

TARI HAAHTELA

HYKS, lho- ja allergiasairaala,
Helsingin yliopisto

ERKKA VALOVIRTA

Turun yliopisto, Allergian
ja hengitystiesairauksien
eurooppalainen potilasjärjestö
(EFA)

MATTI HANNUKSELA

Allergia- ja Astmaliitto

LEENA VON HERTZEN

Yrjö Jahnssonin säätiö

JUHA JANTUNEN

Allergia- ja Astmaliitto

PAULA KAUPPI

HYKS, lho- ja allergiasairaala

TUULA KETOLA

Hengityslääkärin
Hengityslääkärin

TIINA LAATIKAINEN

Terveyden ja hyvinvoinnin
laitos, Itä-Suomen yliopisto,
kansanterveystieteen ja kliinisen
ravitsemustieteen laitos

IRMELI LINDSTRÖM

Työterveyslaitos

SOILI MÄKINEN-KILJUNEN

HYKS, lho- ja allergiasairaala

MIIKA LINNA

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

SIRPA PAJUNEN

Iholiitto

ANNA PELKONEN

HYKS, lho- ja allergiasairaala

LEENA PETMAN

HYKS, lho- ja allergiasairaala

MERVI PUOLANNE

Hengityslääkärin
Hengityslääkärin

ILKKA REPO

Allergia- ja Astmaliitto

KIMMO SAARINEN

Allergia- ja Astmaliitto

JOHANNES SAVOLAINEN

Turun yliopisto

ERJA TOMMILA

Filha (Finnish Lung Health
Association)

TUULA VASANKARI

Filha (Finnish Lung Health
Association)

MIKA J. MÄKELÄ

HYKS, lho- ja allergiasairaala,
Helsingin yliopisto

Kansallinen allergiaohjelma 2008–2018 puolivälissä – suunnanmuutos tuo tuloksia

Lähtökohdat

Kymmenvuotisen allergiaohjelman tarkoitus on edistää allergiaterveyttä ja pysäyttää allergian aiheuttamien haittojen ja kustannusten kasvu. Samalla halutaan vähentää tarpeetonta rajoittamista ja medikalisaatiota. Ohjelman taustalla ovat uudet tiedot allergian kehittymiseen vaikuttavista tekijöistä.

Menetelmät

Tärkeimmät tavoitteet ovat ehkäistä allergiaoireiden kehittymistä, lisätä väestön sietokykyä allergeeneille, parantaa allergian diagnostiikkaa, vähentää työperäisiä allergioita, käyttää voimavaroja vaikeiden allergioiden hoitoon ja pahenemisen estämiseen sekä vähentää allergian aiheuttamia kustannuksia. Viidelle näistä kuudesta tavoitteesta on asetettu myös määrällinen indikaattori: astman aiheuttamia ensiapukäyntejä esimerkiksi tulee vähentää 10 vuodessa 40 %. Kunkin tavoitteen toteuttamiseksi on määritelty myös tehtävät (mitä pitää tehdä?), työkalut (millä keinoilla?) ja mittarit (mitä seurataan?). Ohjelmaa on toteutettu monimuotoisen koulutuksen, viestinnän ja verkostoitumisen avulla. Terveydenhuollon ammattilaisille on suunniteltu pitkäjänteistä koulutusta, ja potilasjärjestöt ovat toteuttaneet laajaa viestintää väestölle.

Tulokset

Viiden ensimmäisen vuoden tulokset ovat hyviä ja kertovat muutoksen alkaneen. Astmasta johtuvat ensiapukäynnit ja sairaalahoidon tarve ovat puolittuneet. Työperäiset allergiat (hyväksytyt ammattitaudit) ovat vähentyneet 40 %. Lasten allergiaruokavaliot ovat vähentyneet monin paikoin. Allergiasta ja astmasta aiheutuvat suorat terveydenhuollon kustannukset ja työkyvyttömyyden kustannukset vähenivät 2000-luvulla 15 %. Ohjelman aikana 2007–13 nämä kustannukset vähenivät 5 % ja yksin astman osalta 9 %. Vuonna 2013 astma aiheutti 63 % kaikkien allergisten sairauksien suorista terveydenhuollon kustannuksista.

Päätelmät

Kansallista allergiaohjelmaa on toteutettu suunnitelman mukaisesti, ja sekä ammattilaiset että väestö ovat ottaneet sen hyvin vastaan. Käänteinen tapahtunut ja allergian haitat vähenevät. Tämä vahvistaa valittua linjaa. Koska kyseessä on koko väestöön kohdistuva avoin interventio, ohjelman tuloksia tulee myös arvioida kriittisesti.

Allergiasateenvarjon alle kuuluu heterogeeninen joukko oireita, joista suurimman kliinisen ongelman aiheuttavat atooppiset, IgE:n poikkeavaan toimintaan liittyvät sairaudet (kuvio 1). Allergian ehkäisyssä ja hoidossa oireiden aiheuttajien välttäminen on luonnollinen tapa toimia. Välttäminen on kuitenkin vuosikymmenien saatossa laajentunut tuntuvasti, ja siihen on tullut "varmuuden vuoksi ja kaiken mahdollisen välttämisen" piirteitä. Tämä ei ole pysäyttänyt allergiahaittojen ja kustannusten kasvua. Ongelma on globaali (1).

Uusien tutkimustulosten myötä huomio on kääntynyt immunologiseen sietokykyyn, tole-

ranssiin, joka on kehittynyt puutteellisesti nykyisissä kaupunkiväestöissä. Yhteyden heikentyminen monimuotoiseen luontoon ja ravitsemuksen muutokset ovat köyhdyttäneet ja yksipuolistaneet ihon, suoliston ja muiden limakalvojen normaalflooraa, joka kytkee ympäristön vaikutukset immuunijärjestelmään (2,3). Tutkimuksissa huomio on perinteisesti suuntautunut patogeenisiin taudinaiheuttajiin, mutta nyt entistä enemmän immuunijärjestelmän vasteita säätelevään ihmisen mikrobiomiin (mikrobiotan geneettinen kokonaisuus). Oletus on, että sietokyvyn parantaminen ja allergiaterveys-

KIRJALLISUUTTA

- 1 Pawankar R, Canonica GW, Holgate ST, Lockey RF. Allergic diseases as a global public health issue. Kirjassa: Pawankar R, Canonica GW, Holgate ST, Lockey RF, toim. WAO White Book on Allergy 2011–2020:11–20. Milwaukee: WAO 2011.
- 2 von Hertzen L, Hanski I, Haahtela T. Natural immunity. Biodiversity loss and inflammatory diseases are two global megatrends that might be related. EMBO Rep 2011;12:1089–93.
- 3 Hanski I, von Hertzen L, Fyhrquist N ym. Environmental biodiversity, human microbiota, and allergy are interrelated. Proc Natl Acad Sci USA 2012;109:8334–9.
- 4 Haahtela T, von Hertzen L, Mäkelä M, Hannuksela M, Allergiatyöryhmä. Kansallinen allergiaohjelma 2008–2018 – aika muuttaa suuntaa. Suom Lääkäril 2008;63:9–21.
- 5 Sietokyky ja sen parantaminen allergiassa. KTL julkaisuja B/2007.
- 6 Kauppi P, Kämäräinen J, Haahtela T. Kansallinen allergiaohjelma vaatii koulutusta ja työkaluja. Suom Lääkäril 2010;43:3515–20.

den lisääminen voivat tukea kansanterveyttä paremmin kuin välttöstrategia.

Kymmenvuotinen allergiaohjelma (2008–18) on luonut strategian, jolla edistetään sietokykyä ja suunnataan täsmällisemmin allergeenien ja ärsykkeiden välttämistä (4). Ohjelman avulla on pyritty vaikuttamaan paitsi immuunijärjestelmään, myös asenteisiin rohkaisemalla allergias-ta kärsiviä mahdollisimman normaaliin elämään. Lievät allergiaoireet pysyvät ajan saatossa useimmiten lievinä ja monilta jopa katoavat. Medikalisaatio on allergian hoidossa yleistä. Allergisten suuressa joukossa on myös vaikeasti oireilevia, ja heihin halutaan panostaa esimerkiksi lisäämällä tietoa anafylaksiasta ja sen nopeasta hoidosta sekä kehittämällä kroonisen astman ohjattua omahoitoa.

