



WHO:n tavoitetta verenpaineen laskussa ei saavuteta ilman ravitsemusmuutoksia ja hoidon tehostamista

JOHDANTO

Päälöydökset

- WHO:n tavoite 25 prosentin laskusta kohonneen verenpaineen esiintyvyydessä on saavutettavissa, mutta vaatii sekä väestön ravitsemusmuutoksia että hoidon tehostamista.
- Kohonneen verenpaineen diagnostiikkaa ja hoitoa tulee tehostaa, jotta hyvän hoidon tavoitteisiin päästäisiin nykyistä paremmin.
- Suolan saanti Suomessa on edelleen korkealla tasolla ja WHO:n 30 % laskun tavoitteeseen pääseminen edellyttää aktiivisia toimia yhteiskunnan eri aloilla.

Maailman terveysjärjestö WHO on julkaissut kansantautien ehkäisyn ja hoidon toimintaohjelman vuosiksi 2013–2020. Ohjelmaan on kirjattu terveystoimintaa ja käytännön toimintaa koskevia ehdotuksia. Tavoitteena on, että jäsenvaltiot saavuttaisivat mahdollisimman monta yhdeksästä, kansainvälisesti asetusta kansantautien ehkäisyyn ja hoitoon liittyvästä tavoitteesta vuoteen 2025 mennessä. Tavoitteiden toteutumista seurataan 25 indikaattorilla, jotka kuvaavat kuolleisuutta, kansantautien riski- ja suojatekijöitä sekä ehkäisyn ja hoidon mahdollisuuksia ja toteutumista. Tarkastelun lähtövuotena on 2010.

WHO:n ohjelma kohdistuu erityisesti neljään tärkeään tautiryhmään: sydän- ja verisuonitaudit, syöpäsairaudet, diabetes ja krooniset keuhkosairaudet. Sairauksien ehkäisyssä kiinnitetään huomiota elintapatekijöihin: tupakointi, epäterveellinen ravinto, liikunnan puute ja haitallinen alkoholin käyttö.

Suomessa on tehty selvitys kansantautien ja niiden riskitekijöiden tilanteesta ja aiemmasta kehityksestä arvioiden, miten realistisia WHO:n tavoitteet Suomessa ovat. Samalla on tunnistettu kansallisia haasteita ja kansantautien ehkäisyn tehostamismahdollisuuksia.

Tässä Tutkimuksesta tiiviisti -julkaisussa raportoidaan WHO:n kohonneeseen verenpaineeseen (tavoite 6), kohonneen verenpaineen hoitoon (tavoite 8) ja suolan saantiin (tavoite 4) liittyvät tavoitteet ja niitä vastaavat indikaattorit.

KOHONNUT VERENPAINESUOMESSA

Suomalaisten verenpainetasoja on seurattu Pohjois-Karjala projektin seuranta-tutkimuksessa, WHO:n MONICA projektissa ja FINRISKI -tutkimuksessa sekä Autoklinikka, Mini-Suomi, Terveys 2000 ja Terveys 2011 -tutkimuksissa 1970-luvulta saakka. Verenpaine on 70-luvulta laskenut merkittävästi. Vuosien 2000 ja 2012 välillä verenpaineen lasku pysähtyi alle 45-vuotiailla, mutta lasku jatkui aiempaa hitaampana yli 45-vuotiailla. Vuosien 2002 ja 2007 välillä 25–64-vuotiaiden miesten ja naisten diastolinen paine ei enää laskenut ja viimeisten viiden vuoden aikana se kääntyi nousuun.

Niiden osuus, joilla tutkimuksessa mitattiin korkeita verenpainearvoja (verenpaine vähintään 140 mmHg ja/tai 90 mmHg), on laskenut huomattavasti 1970-luvulta. Lasku jatkui voimakkaimpana 2000-luvun alkuun, jonka jälkeen lasku on hidastunut. Vuonna 2011 puolella 30 vuotta täyttäneistä suomalaista miehistä korkeita arvoja mitattiin 38 %:lta naisista ja 39 %:lta miehistä.

