 A63.0) aiheuttamat hoitojaksot vuosina 1969–1997 (vuodet 1969–1993: Poistoilmoitusrekisteri; vuodet 1994–1997: HILMO).

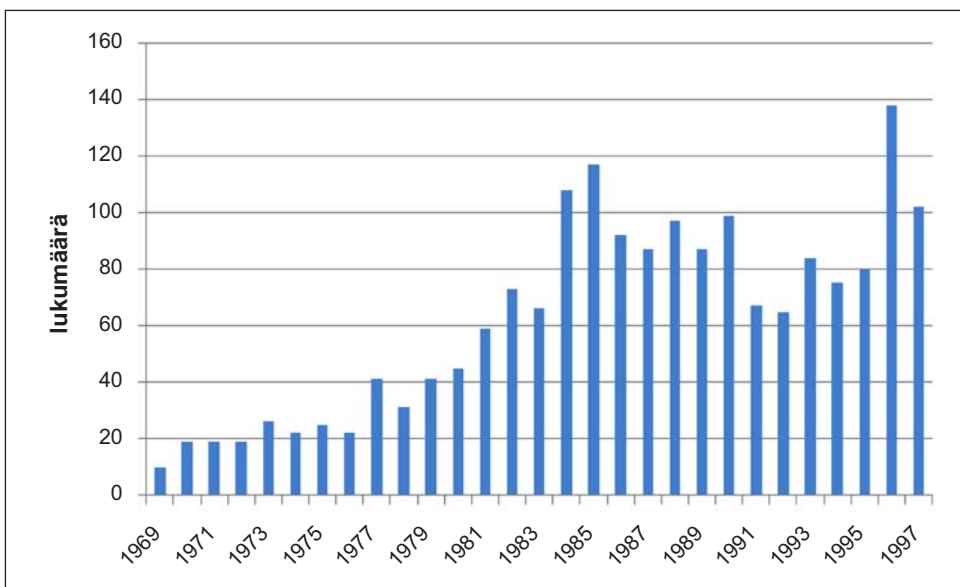
Tietoa kondylooman yleisyydestä saadaan myös väestötason kyselytutkimuksista. FINSEX-tutkimuksessa vuonna 1992 kondylooman itseraportoitu yleisyys oli miehillä 3,9 % ja naisilla 6 % (Haavio-Mannila & Kontula 2001).

3.7 Sukuelinherpes

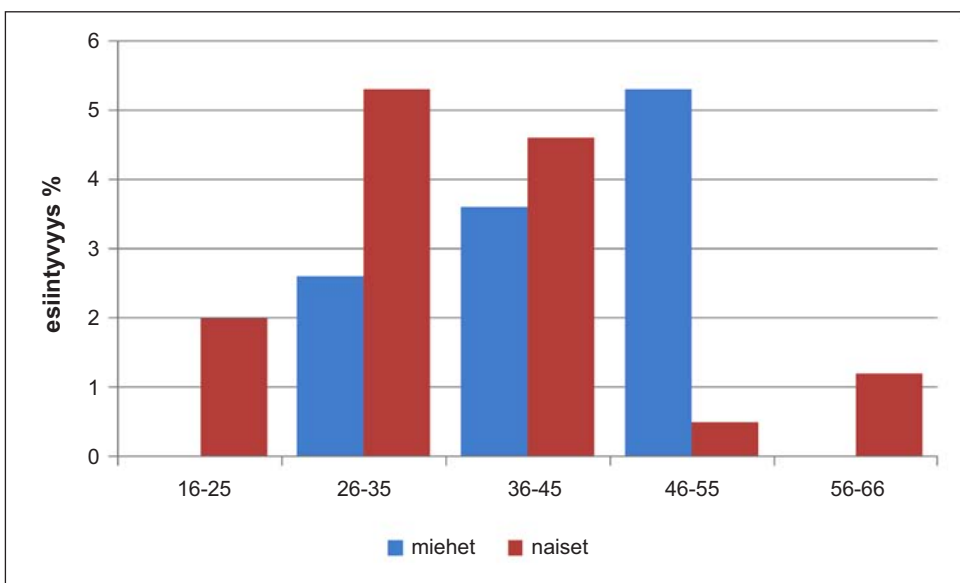
Sukuelinherpeksen aiheuttamat hoitojaksot lisääntyivät 1970-luvun alun noin 20 vuosittaisesta hoitojaksosta 1980-luvun puoliväliin yli 100 vuosittaiseen hoitojaksoon (Kuvio 7). 1990-luvulla vuosittaisten hoitojaksojen määrä vaihteli 65 ja 138 välillä. Vuosina 1969–1997 sukuelinherpes aiheutti yhteensä 1 816 hoitojaksoa. (Poistoilmoitusrekisteri, HILMO)

FINSEX-tutkimuksessa vuonna 1992 sukuelinherpestartunnasta raportoi 1,5 % miehistä ja 1,7 % naisista (Haavio-Mannila & Kontula 2001).

Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitoksella toteutettiin vuosina 1989 ja 1990 postikysely, johon valittiin satunnaisesti 16–54-vuotiaita suomalaisia. Kyselyn vastausprosentti oli 71 % (n=2 735). Vastanneista 2,6 % raportoi itsellä olleen sukuelinherpeksen ja 2,1 % ilmoitti kärsineensä herpesen uusiutumisesta (Kuvio 8). Puolet ilmoitetuista herpestapauksista oli diagnostisoitu taudin kliinisen kuvan perusteella ja 30 % oli varmistettu laboratoriotestein. Sukuelinherpestä oli tilastollisesti enemmän keski-ikäisillä eronneilla henkilöillä. Sen sijaan koulutustasolla, asuinpaikalla, varallisuudella, palkkatulojen suuruudella tai kroonisten sairauksien esiintyvyydellä ei ollut yhteyttä herpestasairastavuuteen. (Mussalo-Rauhamaa ym. 1998)



KUVIO 7. Sukuelinherpeksen (ICD 8 054,02; ICD 9 0541A,0541B; ICD 10 A60) aiheuttamat hoitojaksot vuosina 1969–1997 (vuodet 1969–1993: Poistoilmoitusrekisteri; vuodet 1994–1997: HILMO).

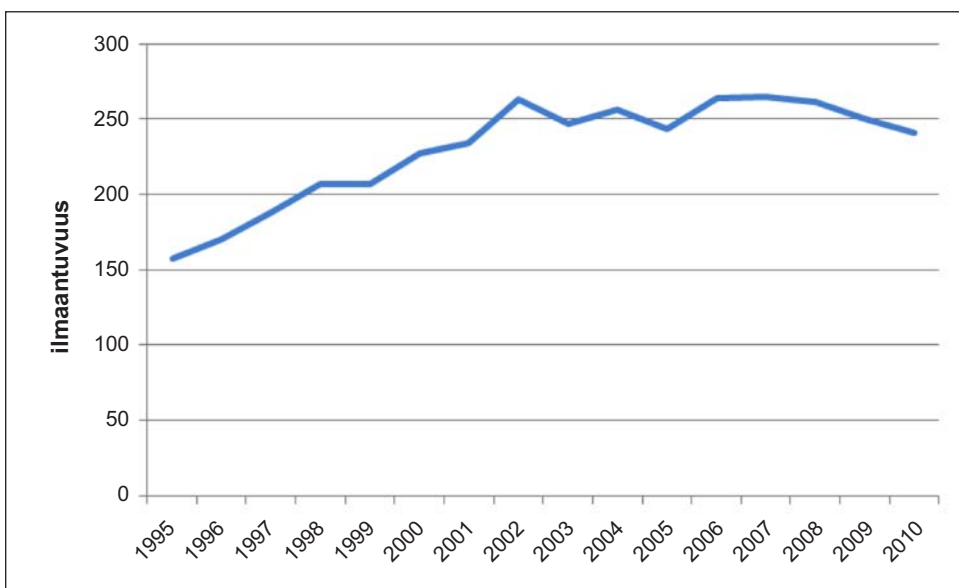


KUVIO 8. Itseilmoitetun genitaalierpeksen esiintyvyys eri-ikäryhmissä suomalaisilla miehillä ja naisilla vuosina 1989–1990 (Mussalo-Rauhamaa ym. 1998).

4. SUKUPUOLITAUTITARTUNNAT VUOSINA 1995–2010

4.1 Klamydia

Vuosina 1995–1997 sekä laboratoriot että lääkärit ilmoittivat toteamansa klamydiatapaukset tartuntatautirekisteriin. Vuodesta 1998 alkaen ilmoitusvelvollisuus on koskenut ainoastaan laboratorioita. Samaan aikaan otettiin käyttöön uusi ja herkempi virtsanäytteestä tehtävä, geenimonistukseen perustuva testi. Näillä ilmoittamis- ja testauskäytäntöihin liittyvillä muutoksilla on ollut merkitystä klamydian ilmaantuvuuden nousuun 1990-luvun lopulla (Kuvio 9).

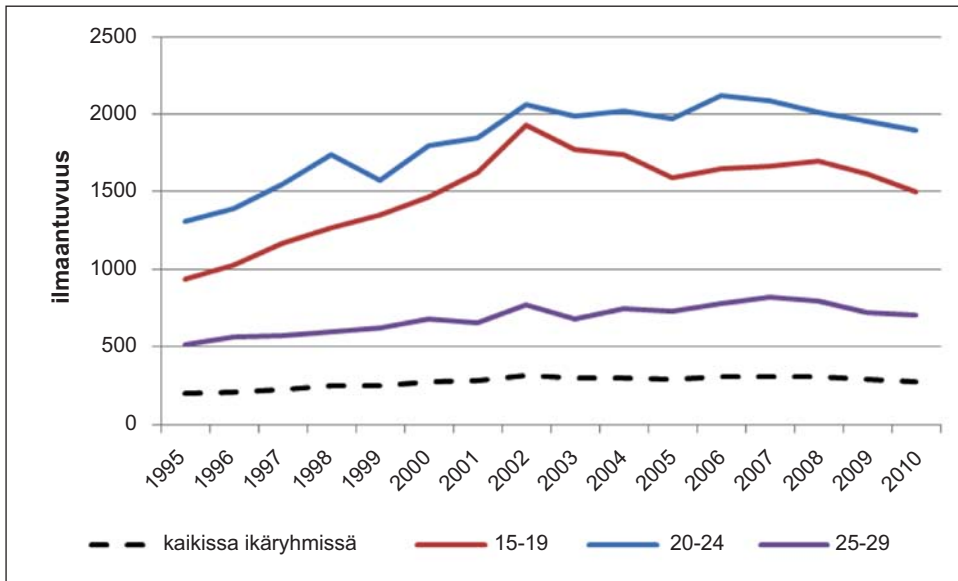


KUVIO 9. Klamydian ilmaantuvuus (1/100 000) vuosina 1995–2010 (Tartuntatautirekisteri).

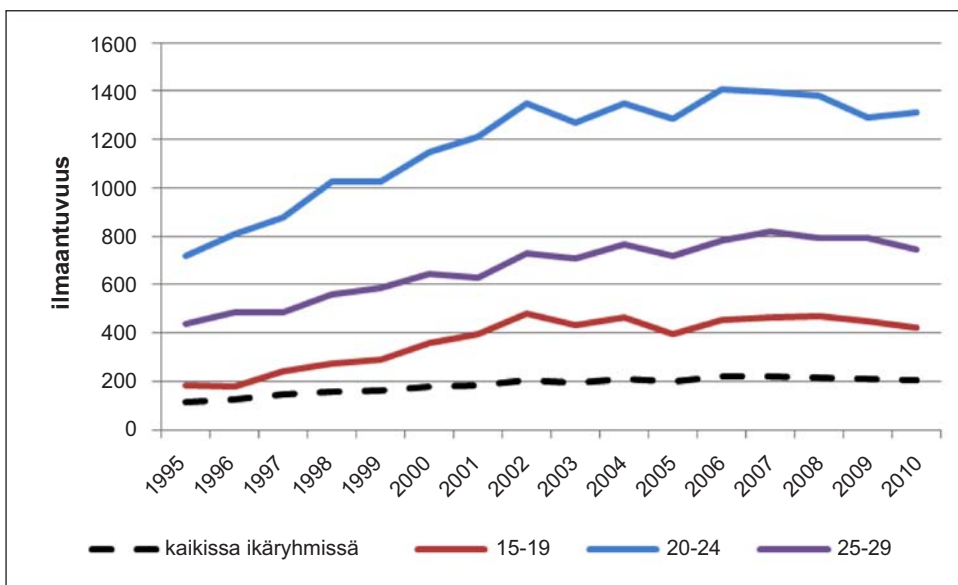
Klamydiatartuntoja todetaan enemmän naisilla kuin miehillä. Yhtenä selittävänä tekijänä sukupuolten väliselle erolle voi toimia naisten aktiivisempi testaaminen esimerkiksi raskauden ehkäisyyn liittyvien käyntien yhteydessä.