Ohjelmalle on asetettu kuusi tavoitetta tehtävään, työkaluineen ja seurantamittareineen. Raporttoimme, miten ohjelmaa on toteutettu ja mitä tuloksia on tähän mennessä saavutettu.

Menetelmät

Viestien suunnittelu ja testaus

Vuonna 2007 ryhmä asiantuntijoita arvioi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toimeksian-nosta allergian ehkäisyyn ja hoitoon liittyvän tieteellisen näytön (5). Johtopäätös oli, että hoito on parantunut mutta toimiva ehkäisy puuttuu. Allergian välttöstrategia ei toimi väestö-tasolla, vaan tarvitaan uutta näkökulmaa. Allergiaohjelma käynnistettiin keväällä 2008 ja toteuttavasta organisaatiosta tehtiin mahdollisim-

man yksinkertainen. Ohjausryhmään on kuulu-nut 10–12 jäsentä (kuvio 2).

Kaikille tarkoitetut viestit esitetään taulukos-sa 1 ja terveydenhuollolle suunnatut tarkemmat tavoitteet indikaattoreineen tämän artikkelin Tulokset-osassa. Sekä primaari- että sekundaariprevention keskeinen viesti on ollut sietokyvyn lisääminen (taulukko 2).

Viestien hyväksyttävyyttä kysyttiin 744:ltä astmavastuuhenkilönä toimivalta lääkäriltä ja hoitajalta vuonna 2008. Heistä 71 % vastasi kyselyyn (38 % lääkäreitä, 62 % hoitajia, 77 % työskenteli perusterveydenhuollossa) (6). Viesti sietokyvyn parantamisesta sai lääkäreiltä koulu-arvosanan 9,1 ja hoitajilta 8,7. Hoitoketjujen toimivuudessa oli paljon puutteita. Siedätyshoidon saatavuus sai lääkäreiltä huonon arvosanan 5,4.

Allergiapotilailta kysyttiin ohjelman viesteistä vuonna 2011 (7). Vastauksia saatiin 1 094 potilaalta (vastausprosentti 89, naisia 54 %, keski-ikä 45 vuotta), joilla oli erilaisia allergiaoireita. Ensimmäistä pääviestiä ”Tue terveyttä, älä allergiaa” piti parhaana viestinä 54 % vastanneista ja väite ”Altistumisen välttäminen on paras tapa lähestyä allergiaongelmaa” miellytti eniten vain 13 %:a vastaajista.

Ohjelman toteuttaminen on kuvattu liite-aineistossa 1 (liiteaineisto on lehden internet-sivuilla artikkelin pdf-tiedoston liitteenä > Sisällysluettelot > 35/2015).

Tulosten mittaaminen

Monet terveydenhuollon pitkäaikaisrekisterit, kuten sairaaloiden hoitoilmoitusjärjestelmä (HILMO), kuolinsyytilastot ja Kelan rekisterit erityiskorvausoikeuksista ovat tarjonneet arvokasta seurantatietoa. Ammattitauteja säätelee tarkka lainsäädäntö ja vakuutusyhtiöiden ammattitaudeiksi hyväksytyt tapaukset on saatu Työterveyslaitoksen rekisteristä (14).

Vuodesta 2000 HUS:n Iho- ja allergiasairaalassa on ollut vapaaehtoisin ilmoituksiin perustuva anafylaksiarekisteri (15), johon lääkärit koko maasta voivat ilmoittaa vakavat allergiareaktiot aiheuttajasta riippumatta.

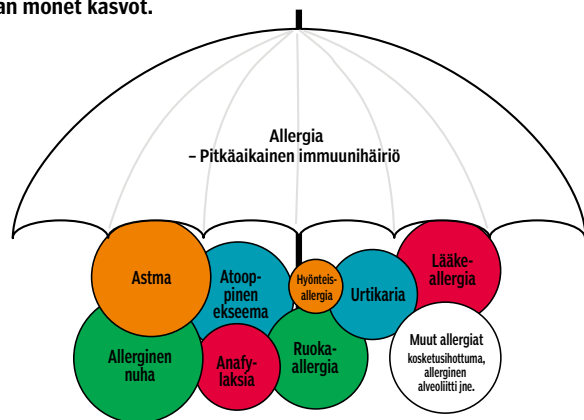
Allergian ja astman aiheuttamat kustannukset on analysoitu käyttäen erilaisia virallisia lähteitä, kuten Kelan tietoja ja Fimean lääketilastoa.

Tulokset

Tässä esitetään ohjelman tuloksia viisivuotis-kaudelta 2008–13 ja joidenkin indikaattorien

KUVIO 1.

Allergian monet kasvat.



- 7 Rantala P. Monimuotoinen elämä allergiaterveystien perustana. Pro Gradu. University of Eastern Finland, Department of environmental sciences 2013.
- 8 Haahtela T, Tuomisto LE, Pietinalho A ym. A 10 year asthma programme in Finland: major change for the better. Thorax 2006;61:663–70.
- 9 Dunder T, Kuitunen M, Mäkelä M ym. ja allergiaohjelman sihteeristö. Lasten allergiat. Ohjeet ehkäisystä, diagnosoinnista ja hoidosta. Suom Lääkäril 2011; Liite 18.
- 10 Duodecim, Suomen Allergologi- ja Immunologiyhdistys. Siedätys-hoito. Käypä hoito -suositusten päivitys. Duodecim 2012;128:108–9.
- 11 Duodecim, Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry, Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry ja Suomen Kliinisen Fysiologian Yhdistys ry. Astman diagnostiikka ja hoito, Käypä hoito -suositus. Duodecim 2013;129:994–5.
- 12 Duodecim, Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry. Ruoka allergia (lapset). Käypä hoito -suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2015 (viitattu 10.2.2015). www.käypähoito.fi
- 13 Haahtela T, toim. Allergiaohjelma viestii ja ohjaa. Allergiakoulu 2014:14–36.
- 14 Työterveyslaitos. Ammattitautirekisteri 2007–2012.
- 15 Mäkinen-Kiljunen S, Haahtela T. Eight years of severe allergic reactions in Finland. A register-based report. WAO Journal 2008; November: 184–9.

TAULUKKO 1.

Allergiaohjelman kaikille tarkoitetut pääviestit.

Tue terveyttä, älä allergiaa.
Vahvista sietokykyä.
Asennoidu allergiaan uudelleen. Älä välttä allergeeneja turhaan.
Tunnista ja hoida vakavat allergiat ajoissa. Estä pahenemisvaiheet.
Paranna ilmanlaatua. Tupakka pois.

kehitystä 2000-luvun alusta. Tulokset esitetään asetettujen tavoitteiden mukaisesti.

Ehkäistään allergiaoireiden kehittymistä

Indikaattori: Astman, allergisen nuhan, atooppisen ekseeman ja kosketushottoman esiintyvyys vähenee 20 %.

Seuranta on liian lyhyt esiintyvyyssuutosten luotettavaan arviointiin. Allergisten oireiden esiintyvyyttä asevelvollisilla seurataan kutsuntatarkastusten perusteella (16). Myös muita seurantoja on suunnitteilla. Vuonna 2008 eurooppalaisen allergiaverkoston tutkimuksessa 2 006 pääkaupunkiseudun 15–75-vuotiaista vastasi puhelinkyselyyn (vakioidut kysymykset). Lääkärin

diagnosoima astma oli 9,7 %:lla ja lääkärin diagnosoima allerginen nuha 21,5 %:lla vastanesta. Atooppista ihottumaa tai ihon allergisia reaktioita oli elämänsä aikana potent 17,6 % (17). Tuloksia varmistettiin tutkimalla pienempi joukko kliinisesti. Heistä, jotka ilmoittivat sairastavansa astmaa, tauti oli lääkärin diagnosoima 91,5 %:lla, mutta vain 54,2 % käytti tutkimushetkellä astmalääkitystä.

Lisätään väestön sietokykyä allergeeneille

Indikaattori: Lasten ruoka-allergiadieetit vähenevät 50 %.