Niiden osuus, joilla tutkimuksessa on korkea verenpaine tai verenpainelääkitys on myös laskenut. Voimakkainta lasku oli 1980 ja 1990-luvuilla. Vuonna 2011 30 vuotta täyttäneistä naisista hypertensiivisiä oli 46 % ja miehistä 53 %.

Verenpainelääkkeitä käyttävien miesten ja naisten määrä on kasvanut viime vuosikymmeninä. Vuonna 2000 noin 670 000 ja vuonna 2011 noin miljoona

Kirjoittajat:

Tiina Laatikainen

Professori, THL ja Itä-Suomen yliopisto

Antti Jula

Tutkimusprofessori, THL

Pekka Jousilahti

Tutkimusprofessori, THL

WHO:n tavoitteet jaksolla 2010–2025

- 25 prosentin vähennys sydän- ja verisuonitautien, syöpien, diabeteksen ja kroonisten keuhkosairauksien aiheuttamassa ennenaikaisessa kuolleisuudessa.
- Vähintään 10 prosentin lasku haitallisessa alkoholinkulutuksessa (sovittaen kansallisiin oloihin).
- 10 prosentin vähennys liian vähän liikkuvien määrässä.
- 30 prosentin vähennys väestön suolan saannissa.**
- 30 prosentin vähennys tupakoinnin yleisyydessä yli 15-vuotiailla.
- 25 prosentin vähennys kohonneen verenpaineen yleisyydessä.**
- Diabeteksen ja lihavuuden lisääntymisen pysäyttäminen.
- Vähintään 50 prosentin kattavuus lääkityksessä ja ohjauksessa henkilöillä, joilla on korkea sydän- ja verisuonitautiriski.**
- Kansantautien hoidossa tarvittavien keskeisten laitteiden, tutkimus- ja hoitomenetelmien ja lääkitysten saatavuus vähintään 80 prosenttia.

Verenpaineeseen ja suolan saantiin liittyvät WHO:n indikaattorit

Ikävakioitu yli 18-vuotiaan väestön keskimääräinen suolansaanti grammoina vuorokaudessa.

Ikävakioitu kohonneen verenpaineen (systolinen paine ≥ 140 mmHg ja/tai diastolinen paine ≥ 90 mmHg) esiintyvyys yli 18-vuotiailla ja väestön systolisen verenpaineen keskiarvo.

Lääkehoitoa ja elintapaohjausta saavien osuus korkeariskisistä (yli 40-vuotiaat, joiden riski sairastua sydän- ja verisuonitauteihin seuraavan kymmenen vuoden aikana ≥ 30 %).

On huomioitava, että nämä indikaattorit eivät ole suomalaisista tietaineistoista tuotettavissa aivan samassa muodossa.

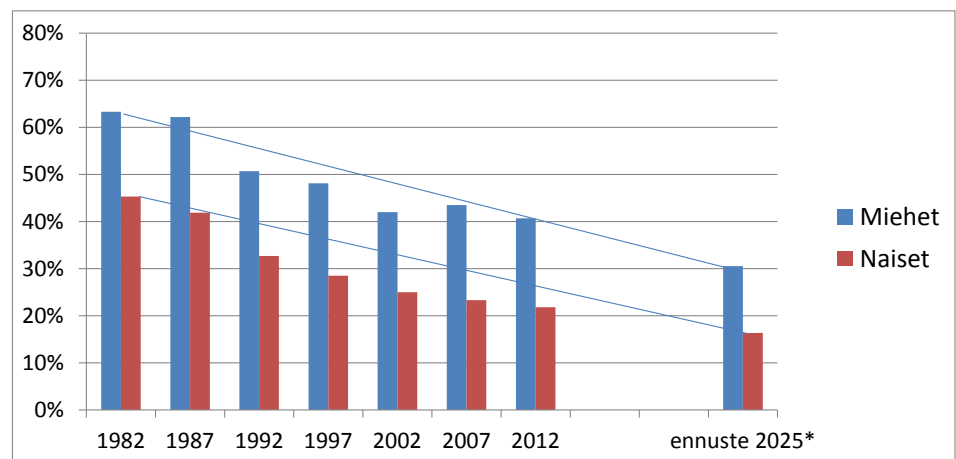
suomalaista käytti verenpainetta alentavia lääkkeitä. Vuonna 2000 450 000 henkilöä oli oikeutettu erityiskorvattaviin verenpainetta alentaviin lääkkeisiin ja 2012 erityiskorvausten määrä oli noussut 490 000:en. Lievemmän hypertension hoito on suosituksia noudattaen lisääntynyt 10 vuodessa noin 50 % ja vaikeamman Kelan erityiskorvauskriteerien täyttävän hypertension hoito noin 10 %.