Klamydiatartuntoja tavataan erityisesti nuorilla naisilla. Keskimäärin noin joka neljäs tartunta todetaan 20–24-vuotiaalla naisella, joiden keskuudessa ilmaantuvuus on huomattavasti yleisempää, kuin naisilla yleensä tai muilla 15–30-vuotiailla (Kuvio 10). Myös miehillä tartunnat painottuvat 20–24 -vuotiaiden ikäryhmään (Kuvio 11). Klamydiatapaukset ovat varsin yleisiä jo 15–19-vuotiaiden tyttöjen keskuudessa, mutta huomattavasti harvinaisempia vastaavanikäisillä pojilla. 15–19-vuotiailla pojilla viimeisten 15 vuoden aikana on tavattu keskimäärin 622 tapausta vuodessa. Samanikäisillä tytöillä tapauksia on vuosittain raportoitu noin nelinkertainen määrä (2 433). Kaikista vuosina 1995–2010 tartuntatautirekisteriin ilmoitetuista tapauksista (192 061) 15–24-vuotiaiden naisten yhteenlaskettu osuus oli 44 % (84 919).

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä 15–29-vuotiailla nuorilla miehillä ja naisilla klamydian ilmaantuvuus ei eroa vastaavanikäisten nuorten tilanteesta muualla Suomessa.



KUVIO 10. Klamydian ilmaantuvuus (1/100 000) 15–29-vuotiailla naisilla ja kaikissa ikäryhmissä naisilla vuosina 1995–2010 (Tartuntatautirekisteri).

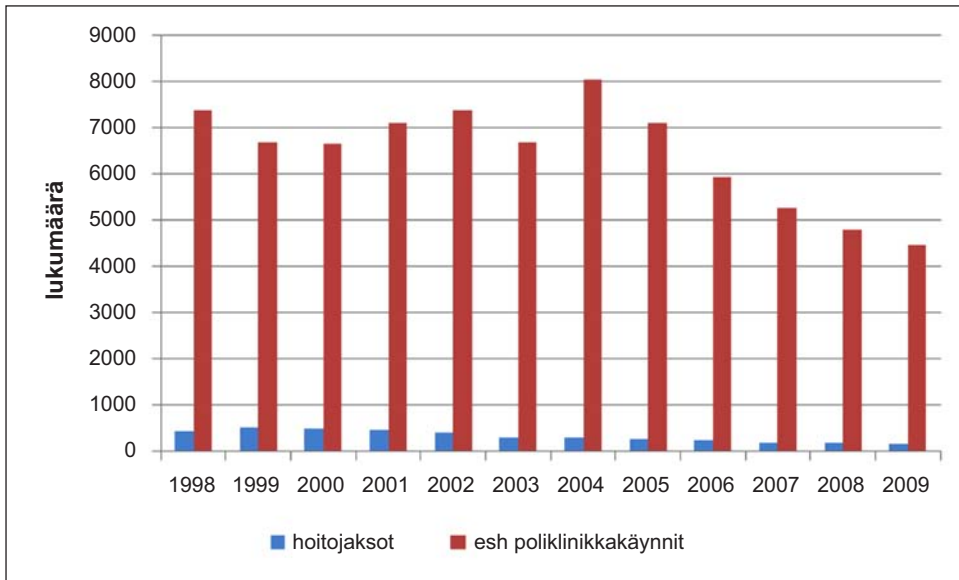


KUVIO 11. Klamydian ilmaantuvuus (1/100 000) 15–29-vuotiailla miehillä ja kaikissa ikäryhmissä miehillä vuosina 1995–2010 (Tartuntatautirekisteri).

4.2 Kondylooma

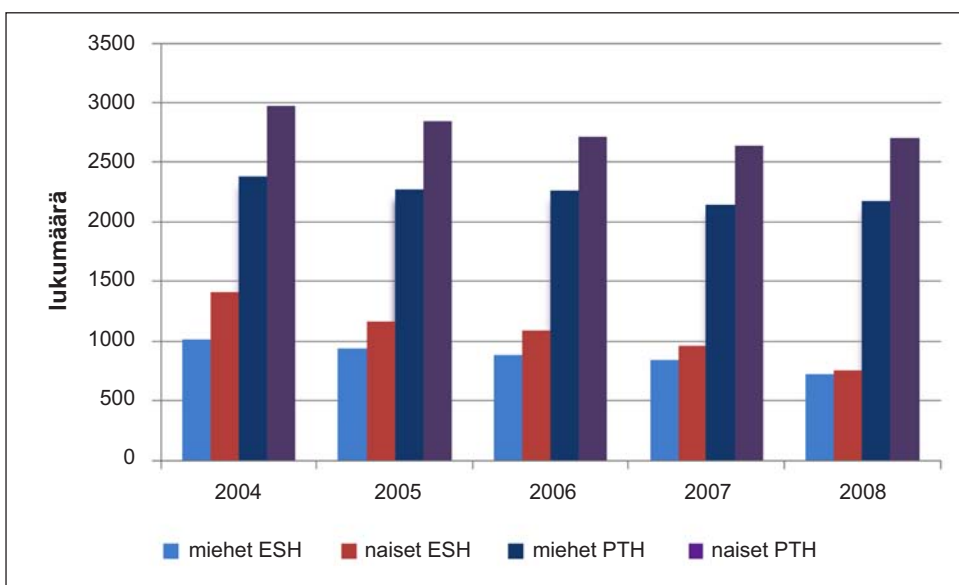
Kondylooman yleisyys on vaihdellut riippuen tutkimuksessa käytetystä aineistosta. Sukupuolitautilien poliklinikoiden ensikävijöistä 5 % naisista ja 11 % miehistä todettiin kondylooma vuosina 1995–2006 (Hiltunen-Back ym. 2009). Terveys 2000 -tutkimuksessa naisista 8 % ja miehistä 4 % raportoi itsellä joskus todetun kondylooman (Nikula & Luoto 2004). Vuoden 1999 FINSEX -tutkimuksessa kondyloomasta ilmoitti 6,9 % miehistä ja 8,2 % naisista (Haavio-Mannila & Kontula 2001). Samassa tutkimuksessa vuonna 2007 naisista 13 % ja miehistä 6,1 % raportoi yli vuosi sitten tai viimeisen vuoden aikana todetusta kondyloomasta (henkilökohtainen tiedonanto Kontula).

Vuosina 1998–2009 kondylooma aiheutti 3 924 hoitojaksoa ja 77 278 erikoissairaanhoidon poliklinikkakäyntiä (HILMO). 2000-luvun puolivälistä lähtien kondylooman hoidosta johtuvat poliklinikkakäynnit ovat vähentyneet merkittävästi aiheuttaen vuosikymmen lopussa alle 5 000 vuosittaista poliklinikkakäyntiä. (Kuvio 12)



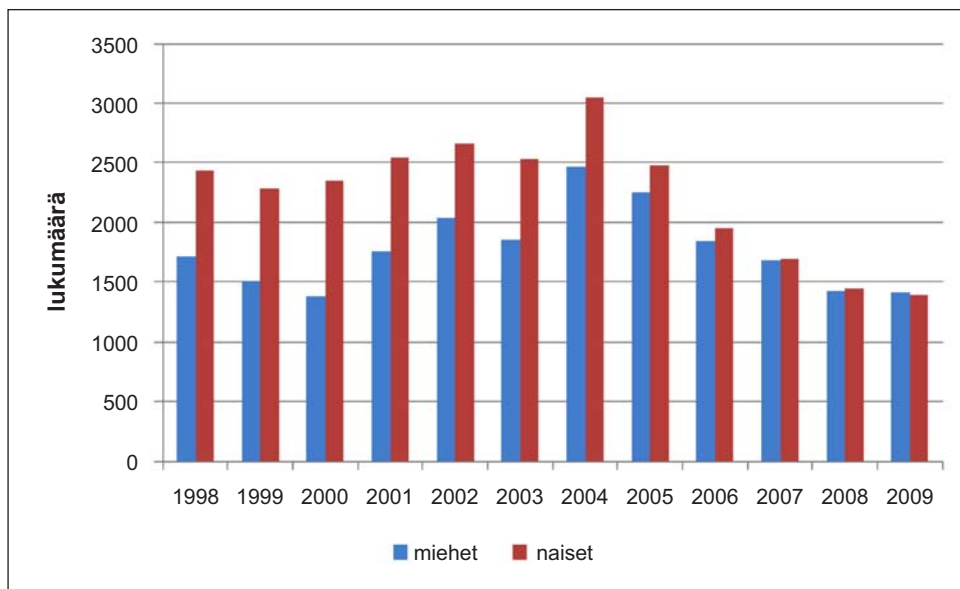
KUVIO 12. Kondylooman (A63.0) aiheuttamat hoitojaksot ja erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynnit vuosina 1998–2009 (HILMO).

Kondylooman hoidosta aiheutuneet erikois- ja perusterveydenhuollon käynnit vähenivät jonkin verran myös THL:n asettaman papilloomavirustautien torjuntatyöryhmän selvityksen mukaan. Selvitystä varten muodostetun viiden perättäisen vuoden aineistossa käynnit vähenivät neljän vuoden aikana 7 776 käynnistä 6 361 käyntiin (Kuvio 13).



KUVIO 13. Arvioidut kondyloomatapaukset vuosina 2004–2008 erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa (sisältää myös yksityisessä terveydenhuollossa käyneet) (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asettaman papilloomavirustautien torjuntatyöryhmän selvitys 30.4.2011)

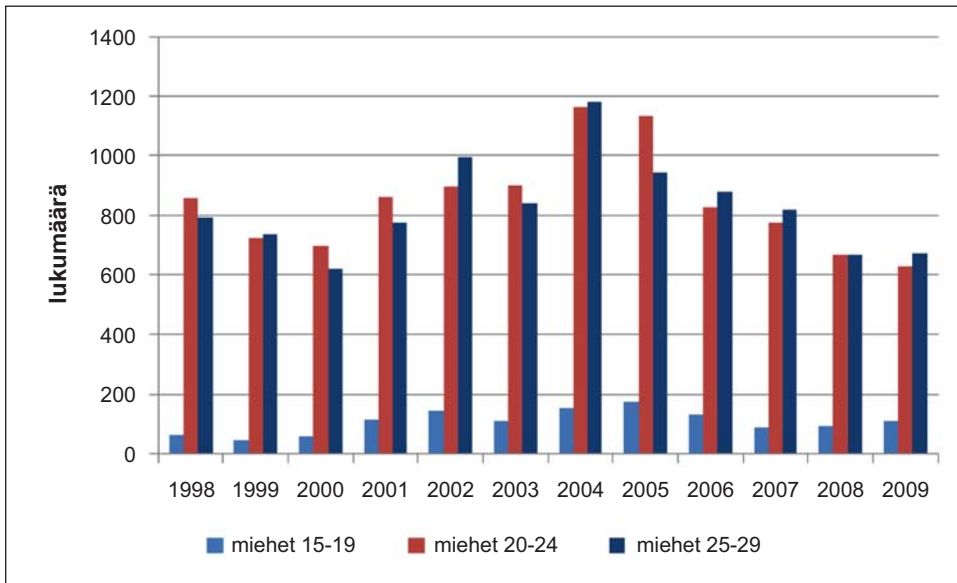
Viimeisten kymmenen vuoden aikana nuorten osuus kaikista kondyloomasta aiheutuneista poliklinikakäynneistä (77 878) on ollut 62 % (48 161). Nuorilla naisilla kondylooma aiheuttaa enemmän (56 %, 26 813) erikoissairaanhoidon poliklinikkakäyntejä kuin miehillä (44 %, 21 348). Sukupuolten välinen ero on 2000-luvun lopulla kaventunut ja erikoissairaanhoidon käyntejä oli yhtä paljon kummallakin sukupuolella (Kuvio 14). Huomioitava on kuitenkin se, että valtaosa kondyloomista hoidetaan muualla kuin erikoissairaanhoidossa.



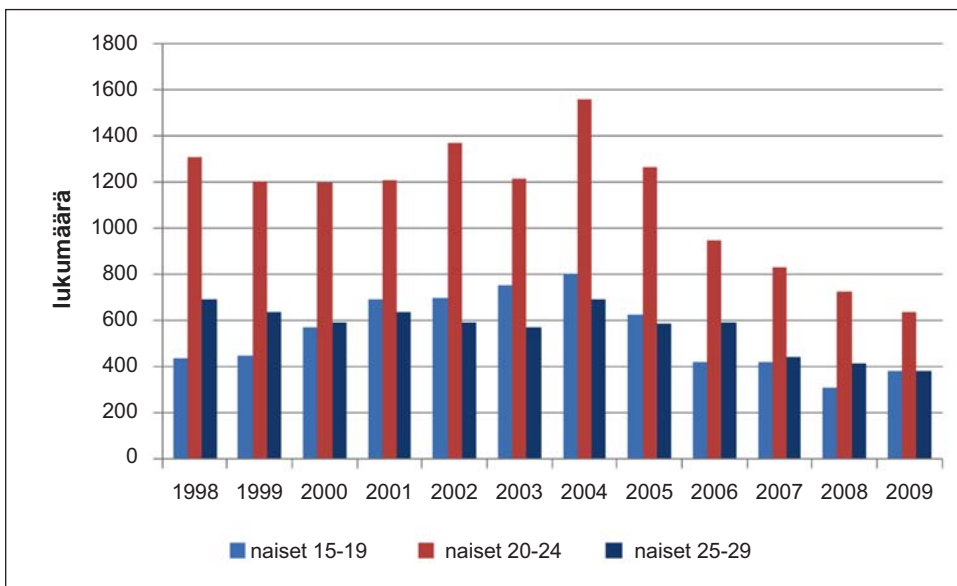
KUVIO 14. Kondylooman (A.63.0) aiheuttamat erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynnit 15–29-vuotiailla naisilla ja miehillä vuosina 1998–2009 (HILMO).