Vuonna 2012 kysyttiin viiden kaupungin päiväkotien ja alakoulujen allergiaruokavalioista (väestö noin 450 000). Päiväkotien aterioista 6 % ja koulujen aterioista 4 % oli allergiaruokavaliota. Koko maassa tämä merkitsee noin 7:ää miljoonaa allergiadieettiä vuodessa (18).

Raumalla (40 000 asukasta) pyydettiin lääkärin tai hoitajan todistusta ruokavalion tarpeellisuudesta. Vanhempien ilmoitus ei enää riittänyt. Vuonna 2011 lapsista 16 %:lla oli erityisruokavaliota, mutta 2013 enää 8 %:lla (lapsia 5 869). Muutos oli suurin 7–12-vuotiailla. Ruokavaliot vähenivät Kotkassa puoleen vuosina 2008–13 ja 30 % Lahdessa, kun dieettien perusteet tarkistettiin. Porvoossa (50 000 asukasta) 11 %:lla lapsista (455/4 200) oli allergiadieetti vuonna 2002, mutta vain 3 %:lla (176/5 622) 10 vuotta myöhemmin, kun dieetin tarpeellisuudesta piti olla lääkärin todistus. Espoossa (260 000 asukasta) päiväkotilapsista 4 %:lla oli allergiadieettejä vuonna 2012, kun uudet suositukset oli otettu käyttöön. Vertailun vuoksi Vantaalla määrä oli vielä kaksinkertainen.

Vuonna 2008 siedätyshoitoa sai Suomessa 3 675 potilasta (7/10 000). Vuonna 2013 luku kasvoi 5 595 potilaaseen (+ 52 %). Hoito on yhä vähäistä verrattuna muihin pohjoismaihin (Norjassa 30/10 000). Siedätyskäsittelylle ei asetettu varsinaista tavoitetta, mutta se on lisääntynyt koulutuksen ja uusien hoitomuotojen, kuten kielenalustablettien (timotei) ja -liuoksen (koivu) myötä.

Parannetaan allergian diagnostiikkaa

Indikaattori: Kaikki potilaat testataan sertifioituissa testauskeskuksissa.

Ihotestaukseen erikoistunut hoitaja koulutti ja auditoi 25 testauskeskusta eri puolella maata, mukaan lukien viisi yliopistosairaalaa. Yhtä lu-

TAULUKKO 2.

Käytännön ohjeita sietokyvyn (toleranssin) vahvistamiseen sekä oireiden ja pahenemisvaiheiden estämiseen.

Herkistymisen ehkäisy, primaaripreventio

Tuetaan imetystä. Kiinteä ravinto aloitetaan 4–6 kk:n iässä.

Ympäristön ja ravinnon altisteita ei vältetä perusteettomasti (ruoka-aineet, kotieläimet).

Luontaista immunitettia vahvistetaan lisäämällä yhteyttä luontoon (mitä syöt, juot, hengität, kosketat).

Säännöllinen liikunta vahvistaa immunitettia.

Kasvis-, juures- ja hedelmä/marjapitoinen ravinto vahvistaa immunitettia

(perinteinen itämerellinen dieetti).

Probioottiset elintarvikkeet tai muut valmistetut saattavat vahvistaa immunitettia.

Valtaosa mikrobeista on hyödyllisiä ja turvaa terveyttä. Antibiootteja vain hyvin perustein.

Tupakka pois (vanhempien tupakointi lisää lapsen astmariskiä).

Pahenemisen ehkäisy ja oireiden hoito, sekundaaripreventio

Luontaista immunitettia vahvistavat keinot, kuten primaaripreventiossa.

Allergeenispesifinen siedätyshoito:

allergeeni sellaisenaan (ruoka-aineet)

kielenalustabletit ja -liuos (timotei, koivu jne.)

ihonalainen pistossiedätys (pistiäiset, pujo, eläinpiteelii)

Limakalvojen ja ihon allerginen tulehdus (inflammaatio) hoidetaan ajoissa ja tehokkaasti.

Tupakointi (myös passiivinen tupakointi) huonontaa astmalääkkeiden tehoa.

KUVIO 2.



- 16 Latvala J, von Hertzen L, Lindholm H, Haahela T. Trends in prevalence of asthma and allergy in Finnish young men: nationwide study, 1966-2003. *BMJ* 2005;330:1186-7.
- 17 Ahlström M. Astma ja allergia pääkaupunkiseudulla. GA2LEN-verkoston tutkimus. Syventävä opinnäytetyö. Helsingin lääketieteellinen tiedekunta 2013.
- 18 Jantunen J, Kauppi P, Linna M ym. Astman ja allergian kustannukset ovat suuret mutta laskussa. *Suom Lääkäril* 2014;69:641-6.
- 19 Kauppi P, Peura S, Salimäki J, Järvenpää S, Linna M, Haahela T. Reduced severity and improved control of self-reported asthma in Finland during 2001-2010. *Asia Pac Allergy* 2015;5:32-9.
- 20 Kauppi P, Linna M, Martikainen J, Mäkelä MJ, Haahela T. Follow-up of the Finnish Asthma Programme 2000-2010: reduction of hospital burden needs risk group rethinking. *Thorax* 2013;68:292-3.
- 21 Jantunen J, Kauppi P, Martikainen JE, Mäkelä M, Haahela T. Allergia- ja astmalääkkeiden kulutus kasvaa, mutta kustannukset pienenevät. *Suom Lääkäril*, painossa.
- 22 Jarvala T, Raitanen J, Rissanen P. 2010. Costs of diabetes in Finland 1998-2007. National Diabetes Programme, Dehko. The Finnish Diabetes Association.
- 23 Teppo H, Revonta M, Haahela T. Allergic rhinitis and asthma have generally good outcome and little effect on quality of life - a 20-year follow-up. *Allergy* 2011;66:1123-5.
- 24 Lindström I, Suojalehto H, Pallasaho P ym. Middle-aged men with asthma since youth - the impact of work on asthma. *J Occup Environ Med* 2013; 55:917-23.
- 25 Reitamo S, Remitz A, Haahela T. Hit early and hit hard in atopic dermatitis and not only in asthma. *Allergy* 2009;64:503-4.

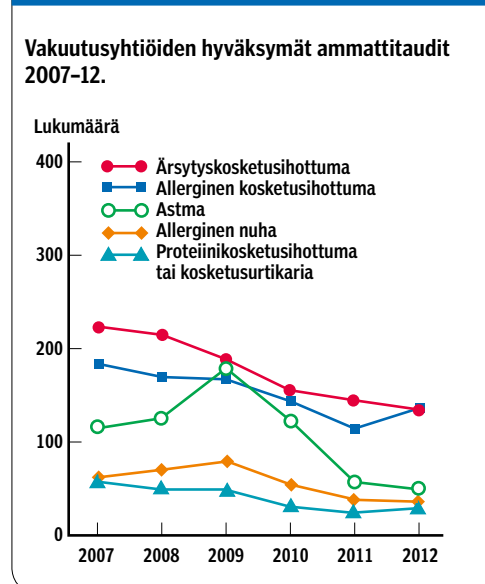
kuun ottamatta kaikki saivat seurannassa myös laatusertifikaatin parannettuaan monin tavoin käytännön työtä. Sertifoidut keskuskeskukset tekevät noin 80-90 % kaikista julkisen terveydenhuollon testauksista.

Vähennetään työperäisiä allergioita

Indikaattori: Työperäiset allergiat vähenevät 50 %.

Vakuutusyhtiöiden hyväksymät allergian aiheuttamat ammattitautitapaukset (astma, allerginen nuha, allerginen ihottuma) vähenevät

KUVIO 3.



638 tapauksesta 384 tapaukseen vuosina 2007-12 (-40 %) (kuvio 3). Muutoksia ei selitä työvoiman väheneminen (2007: työvoima 2 492 000; 2012: työvoima 2 483 000).

Käytetään voimavaroja vaikeiden allergioiden hoitoon ja pahenemisvaiheiden estämiseen

Indikaattori: Allergian hyvä hoito toteutuu koko maassa. Työkalut on kehitetty ohjattuun omahoitoon. Astmasta johtuvat ensiapukäynnit sairaaloissa vähenevät 40 %.

Astmasta johtuvat ensiapukäynnit ovat vähentyneet kaikissa ikäryhmissä, 2000-luvulla kaikkiaan 46 % (kuvio 4). Vähentyminen on ollut tuntuvinta alle 15-vuotiaiden ikäryhmässä, eli 62 %. Maan apteekkeissa astmalääkkeitä ostaville potilaille viikon aikana tehdyn kyselyn mukaan astma oli 2010 lievempi sairaus tai paremmin hallinnassa kuin 10 vuotta aikaisemmin (19). Vain 4 % vastaajista (keski-ikä 49 vuotta) piti sairauttaan vaikeana, kun vuonna 2001 sitä mieltä oli 10 %. Kyselyä edeltäneen vuoden aikana ensiapukäynnit olivat vähentyneet 86 % ja sairaalahoitot 88 %. Kuolleisuus astmaan on pieni, vuosina 2006-13 alle 60-vuotiaasta väestöstä kirjattiin vain keskimäärin 7 tapausta vuodessa (vaihtelu 3-12).

Astman aiheuttamat sairaalahoitopäivät ovat vähentyneet 2000-luvulla 67 % (kuvio 5). Vuonna 2013 noin 2 300 potilasta käytti noin 10 000 hoitopäivää ja keskimääräinen hoitoaika oli 3,7 päivää. Jos sairaalahoitot vielä vähennetään, pitää huomio kiinnittää riskiryhmiin, erityisesti yli 60-vuotiaisiin naisiin (20).

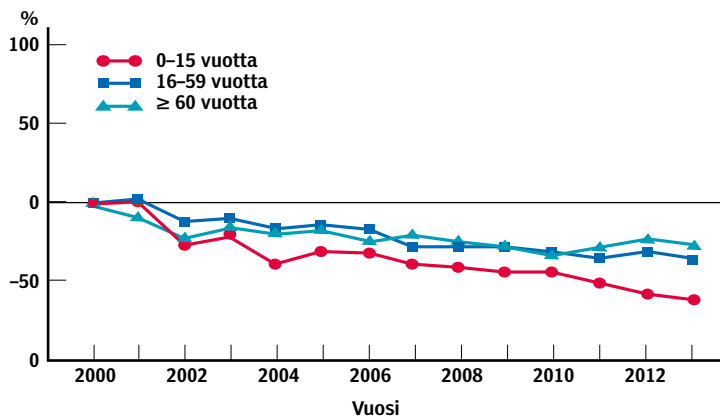
Koulutusta on suunnattu vaikean allergian, kuten anafylaksian, tunnistamiseen ja hoitoon. Siksi ei ole yllättävää, että anafylaksian takia tehdyt ensiapukäynnit sairaaloissa ovat kaksinkertaistuneet 13 vuodessa (297 tapausta vuonna 2000, 358 vuonna 2007 ja 582 vuonna 2013). Lapilla tapaukset ovat kolminkertaistuneet, vaikka määrä on edelleen pieni (61 vs. 182 tapausta). Anafylaktisten reaktioiden esiintyvyyden täsmällistä arviointia vaikeuttaa diagnoosin merkittävien vaihtelujen vaihtelu.

Anafylaksiarekisteriin ilmoitettiin 1 245 tapausta vuosina 2000-14 (43 % lapsia; 74 % kaikista oli saanut ensiapuna adrenaliinia lihakseen, lapsista 82 % ja aikuisista 68 %). Ilmoitetut tapaukset ovat ehkä vain kymmenesosa kaikista tapauksista, mutta edustavat suurta osaa vaikeista, henkeä uhkaavista tapauksista. Anafylaksian

KUVIO 4.

Ensiapukäynnit astman takia iän mukaan.

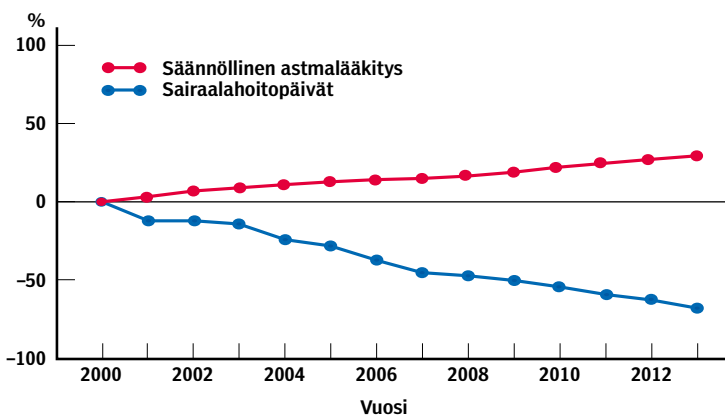
Luvut ovat prosentuaalisia muutoksia vuoden 2000 jälkeen.



KUVIO 5.

Astmalääkkeiden erityiskorvaukseen oikeutettujen määrä (säännöllinen astmalääkitys) ja sairaalahoitopäivät 2000–13.

Luvut ovat prosentuaalisia muutoksia vuoden 2000 jälkeen.



26 Turpeinen M, Pelkonen AS, Selroos O, Nikander K, Haahtela T. Continuous versus intermittent inhaled corticosteroid (budesonide) for mild persistent asthma in children – not too much, not too little. *Thorax* 2012;67:100–2.
 27 Meglio P, Bartone E, Plantamura M, Arabito E, Giampietro PG. A protocol for oral desensitization in children with IgE-mediated cow's milk allergy. *Allergy* 2004;59:980–7.

aiheuttajat poikkeavat toisistaan lapsilla (73 % ruoka-aineet, 9 % lääkkeet) ja aikuisilla (40 % ruoka-aineet, 39 % lääkkeet) (kuvio 6). Anafylaksia aiheutti 41 kuolemaa vuosina 1998–2013: anafylaksian syynä oli ampiaisen pisto 18 tapauksessa, mehiläisen pisto 1:ssä, lääkeaineet 15:ssä ja ruoka-aineet 4 tapauksessa (1 pähkinä). Epäselväksi syy jäi 3 tapauksessa.

Vähennetään allergian aiheuttamia kustannuksia
 Indikaattori: Allergian kustannukset vähenevät 20 %.

Vuonna 2013 allergiasta ja astmasta aiheutuneet suorat terveydenhuollon kustannukset (lääkkeet, sairaalapäivät, poliklinikkakäynnit, kuntoutus, allergiadieetit kouluissa, Kela-korvaukset pienten lasten erityismaitovalmisteista) olivat 328 miljoonaa euroa (18). Suorat ja epäsuorat kustannukset (sairauslomat, työkyvyttömyyseläkkeet, tuotannon menetykset) olivat yhteensä 1,3–1,6 miljardia euroa, eli epäsuorat kustannukset olivat 3–4 kertaa suuremmat kuin suorat kustannukset (kuvio 7). Astma aiheutti 63 % kaikista allergisten sairauksien suorista kustannuksista ja lääkkeet taas puolet astmakustannuksista.

2000-luvulla allergian ja astman suorat kustannukset lisättyinä työkyvyttömyyskustannuksilla vähenevät 15 % (kuvio 8). Allergiaohjelman aikana (2007–13) kustannukset vähenevät 386 miljoonasta eurosta 367 miljoonaan euroon (– 5 %). Astmaohjelma 1994–2004 tuotti jo merkittäviä kustannussäästöjä (10). Allergiaohjelman aikana astman suorat kustannukset lisättyinä työkyvyttömyyskustannuksilla pienenevät edelleen 257 miljoonasta eurosta 235 miljoonaan euroon (– 9 %).

Pohdinta

Monet terveysindikaattorit osoittavat, että allergian aiheuttama taakka potilaille ja yhteiskunnalle on tasoittumassa ja näyttää kevenevän. Astman suhteen tämä on erityisen selvää, kun ensiavun ja sairaalahoidon tarve on vähentynyt tuntuvasti koko maassa. Vain pieni osa astmapotilaista pitää tautiaan vaikeana, mikä kertoo oireiden paremmasta hallinnasta hoidon kehittymisen myötä. Astma diagnosoidaan varhemmin, mikä voi estää kroonistumista ja vähentää vaikeita tapauksia.