Vuonna 2001 osana Terveys 2000 -tutkimusta tehdyssä nuorten aikuisten (18–29-vuotiaat) terveyttä ja sitä määrittäviä tekijöitä koskeneessa tutkimuksessa 12,5 % naisista ja 3,8 % miehistä raportoi kondyloomasta (Ruutu ym. 2005). FINSEX-tutkimuksessa vuonna 1999 kondylooman yleisyys 18–34-vuotiailla miehillä oli 9,5 % ja naisilla 12,5 %. Vuonna 2007 vastaavassa tutkimuksessa miehistä 7,3 % ja naisista 14 % raportoi itsellä jossain elämänsä vaiheessa todetun kondylooman. (Henkilökohtainen tiedonanto Kontula)

Miehillä kondyloomasta aiheutuneet poliklinikkakäynnit painottuvat 20–29-vuotiaisiin (Kuvio 15). Naisilla kondylooma aiheuttaa poliklinikkakäyntejä eniten 20–24 -vuotiaiden ikäryhmässä (Kuvio 16). Tarkasteltaessa sukupuolten välistä eroa 15–19-vuotiaiden osalta, voidaan todeta poliklinikkakäyntejä tilastoidun tytoilla viisi kertaa enemmän kuin pojilla.



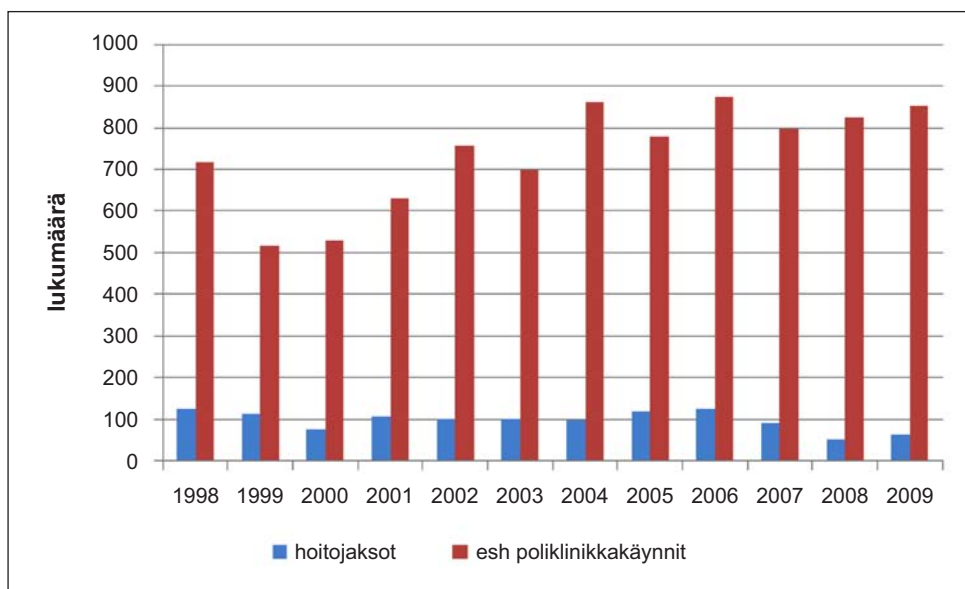
KUVIO 15. Kondylooman (A63.0) aiheuttamat erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynnit 15–29-vuotiailla miehillä vuosina 1998–2009 (HILMO).



KUVIO 16. Kondylooman (A63.0) aiheuttamat erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynnit 15–29-vuotiailla naisilla vuosina 1998–2009 (HILMO).

4.3 Sukuelinherpes

Hoitoilmoitusrekisterin mukaan sukuelinherpes aiheutti vuosina 1998–2009 yhteensä 1 169 hoitojaksoa ja 8 839 erikoissairaanhoidon poliklinikkakäyntiä. Nuorten osuus erikoissairaanhoidon käynneistä oli 48 % (4 275). Käyntimäärissä ei ole suuria muutoksia tapahtunut viime vuosina (Kuvio 17).



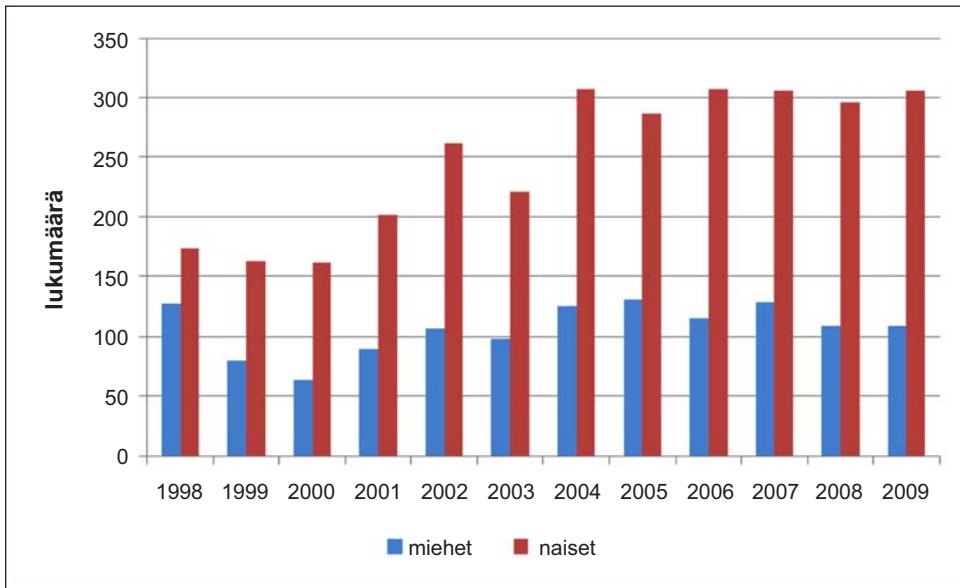
KUVIO 17. Sukuelinherpeksen (A60) aiheuttamat hoitojaksot ja erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynnit vuosina 1998–2009 (HILMO).

Miehillä erikoissairaanhoidon poliklinikkakäyntejä rekisteröitiin tarkasteltavana olevana ajanjaksona 3 543 (41 %) ja naisilla 5 296 (59 %) (HILMO).

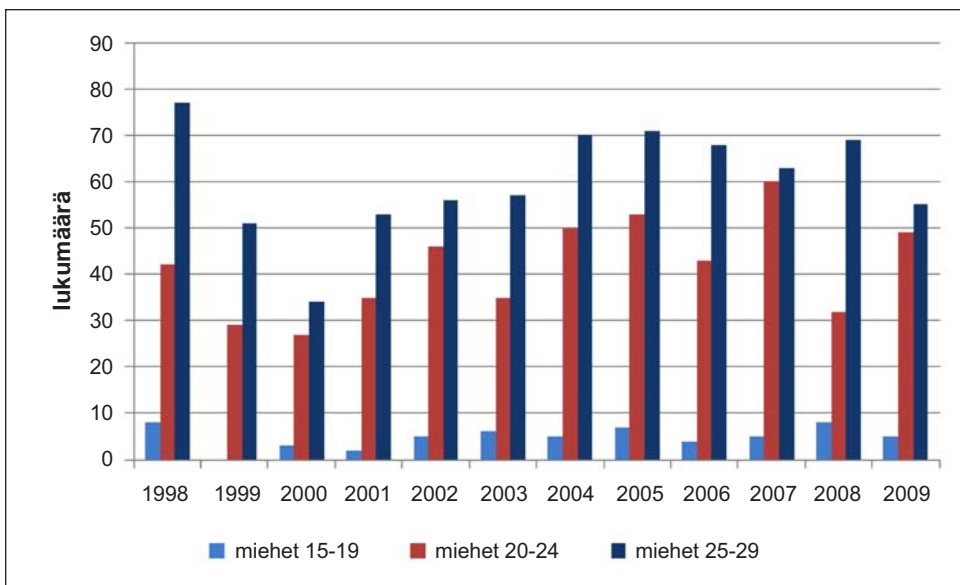
Sukuelinherpeksen yleisyyden on eri lähteiden mukaan arvioitu olevan alle 5 %. Sukupuolitautien poliklinikoiden ensikävijöistä 3–4 % todetaan kliininen sukuelinherpes (Hiltunen-Back ym. 2009). Vuoden 1999 FINSEX-tutkimuksessa sukuelinherpeksen yleisyys oli 3,2 % ja vuoden 2007 tutkimuksessa 4,2 % (Haavio-Mannila & Kontula 2001; henkilökohtainen tiedonanto Kontula). Terveys 2000 -tutkimuksessa naisista 4,3 % ja miehistä 3 % raportoiti saaneensa sukuelinherpestartunnan jossain elämänsä vaiheessa (Nikula & Luoto 2004).

Sukuelinherpestartunnat näyttävät olevan nuorilla naisilla vastaavanikäisiä miehiä yleisempiä. Terveys 2000 -osatutkimuksessa 18–29-vuotiaista vastaajista tartunnasta ilmoitti 0,7 % miehistä ja 3,2 % naisista (Ruutu ym. 2005). Vuonna 1999 FINSEX-tutkimuksessa sukuelinherpestartunnasta raportoiti 18–34-vuotiaista miehistä 2,1 % ja naisista 3,7 % ja vuonna 2007 vastaavasti 1,1 % miehistä ja 3,4 % naisista. (Henkilökohtainen tiedonanto Kontula)

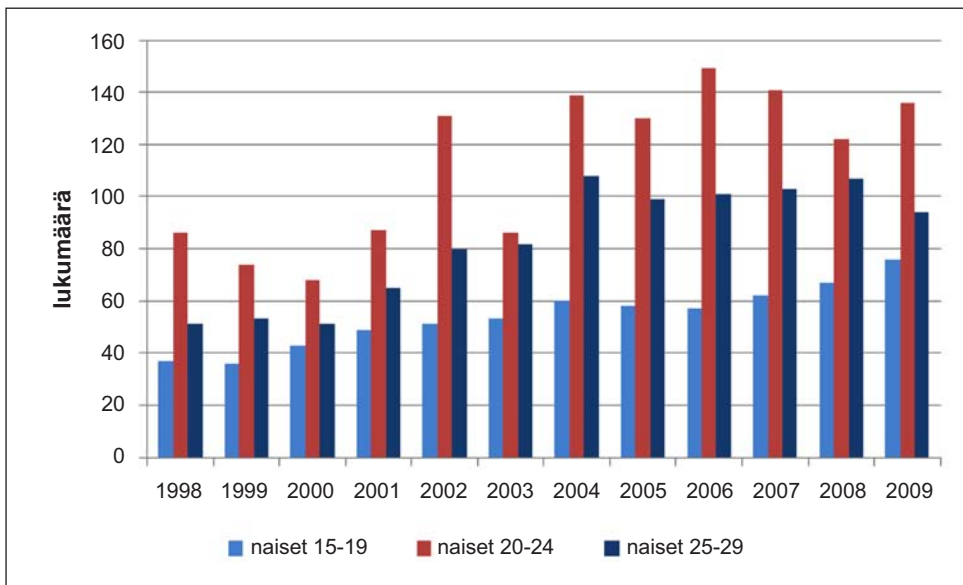
Vuosina 1998–2009 sukuelinherpes aiheutti 15–29-vuotiailla naisilla yli kaksi kertaa enemmän (2 992) poliklinikkakäyntejä kuin samanikäisillä miehillä (1 283) (HILMO) (Kuvio 18). Miehillä poliklinikkakäynnit painottuvat 20–29-vuotiaisiin (Kuvio 19), kun taas naisilla eniten käyntejä on tilastoitu 20–24-vuotiaiden ikäryhmässä (Kuvio 20).



KUVIO 18. Sukuelinherpeksen (A.60) aiheuttamat erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynnit 15–29-vuotiailla naisilla ja miehillä vuosina 1998–2009 (HILMO).



KUVIO 19. Sukuelinherpeksen (A60) aiheuttamat erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynnit 15–29-vuotiailla miehillä vuosina 1998–2009 (HILMO).

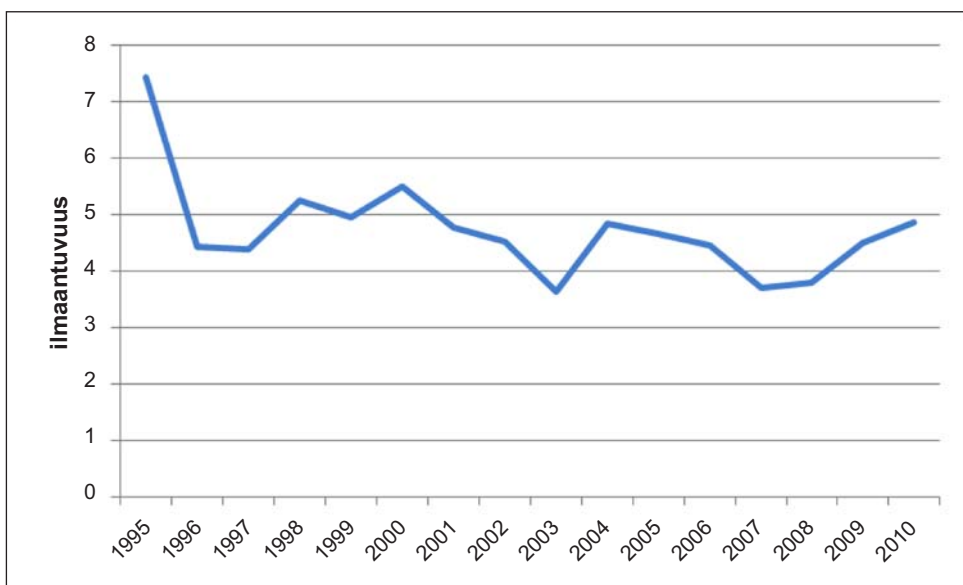


KUVIO 20. Sukuelinherpeksen (A60) aiheuttamat erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynnit 15–29-vuotiailla naisilla vuosina 1998–2009 (HILMO).

Anturiverkoston aineiston mukaan sukupuolitautilien poliklinikoilla hoidettujen herpespotilaiden keski-ikä naisilla oli 27,5 vuotta ja miehillä 32,6 vuotta (Hiltunen-Back ym. 2009). Kuten kondylooman, myös sukuelinherpeksen osalta on huomioitava hoidon tapahtuvan valtaosassa tapauksista erikoissairaanhoidon ulkopuolella.

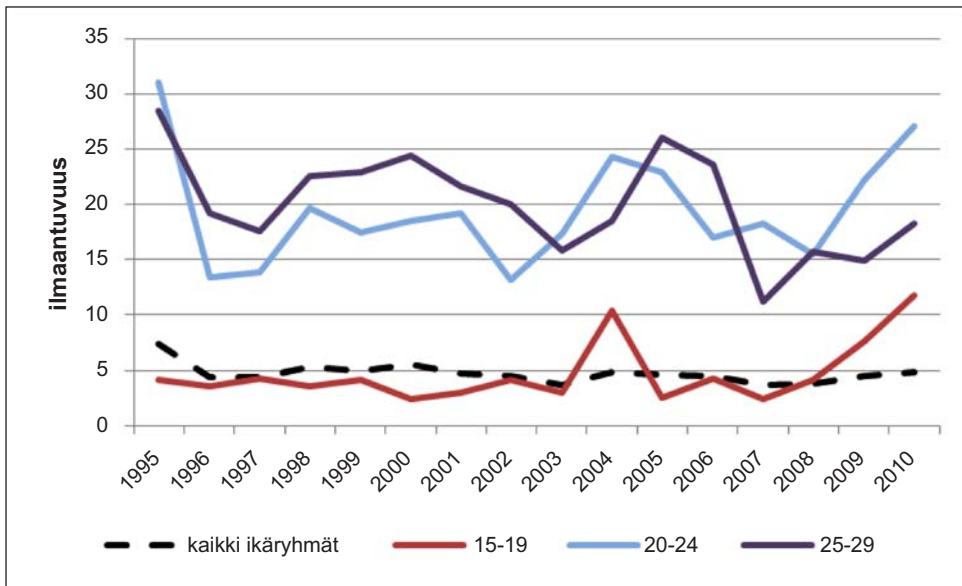
4.4 Tippuri

Tippuritapausten määrät ovat vaihdelleet 379 ja 284 tapauksen välillä vuosina 1995–2010 (ilmaantuvuus 7,4/100 000 ja 5,5/100 000) (Kuvio 21).

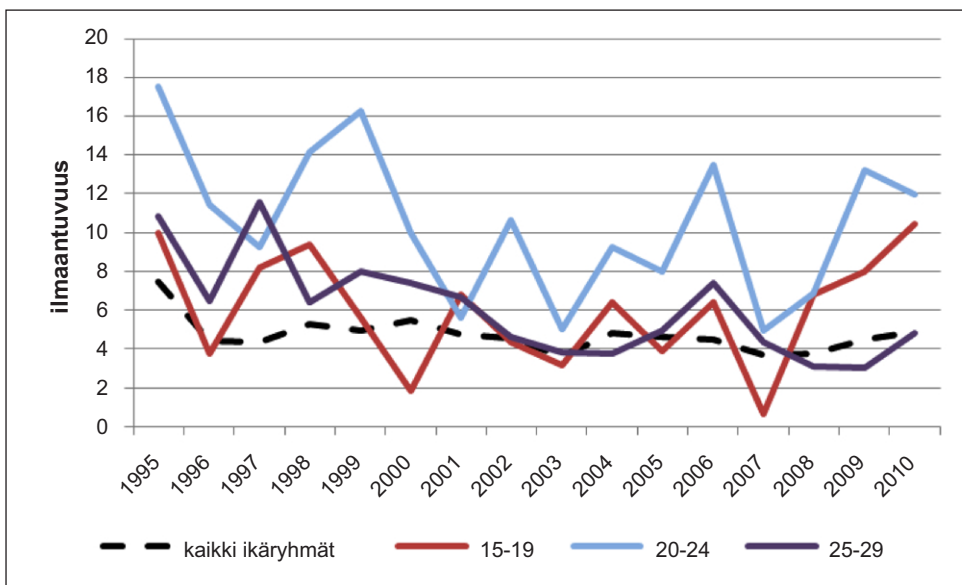


KUVIO 21. Tippurin ilmaantuvuus (1/100 000) vuosina 1995–2010 (Tartuntatautirekisteri).

Alle puolet (44%) ilmoitetuista tartunnoista (3 933) on todettu nuorilla. Noin joka kolmas tartunnan saanut on ollut 15–29-vuotias mies ja noin joka kymmenes samaan ikäryhmään kuuluva nainen. Tartunnan saaneet ovat sen toteamishetkellä olleet keskimäärin 33,9-vuotiaita. Naiset ovat olleet keskimäärin nuorempia (29-vuotiaita) kuin miehet (34-vuotiaita). (Tartuntatautirekisteri) Nuorilla 20–29-vuotiailla miehillä tippuri on yleisempi kuin miehillä keskimäärin (Kuvio 22). Naisilla ilmaantuvuus on 20–24-vuotiailla keskimääräistä naisten ilmaantuvuutta korkeampi (Kuvio 23). Viime vuosien kehityksen perusteella nuorten aikuisten tartunnat näyttäisivät olevan lisääntymässä.

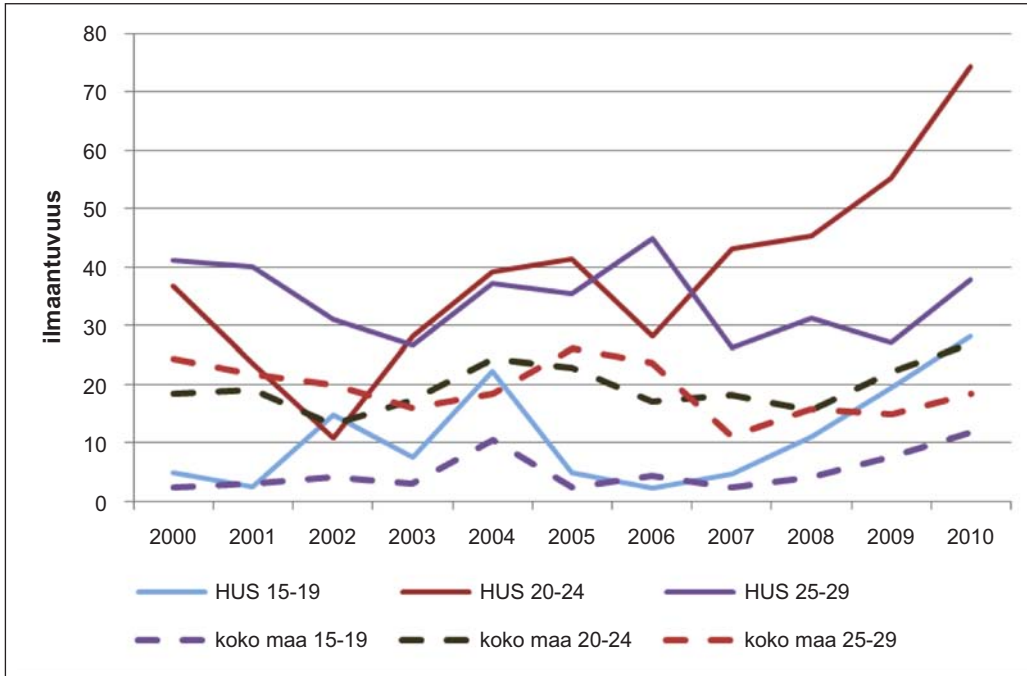


KUVIO 22. Tippurin ilmaantuvuus (1/100 000) 15–29-vuotiailla miehillä ja kaikissa ikäryhmissä miehillä vuosina 1995–2010 (Tartuntatautirekisteri).

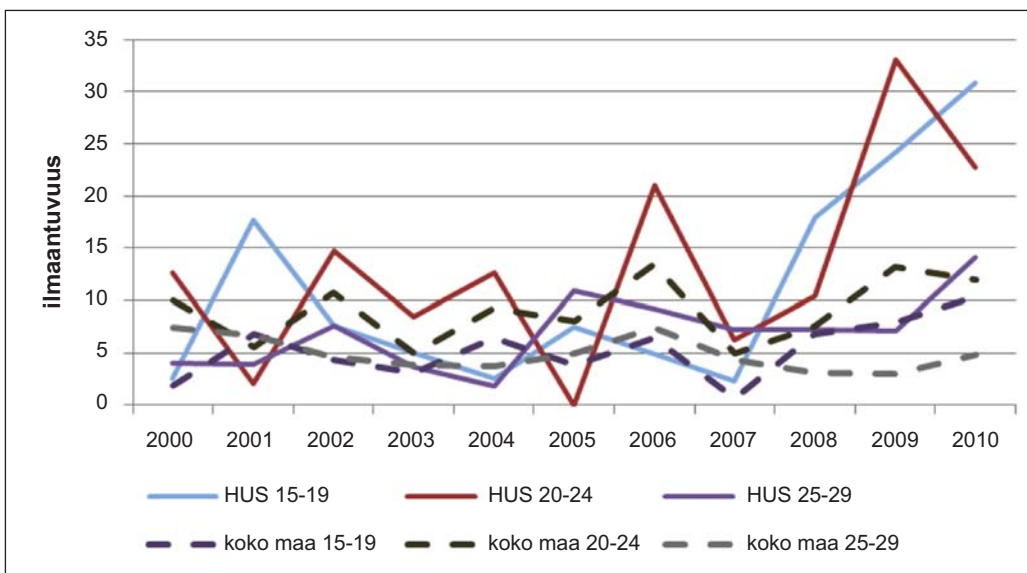


KUVIO 23. Tippurin ilmaantuvuus (1/100 000) 15–29-vuotiailla naisilla ja kaikissa ikäryhmissä naisilla vuosina 1995–2010 (Tartuntatautirekisteri).

Nuorilla miehillä ja naisilla tippuri on yleisempää Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä kuin koko maassa vastaavanikäisillä nuorilla (Kuviot 24 ja 25). Ilmaantuvuus on koko maata korkeampaa erityisesti 20–29-vuotiailla miehillä. Myös naisilla ilmaantuvuudessa on havaittavissa nousua.



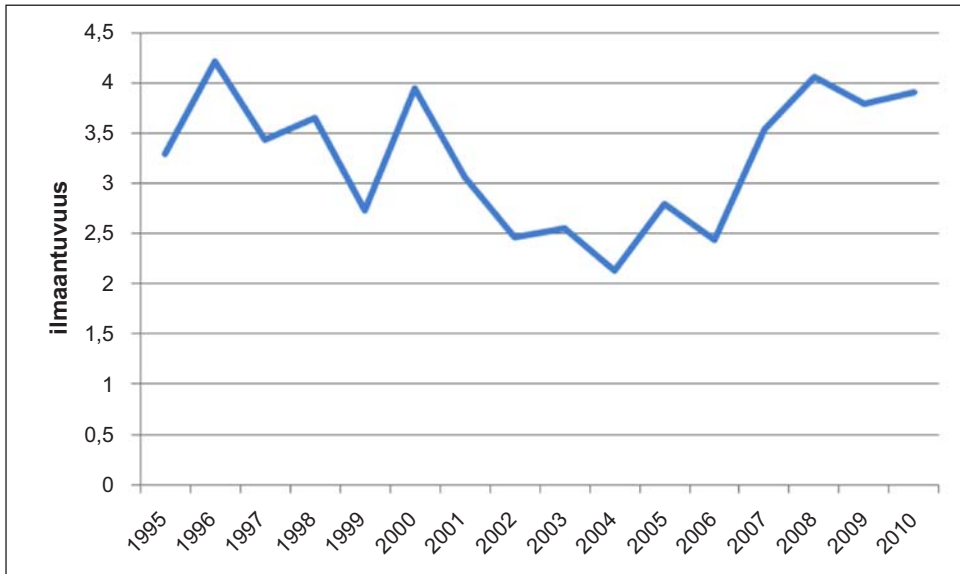
KUVIO 24. Tippurin ilmaantuvuus 15–29-vuotiailla miehillä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä sekä koko maassa vuosina 2000–2010 (Tartuntatautirekisteri).



KUVIO 25. Tippurin ilmaantuvuus (1/100 000) 15–29-vuotiailla naisilla Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä ja koko maassa vuosina 2000–2010 (Tartuntatautirekisteri).