Allergian vaikeat yleisreaktiot, anafylaksiat, tuovat ihmisiä aikaisempaa enemmän ensiapupoliklinikoille. Toistaiseksi on epäselvää, onko kyseessä parempi tietoisuus vai vakavien reaktioiden todellinen lisääntyminen. Potilasmäärät ovat kuitenkin yhä pieniä.

Työperäiset allergiat ovat vähentyneet ehkäisevien toimien mutta myös työtehtävien muuttamisen myötä.

Päiväkotien ja koulujen allergiaruokavalit ovat parhaimmillaan vähentyneet puoleen siellä, missä asiaan on kiinnitetty huomiota ja uudet ohjeet otettu käyttöön.

- 28 Salmiviesi S, Korppi M, Mäkelä MJ, Paasilta M. Milk oral immunotherapy is effective in school-aged children. *Acta Paediatr* 2013;102:172–6.
- 29 Fiocchi A, Pawankar R, Cuellar-Garcia C ym. World Allergy Organization-McMaster University Guidelines for Allergic Disease Prevention (GLAD-P): Probiotics. *World Allergy Organ J* 2015;8:4.
- 30 Chung EH, Seo SH, Seo HJ, Jou HM, Kim YA, Kim YT. Prevention & control of asthma and allergic diseases in Korea. *WAO XXII World Allergy Congress; 2011 Dec 4–8; Mexico, Cancun, Milwaukee: WAO; 2011. Abstract 4114.*

Kaikkien allergisten sairauksien suorat kustannukset, työkyvyttömyys mukaan lukien, ovat 2000-luvulla vähentyneet 15 %. Kalleimman sairauden, astman, kustannukset ovat vähentyneet allergiaohjelman aikana 9 %. Suurimman osan kustannuksista aiheuttavat astmalääkkeet. Allergia- ja astmalääkkeiden kustannukset kasvoivat koko 2000-luvun samoin kuin kaikki lääkekustannukset Suomessa, mutta allergia- ja astmalääkkeiden kustannukset kääntyivät hie-man yllättäen laskuun 2012–13 (21). Vertailun vuoksi diabeteksen suorat kustannukset vuosi-

na 2000–2007 nousivat 60 % ja työkyvyttömyyden kustannukset 50 % (22).

Allergiaohjelma on ollut keskeisten toimijoiden yhteinen ponnistus. Suunnitteluvaiheeseen osallistuivat viranomaiset, kansanterveystieteilijät, potilasjärjestöt, hoitajat, apteekki- ja ravitsemuksen asiantuntijat, yleislääkärit ja allergologit. Tämä joukko verkostoitui tehokkaasti niin paikallisten asiantuntijoiden, äitiys- ja lastenneuvoloiden, päiväkotien, koulujen, ravitsemuspalveluksista vastaavien kuin potilasyhdistystenkin kanssa.

Terveydenhuollon järjestelmät ovat monimutkaisia ja usein kerroksittaisia, jos eivät suorastaan päällekkäisiä. Lähtökohdat ovat usein konservatiivisia: ”Näin on meillä aina tehty” (kuvio 9). Oli osin yllätys, että ohjelman pääviestit otettiin kentällä niin hyvin vastaan ja koettiin, että askel hoidosta kohti ehkäisyä on oikea. Myös aktiivisempi ote vaikeiden tapausten hoitoon sai kiitosta.

Allergian hoito muuttumassa

Lievät allergiaoireet ovat erittäin yleisiä eikä niitä pidä tarpeettomasti medikalisoida. Ennuste ja paranemistaipumus, erityisesti lapsilla ja nuorilla, on useimmiten hyvä (23). Kun noin 400:aa suomalaista asevelvollisuutta suorittanutta astmaatikkoa seurattiin 20 vuotta, heistä puolet oli melkein tai kokonaan oireettomia 40 vuoden iässä (24).

Ohjatun omahoidon korostaminen on hyödyllistä. Jos potilas tuntee oireiden lisääntyvän, esimerkiksi astmaatikko hengitystieinfektion yhteydessä, hän lisää lääkitystä tai aloittaa sen ohjeiden mukaan. Ensin otetaan tilanne hallintaan, ja sen jälkeen voi miettiä yhdessä lääkärin tai hoitajan kanssa, onko ylläpitohoito riittävä kohtausten estämiseksi. Pitkälti samat linalaisuudet pätevät muissakin tulehduksellisissa oireissa, kuten atooppisessa ihottumassa (25).

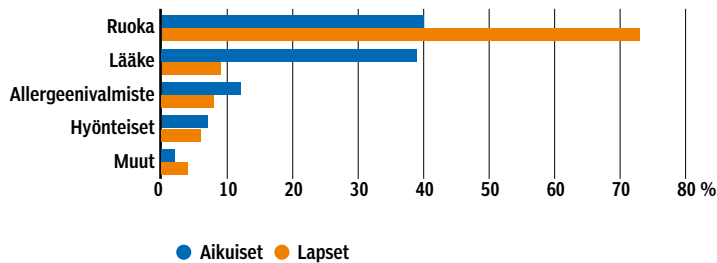
Jaksoittainen hoito voi täyttää hyvin tehtävänä lasten astman hoidossa, jos se aloitetaan ennakoivasti, kun oireet voimistuvat (26). Tämä edellyttää vanhempien ohjaamista niin, että he tunnistavat pahenemisvaiheen merkit ja aloittavat heti lääkityksen.

Lääkkeet eivät muuta allergisen potilaan immuunivastetta allergeeneille. Sen tekee vain siedätyshoito. Siedätyksen suosio lisääntyy, sillä valtaosa siedätyksestä on nykyään toteutettavissa tableteilla ja liuoksella. Ne ovat kuitenkin vie-

KUVIO 6.

Allergyallergian aiheuttajat lapsilla ja aikuisilla vuosina 2000–14.

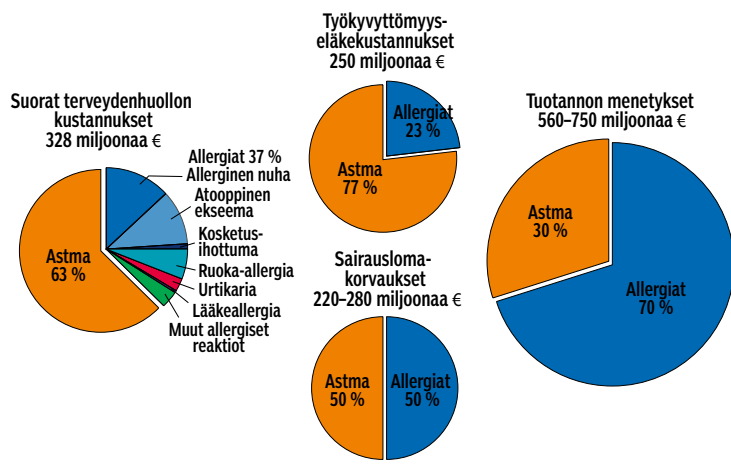
Rekisteriin ilmoitettiin 1 245 tapausta.



KUVIO 7.

Astman ja allergian suorien ja epäsuorien kustannusten jakautuminen vuonna 2013.

Kokonaiskustannukset olivat 1,3–1,6 miljardia euroa.



Medikalisatio on allergian hoidossa yleistä.

- 31 Lalloo UG, Walters RD, Adachi M ym. Asthma programmes in diverse regions of the world: challenges, successes and lessons learnt. *Int J Tuberc Lung Dis* 2011;15:1574–87.
- 32 Herland K, Akselsen JP, Skjonesberg OH, Bjerner L. How representative are clinical study patients with asthma or COPD for a larger "real life" population of patients with obstructive lung disease? *Respir Med* 2005;99:11–9.
- 33 Bousquet J, Dahl R, Khaltaev N. Global alliance against chronic respiratory diseases. *Eur Respir J* 2007;29:233–9.
- 34 Bousquet J, Anto J, Auffray C ym. MeDALL (Mechanisms of the Development of ALLergy): an integrated approach from phenotypes to systems medicine. *Allergy* 2011;66:596–604.
- 35 Boulet LP, FitzGerald JM, Levy ML ym. A guide to the translation of the Global Initiative for Asthma (GINA) strategy into improved care. *Eur Respir J* 2012;39:1220–9.
- 36 Bousquet J, Schünemann HJ, Samolinski B ym. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA): achievements in 10 years and future needs. *J Allergy Clin Immunol* 2012;130:1049–62.

lä kalliita. Terveydenhuollon toimipistettä tarvitaan alkuvaiheen jälkeen vain joidenkin edelleen pistoksina annettavien allergeenien siedätyksessä (esimerkiksi ampiaissiedätyks).