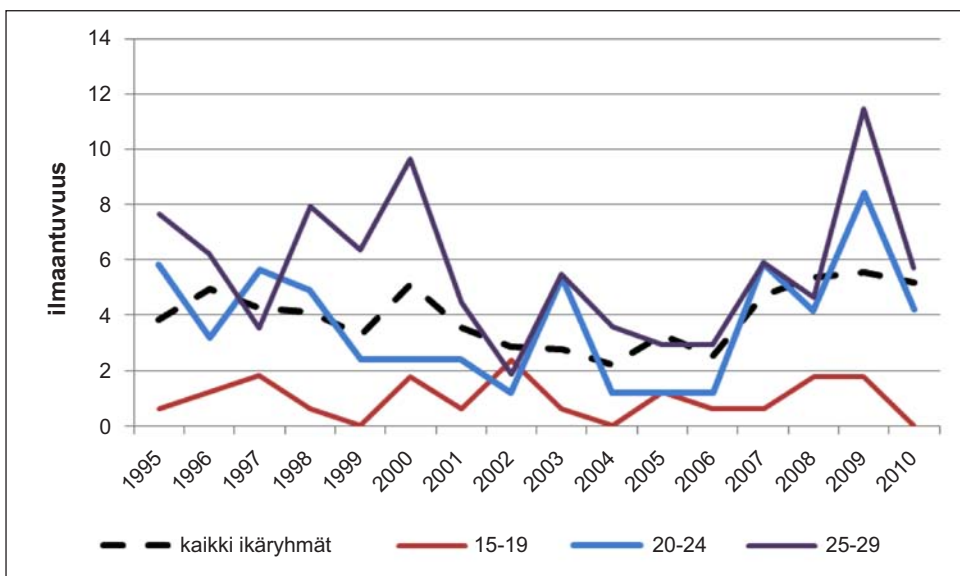
4.5 Kuppa

Vuosina 1995–2010 kupan ilmaantuvuus on vaihdellut 2,1/100 000 ja 4,2/100 000 välillä (Kuvio 26). Vuosikymmenten aikana tapahtuneesta tartuntojen huomattavasta vähentymisestä huolimatta suotuisa kehitys ei ole jatkunut, vaan todettujen tapausten määrä on kaksinkertaistunut vuodesta 1995 lähtien. Tartuntoja tavattiin 1980-luvun alusta 1990-luvun puoliväliin saakka yhteensä 1 099 eli keskimäärin 73 tartuntaa vuodessa.

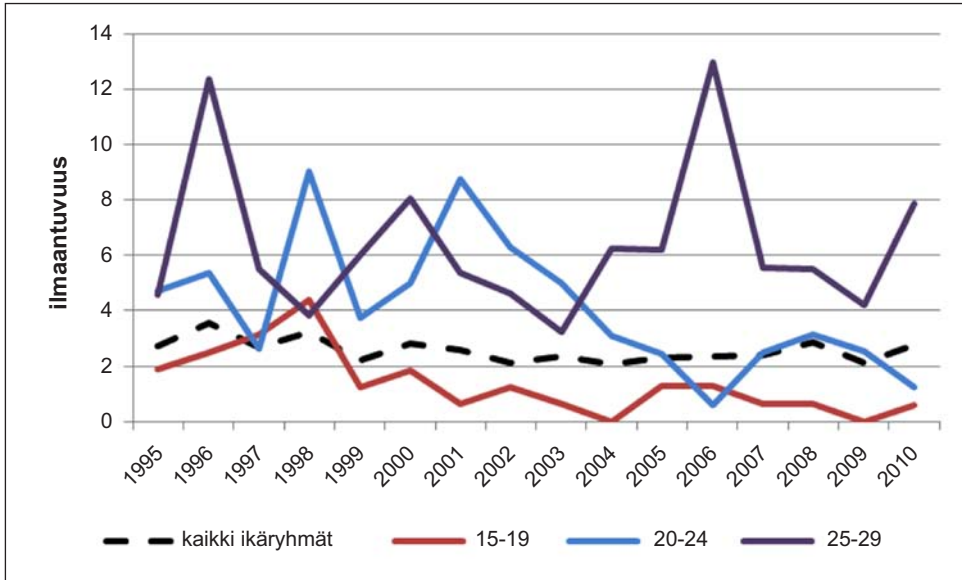


KUVIO 26. Kupan ilmaantuvuus (1/100 000) vuosina 1995–2010 (Tartuntatautirekisteri).

Nuorten keskuudessa kupp tartunnat ovat harvinaisia (Kuviot 27 ja 28). Joka viides tartunta todetaan 15–29-vuotiaalla (Tartuntatautirekisteri). Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella kupan ilmaantuvuus 15–29-vuotiaalla on jonkin verran suurempaa kuin samanikäisillä nuorilla muualla maassa.



KUVIO 27. Kupan ilmaantuvuus (1/100 000) 15–29-vuotiaalla miehillä ja kaikissa ikäryhmissä miehillä (Tartuntatautirekisteri).



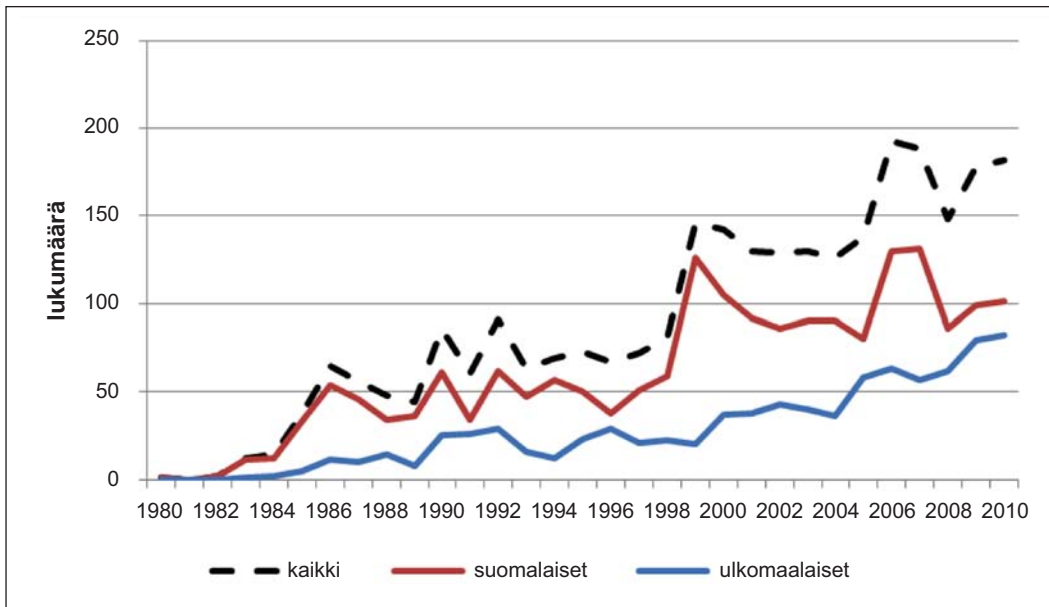
KUVIO 28. Kupan ilmaantuvuus (1/100 000) 15–29-vuotiailla naisilla ja kaikissa ikäryhmissä naisilla (Tartuntatautirekisteri).

Naisten keskimääräinen ikä diagnosointihetkellä on ollut 45,9-vuotta ja miesten 45,6-vuotta (Tartuntatautirekisteri). Tartuntatautirekisteriin ilmoitetaan myös tapaukset, joissa kyse on serologisesta arvesta eli aikaisemmin sairastetusta ja hoidetusta kupasta. Tällaiset tapaukset nostavat keski-ikää, koska kyse on usein iäkkäistä ihmisistä.

Anturiverkoston keräämän tiedon mukaan sukupuolitautiin poliklinikoilla vuosina 1995–2006 todettujen kuppataipauksien keski-ikä miehillä oli 38,1 vuotta ja naisilla 31,0 vuotta (Hiltunen-Back ym. 2009).

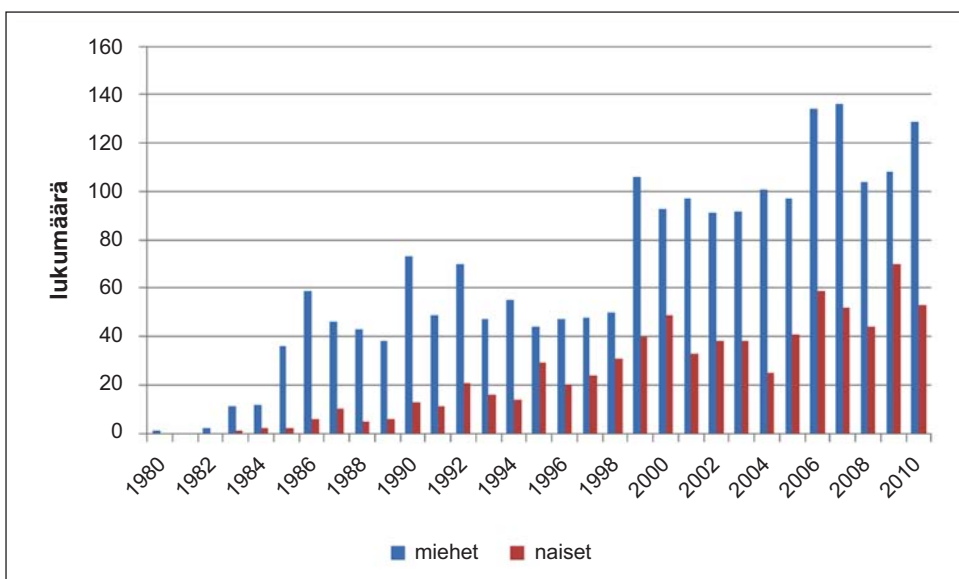
4.6 HIV-infektio

Hiv-infektiossa on kyse varsin uudesta sukupuolitaudista. Vuoden 2010 loppuun mennessä Suomessa oli todettu yhteensä 2 778 tartuntaa. Tartunnoissa on tapahtunut lisääntymistä viimeisen vuosikymmenen aikana. 2000-luvulla todetut tartunnat kattavat yli 60 % kaikista maassamme rekisteröidyistä tartunnoista. Vuosittain todetaan noin 180 uutta tartuntaa. Enemmistö tartunnoista on todettu Suomen kansalaisilla (Kuvio 29). Kuitenkin 15–29 -vuotiailla lähes puolet tilastoiduista tartunnoista on todettu ulkomaalaisilla (Tartuntatautirekisteri).



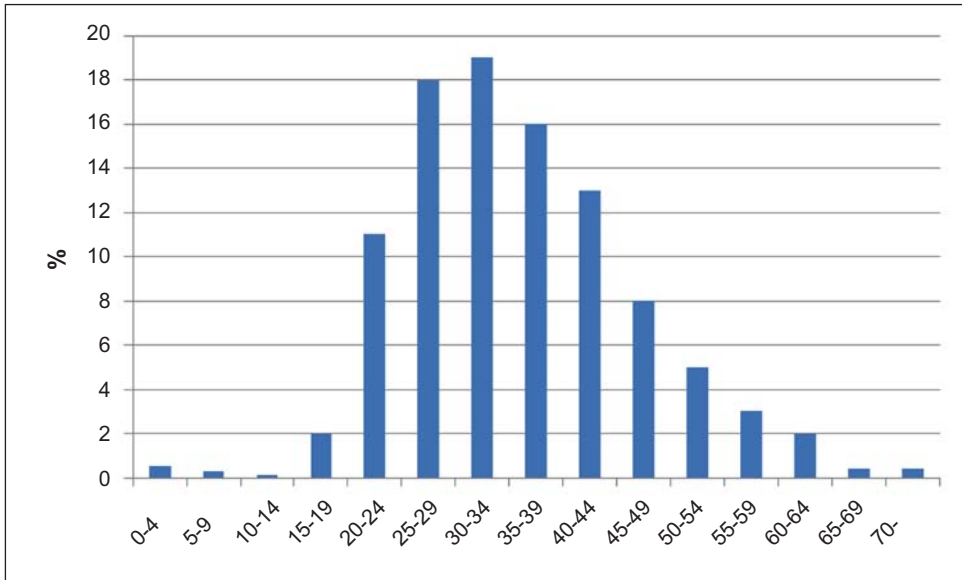
KUVIO 29. Hiv-tartunnat kansalaisuuden mukaan vuosina 1980–2010 (Tartuntatautirekisteri).

Hiv-tartunnat ovat miehillä naisia yleisempiä (Kuvio 30). Tartunnoista 73 % (2 022) on todettu miehillä ja 27 % (754) naisilla (Tartuntatautirekisteri). Useassa tapauksessa tartunta on saatu ulkomailla.



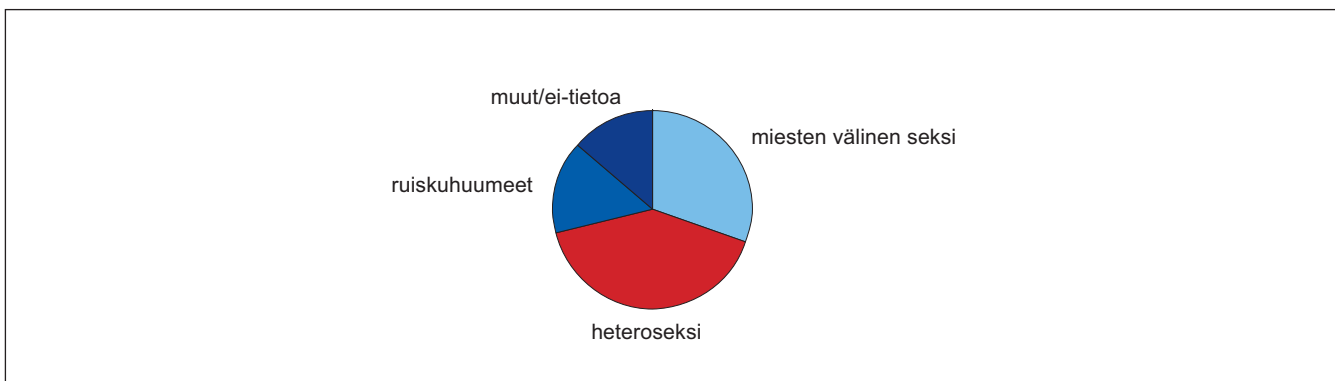
KUVIO 30. Hiv-tartunnat sukupuolen mukaan vuosina 1980–2010 (Tartuntatautirekisteri).

Noin joka kolmas hiv-tartunnan saanut on ollut taudin toteamishetkellä alle 30-vuotias. Eniten tartuntoja todetaan 25–34-vuotiailla (Kuvio 31). Tartunnan saanut on ollut taudin toteamishetkellä keskimäärin 36-vuotias. Miehet ovat olleet keskimäärin 37-vuotiaita ja naiset 32-vuotiaita. (Tartuntatautirekisteri).



KUVIO 31. Hiv-tartunnat ikäryhmittäin vuosina 1980–2010 (Tartuntatautirekisteri).

Suurin osa (71 %) nuorten tartunnoista on tapahtunut seksiteitse (Kuvio 32). Ruiskuhuumeiden välityksellä on saatu 360 tartuntaa. Veren välityksellä tai äidistä lapseen tapahtuneet tartunnat ovat harvinaisia. (Tartuntatautirekisteri)



KUVIO 32. Nuorten (14–29-vuotiaat) hiv-tartunnat tartuntatavan mukaan vuosina 1980–2010 (Tartuntatautirekisteri).

Kaikista Suomessa 28.10.2012 mennessä ilmoitetuista Hiv-tapauksista Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella todettujen osuus oli n. 2/3 (Tartuntatautirekisteri).

5. NUORTEN TIETOUS SUKUPUOLITAUDEISTA

Nuorten terveystapatutkimus (NTTT), WHO-koululaistutkimus ja Kouluterveyskysely ovat keskeiset lasten ja nuorten terveydestä tietoa tuottavat valtakunnalliset kyselytutkimukset. Seksuuoliterveyttä koskevat kysymykset kuuluvat yhtenä osa-alueena jokaiseen niistä.

Nuorten terveystapatutkimus aloitettiin vuonna 1977. Tutkimuksessa on kerätty 12–18-vuotiailta nuorilta postikyselynä kahden vuoden välein tietoa mm. nuorten tupakoinnista, alkoholikäytöstä, liikkumisesta ja seksuaalisuuden osalta ehkäisy pillereiden ja jälkiehkäisyksen käytöstä. (Rimpelä ym. 2007)

WHO-koululaistutkimusta on toteutettu vuodesta 1990 lähtien neljän vuoden välein. Tutkimuksen aineisto kerätään kyselylomakkeilla 13- ja 15-vuotiailta (7- ja 9-luokan) oppilailta oppitunnin aikana. Seksuaalikäyttäytymistä mittaavassa osiossa on kysytty mm. kuukautisten ja siemensyöksyjen alkamisesta, seurustelemisesta, seksuaalisista kokemuksista (halaaminen, suuteleminen, hyväily, itsetyydytys, yhdyntä), seksikumpaneiden määrästä ja ehkäisy menetelmistä.

Stakesin käynnistämä Kouluterveyskysely aloitettiin vuonna 1996. Kuntien vapaaehtoisen osallistumisen kautta kerätään kouluissa aineistoa nuorten koulukokemuksista, terveydestä ja elintavoista. Kouluterveyskyselyssä tiedonkeruun kohteina ovat peruskoulujen 8- ja 9-luokan oppilaat, lukion 1. ja 2. vuosikurssin opiskelijat sekä vuodesta 2008 lähtien ammattiin opiskelevat 1. ja 2. vuosikurssin opiskelijat. Tässä raportissa hyödynnetään tuloksia koskien vuosina 2008/2009 ja 2010/2011 suoritettuja kyselyjä.

Kondomi on sukupuolitautilien ehkäisyssä keskeisessä asemassa. Kouluterveyskyselyn mukaan yläasteikäisistä pojista 78 % ja tytöistä 85 % ovat tietoisia siitä, että ehkäisyvälineistä ainoastaan kondomi suojaaa sukupuolitaudeilta. Lukiossa ja ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevista tytöistä yli 90 % raportoi tietävänsä kondomin suojaavasta vaikutuksesta. Ammattiin opiskelevista pojista 83 % ja lukiolaisista 90 % tietää kondomin ehkäisevän sukupuolitaudeilta. Vaikka kondomin tiedetään ehkäisevän sukupuolitauteja, ei sitä välttämättä käytetä. Yläasteikäisistä pojista 62 % ja tytöistä 58 % raportoi viimeisimmässä yhdynnässä käytetyn ainoastaan kondomia. Vastaavasti lukiolaisista tytöistä 45,5 % ja pojista 58,5 % oli suojautunut kondomilla. Ammattikoulua käyvistä tytöistä noin joka kolmas oli käyttänyt kondomia ja pojista 54,5 %. Kun kondominkäyttäjiksi luetaan myös ne, jotka olivat käyttäneet sekä kondomia että e-pillereitä, lisääntyy kondomia käyttäneiden määrä 6–9 %:n verran. Ehkäisy pillereiden käyttö lisääntyy selkeästi peruskoulun jälkeen tyttöjen keskuudessa, mikä voi osaltaan selittää kondominkäytön vähyyttä erityisesti lukioikäisillä tytöillä. (Kouluterveyskysely 2008/2009 ja 2010/2011)

Puutteita kondominkäytössä on havaittavissa myös muilla kuin koululaisilla. Terveys 2000 -osatuksessa 18–29-vuotiaista miehistä ainoastaan 51 % ja naisista 48 % raportoi suojautuvansa kondomilla silloin, kun kyseessä ei ole vakituinen kumppani (Aro & Koponen 2005).

Tietämys sukupuolitautilartunnan mahdollisesta oireettomuudesta on korkealla tasolla lukiolaisten keskuudessa. Lukiota käyvistä pojista 88 % ja tytöistä 95 % tietää, ettei sukupuolitautilartunta välttämättä aiheuta tartunnan saaneessa henkilössä oireita. Vastaavanikäisistä ammattiin opiskelevista tytöistä

91,5 %, mutta pojista vain 75,5 % on tietoinen tautien esiintymisestä myös oireettomana. Yläasteikäisten poikien keskuudessa tietämys on vähäisempää (66,5 %), kuin vastaavan ikäisillä tytöillä (79,5 %). (Kouluterveyskysely 2008/2009 ja 2010/2011)

Vuonna 2000 peruskoulun 8 -luokan oppilaille osoitetussa kyselyssä tietämys sukupuolitautilien tutkimus- ja hoitopaikoista oli heikkoa. Tytöistä ja pojista hieman yli puolet luuli, että sukupuolitauteja hoidetaan ainoastaan sukupuolitautilien poliklinikoilla. Joka kolmas pojista ja 42 % tytöistä tiesi, että hoitoon voi hakeutua koululääkärin vastaanotolle, terveyskeskukseen tai sukupuolitautilien poliklinikalle. (Kontula ym. 2001) Kouluterveyskyselyssä on vuodesta 2006 lähtien tiedusteltu, kuinka helppoa on varata aika lääkärille tai terveydenhoitajalle seksuaaliterveyteen liittyvässä asiassa. Sukupuolten välillä ei näytä olevan suuria eroja kahdessa viime kyselyssä. Yläasteikäisistä pojista keskimäärin 58 % ja tytöistä 62 % pitää ajan varaamista helppona¹. Lukiolaisista tytöistä puolestaan keskimäärin noin joka kolmas ja ammattiin opiskelevista noin joka viides katsoo ajanvaraamisen olevan vaikeaa². (Kouluterveyskysely 2008/2009 ja 2010/2011)

Sukupuolitaudeilla voi olla merkittäviä jälkiseuraamuksia. Kahdessa viimeisimmässä Kouluterveyskyselyssä puolet yläasteikäisistä pojista ja tytöistä 58 % vastasi oikein väittämään ”Klamydia voi aiheuttaa hedelmättömyyttä”. Lukioikäisistä hedelmättömyyden osasi yhdistää klamydiainfekioon 63,5 % pojista ja 79 % tytöistä. Ammattiin opiskelevien poikien kohdalla tietämys vastasi yläasteikäisten tasoa (56,5 %), kun taas puolestaan ammattiin opiskelevilla tytöillä tietämys asiasta oli vastaavanikäisiä poikia huomattavasti korkeammalla tasolla (74,5 %). (Kouluterveyskysely 2008/2009 ja 2010/2011)

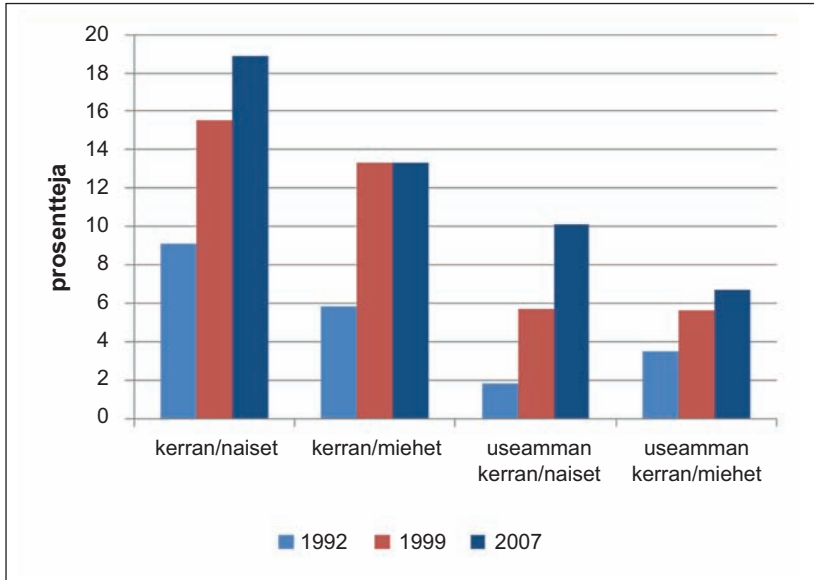
Kansainvälisessä vertailututkimuksessa vuodelta 1995 13- ja 18-vuotiailta koululaisilta kerättiin tietoja koululuokissa suoritetuissa kyselyissä Helsingissä, Moskovassa ja Tallinnassa. Suomalaiset nuoret osasivat muita useammin yhdistää useisiin seksikumppaneihin riskin saada AIDS, tippuri tai klamydia. Esimerkiksi 13-vuotiaista suomalaistytöistä 58 % ja pojista 50 % ja 18-vuotiaista 94 % tytöistä ja 91 % pojista yhdisti useiden seksikumppanien lisäävän klamydiatartunnan riskiä. Moskovalaisista 13-vuotiaista tytöistä vain 4 % ja pojista 8 % ja 18-vuotiaistakin tytöistä vain 13 % ja pojista 8 % tunsivat klamydian tartuntavaaran. AIDS:n tarttumisen yhdisti sukupuolisuhteisiin Suomessa ja Venäjällä kaikissa ikäryhmissä yli 93 % kyselyyn vastanneista. Venäjällä ei tuohon aikaan annettu kouluissa lainkaan seksuaaliterveyskasvatusta. (Ahonen ym. 2005)

Sukupuolitautilien ehkäisyssä merkittävässä osassa on testeihin hakeutuminen. Asiaa on tutkittu hiv-testauksen osalta varusmiespalvelukseen astumisen yhteydessä vuosina 1998–2003 ja vuonna 2005. Hiv-testissä raportoi käyneensä 18–25-vuotiaista alokkaista 6,3–7,6 %. Tilanne ei muuttunut vuonna 2005, jolloin testissä oman ilmoituksen mukaan oli käynyt 7,0 % alokkaista. (Nikula ym. 2007).

FINSEX-tutkimuksen mukaan 18–34-vuotiaat naiset käyvät hiv-testissä miehiä aktiivisemmin (Kuvio 33). Useamman kerran testeissä käyneiden osuus on viimeisimmässä tutkimuksessa noussut erityisesti naisilla. Myös kerran testissä käyneiden naisten määrä on miehiä korkeampi.

¹ Yhdistetty vastausvaihtoehdot ”erittäin helppoa” ja ”melko helppoa”.

² Yhdistetty vastausvaihtoehdot ”melko vaikeaa” ja ”erittäin vaikeaa”.



KUVIO 33. Hiv-testiin hakeutuminen omasta aloitteesta 18–34-vuotiailla naisilla ja miehillä (henkilökohtainen tiedonanto Kontula).