Allergiaruokavalioissa tapahtui suuri muutos, kun niiden tarvetta tarkasteltiin kriittisesti. Päiväkotilasten ja koululaisten vanhempien täyttämät "rasti ruutuun" -välttölistat ohjasivat ajattelua väärään suuntaan, ja ne on julistettu pannaan. Nyt pitää perustella, mitä vältetään, mihin välttö perustuu ja kuinka asiaa seurataan. Yliopistoklinikat alkoivat myös tutkia ruokasiedätystä (maito, vehnä, kananmuna, maapähkinä), josta kerätään tietoa ja kokemusta (27,28). Vaikean ruoka-allergian siedättäminen on erikoisklinikan tehtävä eikä sovi perusterveydenhuoltoon. Hoito on kuitenkin auttanut monia perheitä, joissa vakava ruoka-allergia on ollut suuri huolen aihe.

Lasten allergian uudet hoito-ohjeet mainitsevat myös probiootit, mutta niitä ei ole vielä aktiivisesti suositeltu, sillä hyödyistä kiistellään (29).

Allergian hyvän hoidon esteitä

Monet lääkärit hoitavat allergiapotilaita. Yleislääkärit ottavat vastuuta entistä enemmän aikuispotilaiden hoidosta. Melkein kaikki merkittävästi allergiset lapset ovat lastenlääkärien hoidossa. Suomessa on ollut se etu, että HYKS:n Iho- ja allergiasairaala on ollut allergiaan liittyvien erikoisalojen keskittymä, ja tämä on auttanut luomaan kokonaiskuvaavaa oireista ja hoidosta. Se on hionut myös lapsia ja aikuisia hoitavien lääkäreiden yhteistyötä erityisesti nuorten hoidossa, esimerkkinä Iho- ja allergiasairaalan nuorisopoliklinikka. Lastenlääkärien seurannasta pudonneet teini-ikäiset ja nuoret aikuiset eivät useinkaan löydä tietään aikuislääkärille. Vuonna 2015 panostetaan nuorten ammatinvalinnanohjaukseen ja laaditaan yhteistyössä Työterveyslaitoksen kanssa nuorille suunnattu "Töissä terveenä" -internetsivusto.

Kansallinen allergiaohjelma on klinisen yhteistyön ja allergian syihin paneutuvan tutkimustyön jatkumo ja myös kansainvälinen esimerkki. Vastaavaa ohjelmaa ei ole toteutettu vielä missään muualla Euroopassa, mutta vuonna 2015 Norja ja Saksa ovat aloittamassa ohjelmaa Suomen mallin mukaan. Etelä-Koreassa on käynnissä allergian "awareness program", joka lisää tietoisuutta näistä sairauksista (30). Myös eurooppalaisella allergia-ammattilaisten kattojärjestöllä (EAACI) on menossa "awareness campaign" 2014–15 (www.bewareofallergy.com).

Toteutettuja astmaohjelmia arvioi kansainvälinen ryhmä (31). Ryhmä katsoi, että suurimmat onnistumisen esteet ovat: 1) hoito-ohjeista (guidelines) ei tiedetä tai niistä ei välitetä, 2) jatkuvan koulutuksen kulttuuri puuttuu eikä perusterveydenhuollon lääkäreitä kouluteta, 3) tehokkaimpia lääkkeitä ei osata käyttää tai niitä ei ole saatavissa, 4) astmaa ei tunnisteta ja sitä alihoidetaan raskaasti. Suomessa tilanne on parempi, mutta ohjelmat eivät onnistu, jos perusterveydenhuolto ja arjen työntekijöitä (tässä tapauksessa myös neuvoloissa, päiväkodeissa ja kouluissa) ei saada mukaan. Tärkeää on toimia yhteistyössä potilasjärjestöjen kanssa, jotta allergisten sairauksien ennaltaehkäisyyn, diagnostiikkaan ja hoitoon liittyvä tieto olisi riittävän yhdenmukaista.

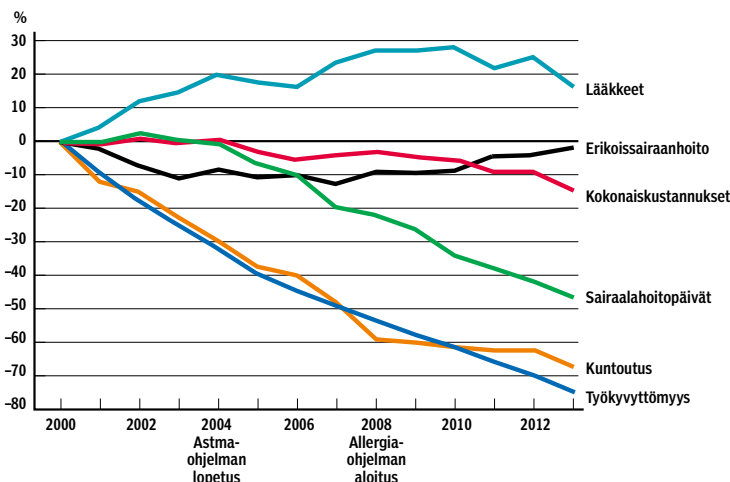
Tulosten arviointi

Ohjelman kohde on koko maan väestö, eikä mukaan ottamisen tai poissulkemisen kriteerei-

KUVIO 8.

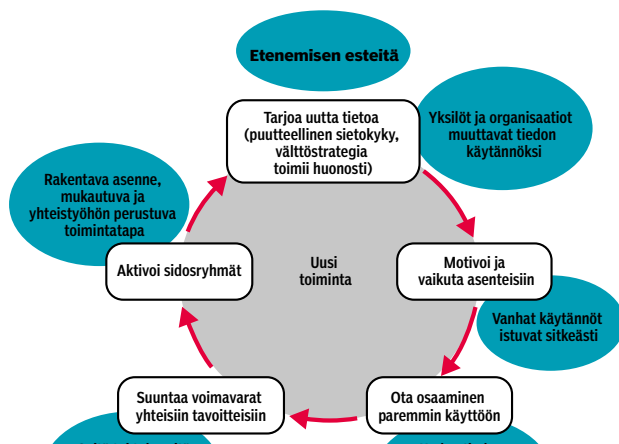
Astman ja allergian kustannusten kehitys 2000–13.

Mukana ovat lääkekustannukset, erikoissairaanhoido, kuntoutus ja työkyvyttömyyseläkkeet. Luvut ovat prosentuaalisia muutoksia vuoden 2000 jälkeen.



KUVIO 9.

Ohjelman toteuttamisen ydinasioita ja esteitä.



Allergian aiheuttama taakka potilaille ja yhteiskunnalle näyttää kevenevän.

tä ole. ”Real-life” -tutkimus on altis kritiikille, koska verrokkiryhmä puuttuu (32). Mitä olisi tapahtunut ilman ohjelmaa? Esimerkiksi astman sairaalahoidon väheneminen alkoi jo astmaohjelman aikaan. Joitakin vertailuasetelmia syntyy ajan kuluessa, kun yhdellä alueella toimitaan ja toisella ei. Olsiko ulkomaisesta vertailusta hyötyä? Voitaisiinko arvioida esimerkik-

si Ruotsin muutoksia? Tätä on harkittu, mutta terveydenhuollon järjestelmät ovat kuitenkin niin erilaiset, että luotettavia vertailuja on vaikea tehdä. Allergiaohjelma on luonut uuden, aktiivisen ja innostuneen ilmapiirin ongelmien hoitamiseksi ja ehkäisemiseksi. Se on kääntänyt suuntaa ja saanut terveydenhuollon ammattilaiset ja potilasjärjestöt työskentelemään yhteisten, selvästi määriteltyjen ja mahdollisten tavoitteiden hyväksi. Se on jo tulos.