6. TORJUNTATOIMIA TARVITAAN

Toimintaohjelma velvoittaa

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) julkaisi vuonna 2007 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman vuosille 2007–2011, jossa tavoitteeksi asetettiin väestön sekä pariskuntien ja yksilöiden seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Erityistä huomiota ohjelmassa kiinnitettiin nuoriin. Ohjelma oli tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollossa toimiville työntekijöille ja heidän johtajilleen, keskeisille yhteistyötahoille ja kunnallisille luottamushenkilöille. Merkittävän kohderyhmän muodostivat myös sosiaali- ja terveydenhuollon opettajat sekä peruskoulujen, lukioden ja eriateisten ammatillisten oppilaitosten terveystiedon opettajat sekä opettajien kouluttajat. Myös nykyisessä hallitusohjelmassa edellytetään lisääntymis- ja seksuaaliterveyden edistämispalveluiden kehittämistä.

STM ohjaa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistä ja palveluja lainsäädännön, sosiaali- ja terveyspoliittisten strategioiden ja oppaiden ja laatusuosituksen avulla. STM ohjaa Terveiden ja hyvinvoinninlaitosta, Työterveyslaitosta, Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontakeskusta, aluehallintovirastoja sekä muita hallinnonalansa virastoja ja laitoksia vuosittain laadittavilla tulossopimuksilla. Niissä sovitaan pidemmän ja lyhyemmän aikavälin tulostavoitteet ja voimavarat.

Kuntaliitto on mukana luomassa sähköistä potilaskertomusjärjestelmää, jolla on merkitystä mm. seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujen kehittämisessä. Kirkolla on seksuaali- ja lisääntymisterveyteen painottuvia omia toimintoja mm. perhekasvatuksessa projekti 18 – 25 -vuotiaille seurusteleville, avo- tai avioliitossa oleville tarkoitettut ihmissuhdekurssit.

Alueellisella tasolla toimijoita ovat sairaanhoitopiirit ja niitä ylläpitävät kuntayhtymät ja aluehallintovirastot ja paikallisesti kunnat. Toimintaohjelman mukaan sairaanhoitopiirin tulisi tehdä säännöllistä ja suunnitelmallista yhteistyötä alueiden muiden toimijoiden kanssa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi. Sairaanhoitopiirien tulisi nimetä seksuaali- ja lisääntymisterveyden yhteyshenkilö ja perustaa määräaikainen alueellinen työryhmä seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen vauhdittamiseksi. Sairaanhoitopiirien tulisi myös tarkistaa seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluihin liittyvät toimintatavat, ohjeet ja yhteistyömuodot toimintaohjelman perusteella. Viimeksi mainitut tavoitteet eivät ole kuitenkaan maassa vielä toteutuneet.

Toimintaohjelmaan on kirjattu, että kunnalla tulee olla oma tai kuntien yhteistyöalueen pohjalta perustettu terveyden edistämisen yhteistyöryhmä, joka vastaa myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisestä kunnassa. Terveyden edistämisen yhteistyöryhmä tekee yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja paikallisten kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Terveyskeskusten sisällä tulee myös sopia seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvistä ohjausvastuista, toimintatavoista kuten erityisesti seksuaalineuvonnasta, seksuaalisen väkivallan kohtaamisesta, työnjaosta ja yhteistyöstä.

Aluehallintovirastojen keskeinen tehtävä on valvoa, että niiden alueella kansalaiset saavat lakien ja asetusten mukaisia palveluja. Aluehallintovirastot ovat pyrkineet koulutustilaisuuksien avulla ohjaamaan ja vauhdittamaan sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelmien toteuttamista kunnissa. Etelä-Suomen aluehallintovirastossa on mm. järjestetty koulutustilaisuuksia seksuaali- ja lisääntymisterveyden toteuttamisen edistämiseksi.

Tämän raportin tavoite on kiinnittää terveydenhuollon toimijoiden ja yritysten huomiota sukupuolitauteihin varautumiseen ja torjuntatyön tarpeeseen. Samalla halutaan jalkauttaa pääkaupunkiseudulla kehitettyjä hyviä käytäntöjä sukupuolitautilien hoidon organisoinnissa ja uusia matalankynnyksen toimintatapoja sukupuolitartuntojen toteuttamiseksi. Ne yhdistettynä Käypä hoito -suositukseen sisältämän ajantasaisten tiedon kanssa muodostavat terveydenhuollon toimintayksiköille hyvän pohjan ryhtyä entistä aktiivisempiin torjuntatoimiin.

Tavoitteena matalan kynnyksen palvelut

Sukupuolitautilien kirjo on muuttunut viimeisten 80 vuoden aikana. Aikaisemmin kansanterveydellisesti merkittävät kippa- ja tippuritartunnat ovat vähentyneet huomattavasti. Tilastojen valossa vuosittain todettujen sukupuolitautilien kokonaismäärät ovat pysyneet melko vakioina viime vuosina. Tartuntatauti- tai hoitoilmoitusrekisterin tietojen tulkinnassa on kuitenkin huomioitava eräitä tekijöitä. Tartuntatautirekisteriin ilmoitetaan vain laboratoriossa varmennetut tartunnat. Tietoa oireettomien tartunnan saaneiden kokonaismäärästä ei ole, minkä vuoksi kuva tautien todellisesta yleisyydestä ei ole täydellinen. Valtakunnallisesti ei myöskään kerätä tilastotietoa otetuista näytemääristä eikä muutoksista testausaktiivisuudessa. Klamydia ja kondylooma, joiden osalta erityisesti nuoret naiset muodostavat merkittävän riskiryhmän, ovat tauteja, joiden vähentämiseen nykyisestä tasosta tulisi tehokkaasti pyrkiä. Klamydiain yleistymistä voidaan pitää merkinä siitä, ettei sukupuolitauteja vastaan suojauduta riittävän hyvin. Nuorisolle tehdyt kyselytutkimukset viittaavat kondominkäytön suosion vähenemiseen. Tämä merkitsee

myös sitä, että portti on auki klamydian ohella muille sukupuoliteitse tarttuville taudeille – kuten kupalle ja hiv-infektioille.

Tietous sukupuolitautilien oireettomuudesta on tärkeää, jotta tartunnalle altistunut osaisi hakeutua testeihin. Erityisen tärkeää tämä on klamydian osalta, sillä tartunnat ovat usein oireettomia. Klamydiatartuntojen lisääntymistä nuorilla selittää osittain seksipartnereiden lukumäärän kasvu sekä viive tutkimuksiin hakeutumisessa (Hiltunen-Back ym. 2009). Sukupuolitautilien anturiverkoston keräämän tiedon mukaan tartunnasta ehtii kulua noin kuukausi ennen tutkimuksiin hakeutumista ja tänä aikana kolmannes on jo ollut yhdynnässä vähintään yhden uuden kumppanin kanssa (Hiltunen-Back ym. 2003). Sukupuolitautilien torjunnan kannalta tärkeää on, että testeihin hakeuduttaisiin aina silloin, kun tartunnan mahdollisuus on olemassa. Testeihin tulisi päästä mahdollisimman matalalla kynnyksellä. Sukupuolitautilien testaaminen ja hoito on ilmoitettavien tautien osalta potilaalle maksutonta kunnallisissa hoitopaikoissa. Tautien torjunnassa tärkeää on myös tartuntaketjun katkaiseminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tartunnan jäljityksen tavoitteena on ohjata kaikki tartunnalle altistuneet tutkimuksiin ja hoitoon. Nykyisen tartuntatutkimuksen mukaan hoitava lääkäri on vastuussa tartunnan jäljittämisestä.

Ehkäisevää työtä tehdään suuressa määrin myös terveydenhuollon ulkopuolella. Kondomi on edelleen ainoa ehkäisykeino, joka oikein käytettynä ehkäisee tehokkaasti tartunnoilta. Ruotsissa kondomit ovat nuorille maksuttomia. Kondominkäytön tehostamisen lisäksi tarvitaan asiallista tietoa tautien tartumisesta ja keinoista suojautua niiltä. Seksuaaliopetus on kuulunut pakollisena peruskoulujen opetusohjelmaan vuodesta 1970 lähtien. Vuonna 1994 toteutetun opetussuunnitelmauudistuksen jälkeen seksuaaliopetus kouluissa väheni huomattavasti ja opetuksen toteutuksessa oli erittäin suuria koulujen välisiä eroja (Liinamo 2005). Koululainsäädännön uudistus 2000 luvun alussa toi terveystiedolle itsenäisen oppiaineen aseman, jolloin seksuaaliterveyteen liittyvät sisällöt ja tavoitteet esitettiin aiempaa selkeämmin uudistetussa perusopetuksen opetussuunnitelman perusteissa (Opetushallitus 2004). Kouluissa uuden opetussuunnitelman mukaista opetus- ja kasvatustyötä on tullut toteuttaa viimeistään syyslukukaudesta 2006 lähtien. Peruskoulun alaluokilla terveystieto- ja seksuaaliopetus integroituvat muihin oppiaineisiin. Peruskoulun yläluokilla terveystietoa opetetaan omana oppiaineena. Terveystietoon sisältyy kuitenkin lukuisia terveystieto- ja seksuaaliterveyteen liittyvän opetuksen määriä saattaa vaihdella eri kouluissa. Peruskoulun seksuaalikasvatus on avainasemassa, koska se tavoittaa koko oppivelvollisuusikäisen väestömme. Siksi siihen panostaminen on erityisen tärkeää. Peruskoulun yhdeksäs luokka on viimeinen vaihe, jossa käytännössä koko ikäluokka on seksuaalikasvatuksen tavoitettavissa. Varusmiespalveluaikana tavoitetaan vielä suuri osa miespuolisesta ikäluokasta, mutta sen jälkeen tiedon saanti on vaihtelevaa ja osin oman aktiivisuuden varassa molemmilla sukupuolilla. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2007–2011)

Sukupuolitautilien ja niiden aiheuttamien jälkiseurausten hoitaminen aiheuttaa merkittäviä kustannuksia yhteiskunnalle, vaikkakaan sukupuolitautilien kokonaishoitokustannuksia eri tautien osalta ei ole Suomessa selvitetty. THL:n papilloomavirustyöryhmän raportissa arvioitiin kondylooman vuosittaisen tapausten aiheuttamiksi diskonttaamattomiksi hoitokustannuksiksi 1,54 miljoonaa euroa/vuosi (THL, raportti 28/2011). Kustannukset jakaantuivat tasaisesti miesten ja naisten kesken. Erikoissairaanhoidon arvioitu osuus kustannuksista oli 0,73 miljoonaa euroa ja perusterveydenhuollon sekä yksityissektorin yhteensä 0,81 miljoonaa euroa.

Uudet toimintatavat

Perusterveydenhuollon palveluntarjontaan on jo pitkään kuuluneet keskeiset seksuaaliterveyspalvelut, kuten sukupuolitautilien seulonta ja hoito. Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen terveyskeskuksissa selvitettiin muutama vuosi sitten näiden palveluiden tarjontaa ja toteuttamistapoja. Tutkimuksessa todettiin, että palveluiden järjestämistavat olivat moninaisia ja palveluiden integrointi yhteen terveyskeskuksen toimipaikkaan harvinaista. Sukupuolitautia epäilevät asiakkaat ohjattiin tavallisimmin lääkärin päivystys- tai ajanvarausvastaanotolle. Yksin omaan nuorille suunnattuja palveluyksiköitä oli vain muutamassa terveyskeskuksessa. Palveluiden piiriin pääsyä rajoittivat paikoin pitkät odotusajat ja esimerkiksi kesäsulut. Toimintakäytännöt ja palveluiden laatu olivat varsin vaihtelevia ja lisäksi todettiin palveluiden saatavuutta heikentäviä lääketieteellisiä esteitä. Kokonaisuutena seksuaaliterveyspalveluiden tarjontaa pidettiin kuitenkin hyvänä. (Sannisto 2010)

THL julkaisi vuonna 2009 yhdessä Helsingin, Espoon ja Vantaan terveyskeskusten kanssa sukupuolitautilien hoidon porrastusohjeen, jonka tarkoituksena on madaltaa näytteenottokynnystä ja ohjata testiin tulijat oikeisiin hoitopaikkoihin (Liite 1). Ohjeen mukaisella toiminnalla vältettäisiin turhaa asiointia terveydenhuollossa, ylimääräisiä testejä ja kustannuksia sekä taattaisiin asianmukainen hoito ilman viivettä. Sukupuolitautilien poliklinikoita on vain suurimmissa kaupungeissa, mistä johtuen valtaosa sukupuolitautilien tutkimuksista ja hoidosta tapahtuukin terveyskeskuksissa. Yksinkertaisimmillaan oireeton näytteisiin haluava henkilö ottaa yhteyttä oman terveysaseman terveydenhoitajaan joko puhelimitse tai hakeutumalla vastaanotolle, ja keskustelussa kartoitetaan tarpeellisten tutkimusten laajuus. Oireiset henkilöt ohjataan lääkärin vastaanotolle.

Uusia sukupuolitautilien neuvonta- ja vastaanottopalveluita suunniteltaessa on tärkeää huomioida, että sukupuolitautilien osalta haavoittuvilla väestöryhmillä on hyvin erilaiset tarpeet ja täten myös lähestymistavat tulisi erota toisistaan. Nuorten tavoittamiseksi tarvitaan erilaisia toimintatapoja kuin esimerkiksi miehille, joilla on seksiä miesten kanssa. Myös kansainvälistyminen on huomiotava esimerkiksi erilaisten ohjeistusten kielivalinnoissa.

Vain harvoja sukupuoliteitse tarttuvia tauteja voidaan torjua rokotteilla. Hepatiitti B-tartuntaa vastaan on ollut rokote saatavilla jo pitkään. Joitakin vuosia sitten tuli myyntiin rokotteet ihmisen papilloomavirusta (HPV) vastaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos esitti sosiaali- ja terveysministeriölle rokotteen lisäämistä rokotusohjelmaan vuoden 2011 kesällä. Hallitus päätti syksyn budjettiriihessä papilloomavirusrokotteen määrärahojen sisällyttämisestä ensi vuoden budjettiin. Sen vahvistamisen myötä 11–12-vuotiaiden tyttöjen rokotukset papilloomavirusinfektiota vastaan alkavat vuonna 2013.

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin (Eksote) alueella on syksystä tarjottu mahdollisuutta saada luotettava ja maksuton hiv-pikatesti nimettömänä. Hiv-pikatestausta tarjoavat Armilan pääterveysasema Lappeenrannassa sekä liikkuva palveluyksikkö Mallu. Tämän toivotaan lisäävän testiin hakeutumista ja tuovan tartunnan saaneet hoidon piiriin ajoissa. Tiedon puutteesta ja leimautumisen pelosta johtuen hiv-testiin ei välttämättä hakeuduta. Valitettavan usein hiv-tartunta todetaan vasta siinä vaiheessa kun lääkehoito olisi pitänyt jo aloittaa.

Nykypäivänä internet on toimintaympäristönä tuttu ja runsaasti käytetty väline, jolla voidaan nopeasti tavoittaa suuri joukko sen käyttäjiä. Ruotsissa on jo usean vuoden ajan voinut tilata internetistä klamydian näytteenottovälineet kotiin. Virtsanäyte on postitettu laboratorioon ja vastauksen on voinut käydä katsomassa internetsivuilta henkilökohtaisella tunnuksella. Tällä on pyritty sekä lisäämään testaamiskäytännön turvallisuutta että myös vähentämään terveydenhuollon käyntejä ja säästämään näin kustannuksissa (<https://www.klamydia.se>). Ruotsalaisten kokemukset järjestelmästä ovat erittäin myönteisiä ja asukkaat ovat löytäneet tämän kotikunnan tarjoaman palvelumuodon. Suomessa on nykyään markkinoilla useita maksullisia sekä kotona tehtäviä klamydia pikatestejä että myös palveluja, joiden kautta voi tilata näytteenottovälineet kotiin ja toimittaa näytteen edelleen laboratorioon tutkittavaksi. Suurena puutteena näissä on positiivisen tuloksen saaneen henkilön hoidon ja tartunnan jäljityksen puuttuminen. Tarvittaisiin kipeästi jo olemassa oleviin kunnallisiin palvelurakenteisiin integroitua toimintamallia, joka takaisi tartunnan saaneelle tutkimuksen lisäksi koko hoitoketjun aina jälkitarkastukseen saakka sujuvasti ja ennen kaikkea maksuttomasti. Näin voitaisiin taata kaikille tasa-arvoinen oikeus tutkimukseen ja hoitoon.

Sukupuolitaudit Suomessa eilen, tänään ja huomenna -raportti on aluehallintoviraston haasteeksi otettava tehtävä seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisessä. Tämän raportin tavoite on tukea ja kannustaa terveydenhuollon toimijoita edistämään ja puheeksi ottamaan seksuaaliterveyden kysymykset.

Lopuksi

Tekijät haluavat kiittää seuraavia henkilöitä raportissa käytettyjen tietojen toimittamisesta: erikoistutkija Kirsi Liitsola (THL), erikoissuunnittelija Simo Pelanteri (THL), tilastotutkija Mikko Virtanen (THL), dosentti Heikki Vuorinen (Helsingin yliopisto) ja tutkimusprofessori Osmo Kontula (Väestöliitto).

7. LÄHTEET JA LIITTEET

Kirjallisuus

Ahonen P, Palosuo H, Pärna, K, Zhuravleva, I, Hokka, P, Mussalo-Rauhamaa, H. Teenagers in transition: A report on health, health-related behaviour and attitudes of adolescents in Helsinki. Tallinn and Moscow in mid- 1990s. Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja 2005. n:o 102.

Aro Arja R & Koponen Päivikki: Seksuualikäyttäytyminen ja raskauden ehkäisy. Teoksessa Koskinen S, Kestilä L, Martelin T, Aromaa A (toim.). Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18–29 -vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2005, Helsinki 2005, s. 55–57.

Aromaa A, Koskinen S. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki 2002.

Etelä-Suomen läänin perhepoliittinen ohjelma 2006-2015. Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja 113, 2006. Multiprint, Helsinki.

Haavio-Mannila E, Kontula O. Seksin trendit meillä ja naapurissa. WSOY. Juva 2001.

Hiltunen-Back E, Haikala O, Kautiainen H, Ruutu P, Paavonen J, Reunala T. Nationwide increase of Chlamydia trachomatis infection in Finland: highest rise among adolescent women and men. Sex Transm Dis. 2003; 30:737–41.

Hiltunen-Back E, Ruutu P, Kautiainen H, Ådahl L, Savolainen R, Paavonen J, Reunala T. Sukupuolitautilien anturiverkosto 1996–2006: Toistuvat sukupuolitartunnat ovat yleisiä. Suom Lääkäril 2009; 37: 2999–3004.

Häkkinen A. Rahasta – vaan ei rakkaudesta. Prostituutio Helsingissä 1867–1939. Otava. Keuruu 1995.

Härö S. Taistelu sukupuolitauteja vastaan. Sukupuolitautilien vastustamisyhdistyksen 50-vuotishistoriikki. 1996.

Kontula O, Cacciatore R, Apter D, Bildjuschkin K, Törhönen M, Koski S, Tiilo L. Koululaisten tiedot seksuaaliterveydestä. Väestöliitto. Väestöntutkimuslaitos 2001.

Liinamo A. Suomalaisnuorten seksuaalikasvatus ja seksuaaliterveystiedot oppilaan ja koulun näkökulmasta. Arviointia terveyden edistämisen viitekehityksessä. Studies in sport, physical education and health 106. Jyväskylä 2005.

Mussalo-Rauhamaa H, Hiltunen-Back E, Uutela A, Haukkala, A. Prevalence and risk factors of symptomatic genital herpes in Finland. Scandinavian Society for genitourinary medicine. The 10th SSGM meeting, May 29-31, 1998, Hanasaari, Helsinki, Finland, P36.

Nikula M, Gissler M, Jormanainen V, Hemminki E. Nuorten suomalaismiesten käyminen HIV-testissä. Suomen Lääkärilehti 2007; 16: 1652–1653.

Nikula M, Luoto R. Sukupuoliteitse leviävät infektioaudit. Teoksessa Koponen P, Luoto R (toim.). Lisääntymisterveys Suomessa. Terveys 2000-tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B5/2004. Helsinki 2004, s. 69–78.

Opetushallitus. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2004. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala 2004, s. 200-202.

Reunala T, Paavonen J, Rostila T (toim.) Sukupuolitaudit. 2. uudistettu painos. Karisto Oy. Hämeenlinna 2003.

Rimpelä A, Rainio S, Huhtala H, Lavikainen H, Pere L, Rimpelä M. Nuorten terveystapatutkimus 2007. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977-2007. Selvityksiä 2007:63. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2007.

Ruutu P, Kuusi M, Koskinen S, infektioautien työryhmä: Infektiosairaudet. Teoksessa Koskinen S, Keskilä L, Martelin T, Aromaa A (toim.). Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18–29 -vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2005, Helsinki 2005. s. 104–105.

Sannisto T. Seksuaaliterveyspalvelut terveyskeskuksissa. Acta Universitatis Tamperensis; 1576, Tampere University Press, Tampere 2010.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17. Helsinki 2007.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asettaman papilloomavirustautien torjuntatyöryhmän selvitys 30.4.2011. Raportti 28/2011.

Vuorinen HS. Tautinen Suomi 1857–1865. Tampere University Press, Tampere 2006.

Tilastolähteet

Communicable diseases in 1988–1990 and vaccinations in 1987–1990 in Finland. National Agency for Welfare and Health. Statistics 1991.

Hoitoilmoitusrekisteri

Poistoilmoitusrekisteri

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne [verkkojulkaisu]. ISSN=1797-5379. Helsinki: Tilastokeskus.(<http://www.stat.fi/til/vaerak/tau.html>).

Suomen virallinen tilasto XI:70, 71. Yleinen terveyden- ja sairaanhoito 1967–1968. Lääkintöhallitus. Helsinki 1970.

Suomen virallinen tilasto XI:74. Terveystilasto. Lääkintöhallituksen vuosikirja 1971–1977. Helsinki 1978.

SVT. Terveystilasto 1989:3. Terveystilasto 1987. Helsinki 1989.

Tartuntatautirekisteri (<http://www3.ktl.fi/>)

Tartuntataudit Suomessa vuonna 1994. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 15/1995. Helsinki 1996.

Muut lähteet

Henkilökohtainen tiedonanto tutkimusprofessori Osmo Kontula Väestöliitto 19.4.2012.

Kouluterveyskysely (<http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/tulokset/index.htm>).

Liite 1.

SUKUPUOLITAUTIEN TUTKIMUKSEN JA HOIDON PORRASTUS PÄÄKAUPUNKIALUEELLA

TUTKIMUKSET

Diagnostiikan laajuuteen vaikuttavat haastattelussa kysyttävät riskitekijät:

- suojaamaton seksi (myös suu- ja anaaliseksi) tilapäisen partnerin kanssa
- partnerilla sukupuolitauti tai -epäily
- tartuntamahdollisuus ulkomailla, ulkomaalainen partneri
- miesten välinen seksi
- huumeiden pistoskäyttö

Haastattelun yhteydessä on tärkeätä antaa myös ennalta ehkäisevää neuvontaa

Oireettomat, tutkimuksiin omasta aloitteesta hakeutuvat potilaat ohjataan ensisijaisesti oman terveysaseman hoitajan vastaanotolle. Suositeltavat tutkimukset, jos ei yo. riskitekijöitä

- klamydia anatomisen tartuntapaikan mukaan (**U-CtNhO, -CtNhO**)
- HIV (**HIV-AgAb**)

Jos potilaalla on oireita tai vähintään yksi em. riskitekijä harkitaan seuraavia tutkimuksia:

- klamydia ja tippuri anatomisen tartuntapaikan mukaan (**U-CtGcNhO, -CtGcNhO**)
- jos on kliininen tippuriepäily tai U-GcNhO on positiivinen, otetaan viljelynäyte (**GcVi**) mikrobilääkeherkkyyden määrittämiseksi ennen hoidon aloitusta
- HIV (**HIV-AgAb**)
- kuppa (**S-TrpaAb**)
- jos huumeiden käyttöä, suositellaan hepatiittitutkimuksia (**HbsAg, HCV-Ab**)
- jos potilaalla todetaan C -tai B-hepatiitti, suositellaan HIV- ja kuppanäytettä.

TERVEYSASEMALLA HOIDETAAN

- Helsingin, Espoon ja Vantaan terveysasemat hoitavat klamydiainfektiot sekä tippuritapaukset; Helsingissä ja Espoossa tippuripotilas lähetetään HYKS:iin, mikäli todetaan siprofloksasiinille resistentti tippurikanta..
- Komplisoitumattomat sukuelinherpes- ja kondyloomapotilaat
- Klamydian ja tippurin **tartunnanjäljityksestä** vastaa hoitava lääkäri, joka voi tarvittaessa siirtää tehtävän saman hoitoyksikön hoitajalle
- Sukupuolitautien poliklinikalla hoidettujen klamydiapotilaiden jälkitarkastukset

HYKS/SUKUPUOLITAUTIEN POLIKLINIKALLE OHJATAAN

- Todetut tai epäillyt **kuppapotilaat** hoitoarviota ja tartunnan jäljitystä varten. Hoito annetaan poliklinikalla tai omalla terveysasemalla. Hoidon jälkeinen seuranta tapahtuu poliklinikalla.
- Helsingiläiset ja espoolaiset, joilla siprofloksasiinille **resistentti tippurikanta**.
- Laajat ja aikaa vievät **tartunnanjäljitystehtävät**.
- Vaikeahoitoiset sukuelinherpespotilaat sekä sellaiset kondyloomapotilaat, joiden kotihoito ei ole onnistunut ja tarvitaan kryo- tai lasertoimenpiteitä.

HYKS/INFEKTIOSAIRAUKSIEN POLIKLINIKALLE OHJATAAN

- Uudet HIV - positiiviset potilaat.
- HIV-positiiviset kuppapotilaat

Etelä-Suomen aluehallintovirasto
Hämeenlinnan päätoimipaikka
Birger Jaarlin katu 15,
13100 Hämeenlinna
puh. 020 636 1040
www.avi.fi/etela

Regionförvaltningsverket i Södra Finland
Huvudverksamhetsstället i Tavastehus
Birger Jaarlin katu 15
13100 Tavastehus
tel 020 636 1040
www.rfv.fi/sodra

ISSN 1798-8306 (painettu)
ISSN 1798-8314 (PDF)

ISBN 978-952-5890-32-7 (painettu)
ISBN 978-952-5890-33-4 (PDF)