Lisätietoja ohjelman rahoituksesta, ohjelmatyössä mukana olleista ja sitä tukeneista asiantuntijoista sekä kansainvälisestä yhteistyöstä liiteaineistossa 2 (liiteaineisto on lehden internet-sivuilla artikkelin pdf-tiedoston liitteenä > Sisällysluettelot > 35/2015). ●

SIDONNAISUUDET

- Tari Haahtela: luentopalkkiot (Orion Pharma, MSD, Filha).
- Erkka Valovirta: konsultointipalkkiot (TEVA, ALK-Abello, NEDA), matkakorvaus (ALK-Abello).
- Leena von Hertzen: apuraha (terveyden edistämisen määräraha 2008–11), työsuhde (Suomen Akatemia, hankerahoitusta tutkijana 2003–11), apurahat (Liv o. Hälisa r.f. 2010).
- Juha Jantunen: työsuhde (Allergia- ja Astmaliitto).
- Paula Kauppi: työsuhde (HYKS, Iho- ja allergiasairaala), apurahat (SAIY 2014).
- Tuula Ketola: työsuhde (Raha-automaattiyhdistys, hankerahoitus Allergiaohjelman väestöviestintähankkeeseen).
- Irmeli Lindström: työsuhde (Työterveyslaitos), apurahat (Työsuojelurahastolta Työterveyslaitokselle), luentopalkkiot (GSK, Boehringer-Ingelheim, Chiesi Pharma, Orion Pharma, Mundipharma), korvaus koulutusaineiston tuottamisesta (GSK), matka-, majoitus- tai koulutuskulut (Ratiopharma, Chiesi Pharma).
- Soili Mäkinen-Kiljunen: konsultointi, asiantuntijalausunto, luentopalkkiot (Thermo Scientific).
- Ilkka Repo: työsuhde (Allergia- ja Astmaliitto ry).
- Kimmo Saarinen: työsuhde (Allergia- ja Astmaliitto ry, Raha-automaattiyhdistys, hankerahoitus Allergiaohjelman väestöviestintähankkeeseen).
- Mika J. Mäkelä: luentopalkkiot (Orion Pharma, GSK).
- Matti Hannuksela, Tiina Laatikainen, Miika Linna, Sirpa Pajunen, Anna Pelkonen, Leena Petman, Mervi Puolanne, Johannes Savolainen, Erja Tommila, Tuula Vasankari: ei sidonnaisuuksia.

English summary | www.laakarilehti.fi | in english

Finnish nationwide allergy programme at mid-term – Change of direction producing results

TARI HAAHELA
Professor Emeritus
Skin and Allergy Hospital
Helsinki University Hospital,
University of Helsinki

ERKKA VALOVRTA
MATTI HANNUKSELA
LEENA VON HERTZEN
JUHA JANTUNEN
PAULA KAUPPI
TUULA KETOLA
TIINA LAATIKAINEN
IRMELI LINDSTRÖM
SOILI MÄKINEN-KILJUNEN
MIIKA LINNA
SIRPA PAJUNEN
ANNA PELKONEN
LEENA PETMAN
MERVI PUOLANNE
ILKKA REPO
KIMMO SAARINEN
JOHANNES SAVOLAINEN
ERJA TOMMILA
TUULA VASANKARI
MIKA J. MÄKELÄ

Finnish nationwide allergy programme at mid-term – Change of direction producing results

Introduction

No nationwide, comprehensive public health programmes for allergic disorders that include set goals and systematic follow-up have previously been reported. The Finnish allergy programme 2008-2018 targets the allergy epidemic caused mainly by impaired development of tolerance. The programme's setting is a real-life intervention.

Methods

The aim of the 10-year Finnish implementation programme is to promote health and reduce the burden of allergies. The main goals are to (1) prevent development of allergic symptoms, (2) increase tolerance against allergens, (3) improve diagnostic quality, (4) reduce workplace-related allergies, (5) allocate resources to severe allergy and asthma, and (6) reduce overall costs. Indicators for the goals are quantitative, such as reduction of asthma emergency visits by 40% in 10 years. For each of the predefined goals, specific tasks, tools, and outcome evaluation methods were stipulated. A large-scale educational programme for both health-care professionals and the lay public followed.

Results

The first 5-year results of the programme indicate rapid changes for the better. Asthma emergency visits and hospital days were halved. Occupational allergies fell by 40%. In the first decade of the 2000s, the direct allergy and asthma costs together with costs for disability pensions fell 15%. During the early years of the programme, 2007-2013, these costs have fallen from € 386 to 367 million (-5%). Asthma costs decreased by 9% and comprised 63% of all costs.

Conclusions

Our revisiting of the allergy paradigm has led to actions relevant to society and health-care as a whole. The mid-term results of the programme indicate that the burden of allergy and asthma in the Finnish society has started to decline.

KIRJOITTAJAT

TARI HAAHELA

professori, emeritus
HYKS, Iho- ja allergiasairaala, Helsingin yliopisto

ERKKA VALOVRTA

dosentti, professori hc.
Turun yliopisto, keuhkosairausoppi ja kliininen allergologia, Allergian ja hengitystiesairauksien eurooppalainen potilasjärjestö (EFA)

MATTI HANNUKSELA

professori, Iho- ja sukupuolitautilien sekä allergologian erikoislääkäri
Allergia- ja Astmaliitto

LEENA VON HERTZEN

dosentti, tutkimusjohtaja
Yrjö Jahnssonin säätiö

JUHA JANTUNEN

FT, tutkija
Allergia- ja Astmaliitto

PAULA KAUPPI

LT, dosentti, keuhkosairauksien ja allergologian erikoislääkäri, osastonylilääkäri
HYKS, Iho- ja allergiasairaala, Tulehduskeskus/
allergiaklinikka

TUULA KETOLA

viestinnän asiantuntija
Hengityслиitto

TIINA LAATIKAINEN

LT, professori
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos ja
Itä-Suomen yliopisto, kansanterveystieteen ja
kliinisen ravitsemustieteen laitos

IRMELI LINDSTRÖM

LT, erikoislääkäri
Työterveyslaitos

SOILI MÄKINEN-KILJUNEN

dosentti, sairaalakemisti
HYKS, Iho- ja allergiasairaala

MIIKA LINNA

TKT, dosentti, tutkimuspäällikkö
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

SIRPA PAJUNEN

toiminnanjohtaja
Iholiitto

ANNA PELKONEN

dosentti, lastentautien ja lasten allergologian erikoislääkäri
HYKS, Iho- ja allergiasairaala

LEENA PETMAN

erikoissairaanhoitaja
HYKS, Iho- ja allergiasairaala

MERVI PUOLANNE

järjestöjohtaja
Hengityслиitto

ILKKA REPO

toimitusjohtaja
Allergia- ja Astmaliitto

KIMMO SAARINEN

dosentti, instituutin johtaja
Allergia- ja Astmaliitto

JOHANNES SAVOLAINEN

kliinisen allergologian professori
Turun yliopisto, keuhkosairausoppi ja
kliininen allergologia

ERJA TOMMILA

erikoissairaanhoitaja, projektivastaava,
Kansallinen allergiaohjelma 2008–2018
Filha (Finnish Lung Health Association)

TUULA VASANKARI

LT, dosentti, keuhkosairauksien erikoislääkäri,
pääsihteeri
Filha (Finnish Lung Health Association)

MIKA J. MÄKELÄ

professori, vastaava ylilääkäri
HYKS, Iho- ja allergiasairaala, Helsingin yliopisto

Ohjelman toteuttaminen

Terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksen on toteuttanut Filha (Finnish Lung Health Association, entinen Suomen Tuberkuloosin vastustamisyhdistys), joka on tuberkuloosin ja keuhkosairauksien asiantuntijajärjestö. Väestöviestinnästä ovat vastanneet yhteistyössä potilasjärjestöt Allergia- ja astmaliitto, Hengityслиitto ja Iholiitto.

Yhdyshenkilöverkosto

Suomessa on 21 sairaanhoitopiiriä ja noin 250 terveyskeskusta, yli 700 äitiys- ja lastenneuvolaa ja noin tuhat työterveysasemaa, joista noin kolmannes on yksityisiä. Astmavastuuverkosto luotiin jo astmaohjelman 1994–2004 aikana (8), ja vuonna 2008 terveydenhuollossa oli noin 1 500 astmavastuuhenkilöä: lääkäreitä, hoitajia ja farmaseutteja. Tämä verkosto aktivoitiin ja sitä vahvistettiin allergiaohjelmaa varten esimerkiksi noin 160 hoitajalla äitiys- ja lastenneuvoloissa ja kouluissa. Vuoden 2014 loppuun mennessä oli perustettu 12 alueellista allergiatyöryhmää. Niiden avulla asiantuntijat ovat auttaneet uusien ohjeiden ottamista käyttöön ja järjestäneet alueellista koulutusta.

Terveydenhuollon koulutus

Filhan erikoissairaanhoitaja on koordinoinut koulutusta ja työskennellyt kentällä yhdessä lasten allergologin kanssa. He ovat olleet mukana kaikissa alueellisissa koulutuksissa yhdessä paikallisten asiantuntijoiden kanssa vuosina 2008–14.

Sairaanhoitopiireissä koulutusta on toteutettu kolmessa vaiheessa: 1) keskussairaaloissa neljän tunnin ohjelman esittely asiantuntijoille, koulutuskoordinaattoreille ja potilasjärjestöjen kouluttajille, 2) suurimmissa terveyskeskuksissa muutaman tunnin tai puolen päivän tilaisuudet ja 3) keskussairaaloissa yhden päivän allergiakurssit. Vuosina 2008–14 Filha on organisoinut 254 tilaisuutta, joissa oli noin 15 000 osallistujaa (25 % lääkäreitä, 55 % hoitajia, 8 % farmaseutteja tai proviisoreita ja 12 % muita, kuten potilasjärjestöjen jäseniä).

Tärkeimmät koulutuksen aiheet ovat olleet lasten allergiaterveys, anafylaksia, ruoka-allergia, tietokyky sekä astma ja allerginen nuha. Tilaisuudet ovat olleet työpaikoilla työaikana ja ilmaisia osallistujille. Lisäksi Allergiaohjelma ja allergiaan liittyvää tietoa on tuotu asiantuntijoiden käyttöön Terveysportti-portaaliin.

Lasten allergioista on julkaistu uudet, selkeät ja käytännölliset ohjeet (9). Ruoka-allergian, siedätyshoidon ja astman Käypä hoito -suositukset on uudistettu (10,11,12). Ohjattua omahoitoa varten on tehty niin sanottuja repäisylehtiöitä, eli yksinkertaisia ohjeita annettavaksi potilaalle pahenemisvaiheiden estämiseksi (astma, pienten lasten astma, allerginen nuha, lasten atooppinen ihottuma, aikuisten atooppinen ihottuma, urtikaria, käsi-ihottuma, ihon hoito, anafylaksia ja tupakoinnin lopettaminen) (13). Omahoito-ohjeet ovat sähköisinä Terveysportissa sekä Allergia- ja Astmaliiton (www.allergia.fi) ja Filhan (www.filha.fi) sivuilla. Potilasjärjestöt ovat tehneet uusia ohjeita esimerkiksi parempaan rakentamiseen ja korjaamiseen sekä toimintaohjeita epäiltäessä sisäilmaongelmaa. Ne ovat järjestäneet paikallisia tilaisuuksia avain- ja tukihenkilöille. Niistä on ollut erityistä apua aineiston jakamisessa ja vertaistoiminnassa.

Koulutusta ja informaatiota on annettu myös apteekkien ja päiväkotien henkilöstölle sekä koulu-ruokailusta vastaaville. Apteekkariliitto on tuottanut aineistoa ja toteuttanut kampanjan allergisen nuhan ja atooppisen ekseeman ehkäisystä ja hoidosta vuosina 2009–12. Lastentarhanopettajaliitto on suunnitellut projektin ”Luonto lähelle ja terveydeksi” yhdessä väestöviestinnästä vastaavien kanssa. Hanke alkoi vuonna 2014 kokeiluna Etelä-Karjalassa. Jos kokeilu onnistuu, toiminta voi laajentua koko maahan.

Potilaat ja väestöviestintä

Vuonna 2011 Allergia- ja astmaliitto, Hengityслиitto ja Iholiitto aloittivat yhteisen väestöviestintähankkeen lisätäkseen jäsentensä ja allergisen väestönsä tietoa. Tähän on käytetty internetiä (allergiaterveys.fi), sosiaalista mediaa (Facebook, Suomi24), bannerikampanjoita, radiouutisia ja -mainoksia sekä TV-uutisia ja puheohjelmia unohtamatta perinteistä painettua mediaa (lehdet, oppaat, julisteet). Seurannan mukaan on vuosina 2011–13 tavoitettu noin kolmasosa suomalaisista. Viestinnässä on painotettu valmiuksia parantaa allergiaterveyttä, tietokykyä ja pahenemisvaiheiden havaitsemista sekä hoitoa.

Ohjelman rahoitus

Sosiaali- ja terveysministeriön terveydenedistämisen rahastosta on saatu vuosittain 60–65 000 € ohjelman koulutukseen ja koordinointiin. Filha on järjestänyt terveydenhuollon koulutuksen, jonka vuosibudjetti on noin 180 000 €. Potilasjärjestöt, Allergia- ja astmaliitto, Hengityслиitto ja Iholiitto ovat toteuttaneet yhdessä väestöviestintähanketta, jota on rahoittanut Raha-automaattiyhdistys noin 175-200 000 €:lla vuodessa. Lahja ja Väinö Kiven säätiö on rahoittanut ohjelmaa 30 000 €:lla. Suomen Akatemia, HUS (EVO-rahoitus), Jane ja Aatos Erkon säätiö ja Sigrid Juseliuksen säätiö ovat rahoittaneet tutkimusta, joka on luonut allergiaohjelman pohjan.

Kiitokset

Kiitämme seuraavia asiantuntijoita, jotka ovat olleet mukana ohjelmatyössä tai muuten tukeneet hanketta merkittävästi: Jean Bousquet, Teija Dunder, Marina Erhola, Liisa Hyssälä, Minna Kaila, Ritva Kauppinen, Lola Killström, Timo Klaukka†, Krista Korhonen, Antti Lauerma, Jorma Lauharanta, Jan Lindgren, Karin Lodrup-Carlsen, Kai Håkon Carlsen, Satu Lähteinen, Jaana Martikainen, Tapani Melkas, Pertti Paakkinen, Juha Pekkanen, Sirpa Peura, Anne Pietinalho, Anneli Pouta, Pekka Puska, Kari Reijula, Rille Repo, Veli-Matti Risku, Johanna Salimäki, Riitta Sauni, Nella Savolainen, Elina Toskala, Outi Vaarala, Petra Vidgren ja Erkki Vartiainen. Kiitämme myös alueellisia allergiatyöryhmiä ja paikallisia asiantuntijoita, jotka ovat koordinoineet ja toteuttaneet ohjelmaa käytännössä. Suomalainen lääkäriseura Duodecim on tukenut ohjelmaa liittämällä allergiaohjelman Terveysporttiin. Lääketeollisuus on osin tukenut Filhan järjestämiä terveydenhuollon ammattilaisten koulutustilaisuuksia ja ohjatun omahoidon ohjeiden painatusta ja jakelua. Lääketeollisuus ei ole vaikuttanut koulutusohjelmien tai ohjeiden sisältöön.

Kansainvälinen yhteistyö

Suomen ohjelman yhteistyötahoja ovat olleet Maailman allergiajärjestö (WAO) (1), WHO:n GARD-ohjelma (Global Alliance of Chronic Respiratory Diseases) (33) ja alan eurooppalainen potilasjärjestö (EFA). Ohjelma on otettu malliksi EU:n seitsemännen puiteohjelman rahoittamassa hankkeessa (MeDALL, Mechanisms of Development of Allergy) (34). Ohjelma on myös hyötynyt yhteistyöstä Euroopan allergiaverkoston (GA2LEN) kanssa ja kansainvälisistä hoito-ohjelmista, kuten Global Initiative for Asthma (GINA) (35) ja Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) (36). Yhteistyötä on myös ollut eurooppalaisen potilasjärjestön (EFA) kampanjan kanssa (Respiratory Allergy Awareness Project 2010–2014).