Myös hoitotavoitteisiin pääsemisessä on tapahtunut merkittävää paranemista 1980 -luvun jälkeen. Hoidetuista hoitotavoitteessa $<140/90$ mmHg oli vuonna 2011 miehistä 50 % ja naisista 44 %.

On muistettava, että väestötutkimukseen pohjautuvat arviot kohonneen verenpaineen esiintyvyydestä ja hoitotavoitteeseen pääsemisestä ovat suuntaa antavia, koska tutkimuksissa verenpainetta mitataan vain yhdellä käynnillä. Tulokset eri tutkimusvuosilta ovat kuitenkin verenpaineen mittauksen ja luokittelun osalta vertailukelpoisia.

WHO:N TAVOITE KOHONNEEN VERENPAINEN ESIINTYVYYDESTÄ

WHO:n toimeenpano-ohjelman mukaisena tavoitteena (tavoite 6) on, että niiden osuus väestössä, joilla on kohonnut verenpaine, laskee 25 prosenttia. Suomessa 25 prosentin lasku yli 30-vuotiailla vuoden 2011 tilanteesta tarkoittaisi naisilla korkeaverenpaineisten osuuden laskua 38 prosentista 28 prosenttiin ja miehillä 39 prosentista 29 prosenttiin. Kuvio 1 esittää miten kohonneen verenpaineen esiintyvyys muuttuisi 25–64-vuotiaalla väestöllä.



Kuvio 1.

Korkean verenpaineen (tutkimuksessa verenpaine yli 140 mmHg ja/tai 90 mmHg) esiintyvyys 25–64-vuotiailla suomalaisilla FINRISKI-tutkimuksessa ja WHO:n tavoitteen mukainen ennuste vuoteen 2025 mennessä (*25 prosentin lasku vuodesta 2012).

WHO:N TAVOITE VERENPAINEN HOIDOSSA

WHO:n toimeenpano-ohjelman mukaisena tavoitteena (tavoite 8) on, että vähintään 50 % potilaista, joilla on lääkehoidon indikaatio, on hoidossa ja saa myös elintapaohjausta sydäntautitapahtumien ja aivoverenkiertohäiriötapahtumien ehkäisemiseksi. 30 vuotta täyttäneistä hypertensiivisistä miehistä ja naisista keskimäärin joka toinen on lääkehoidossa. Hoitoisuus lisääntyy iän mukana. 30–44-vuotiaista hypertensiivisistä miehistä 18 % ja naisista 36 %, 45–54-vuotiaista miehistä 33 % ja naisista 41 % on lääkehoidossa. 65 vuotta täyttäneistä hoidon piirissä on jo 70 %. Suomessa tämä tarkoittaisi hoitoisuuden lisäämistä lähinnä nuoremmassa ikäryhmässä.

Käytetyt aineistot

Tässä arvioinnissa on käytetty FINRISKI ja Finravinto-tutkimusten aineistoja vuosilta 1982–2012 ja Terveys 2000 ja Terveys 2011 -tutkimusten tietoja

Verenpaine on tutkimuksissa mitattu elohopeamittarilla oikeasta käsivarresta istuvassa asennossa vähintään 5 minuutin levon jälkeen.

Suolan saantitiedot perustuvat Finravinto-tutkimukseen, joka on toteutettu 33 prosentin alaotosalle FINRISKI-tutkimuksen yhteydessä vuodesta 1982. Ravintoaineiden saantitiedot perustuvat ruokapäiväkirjoihin ja ruoankäytöhaastatteluihin.

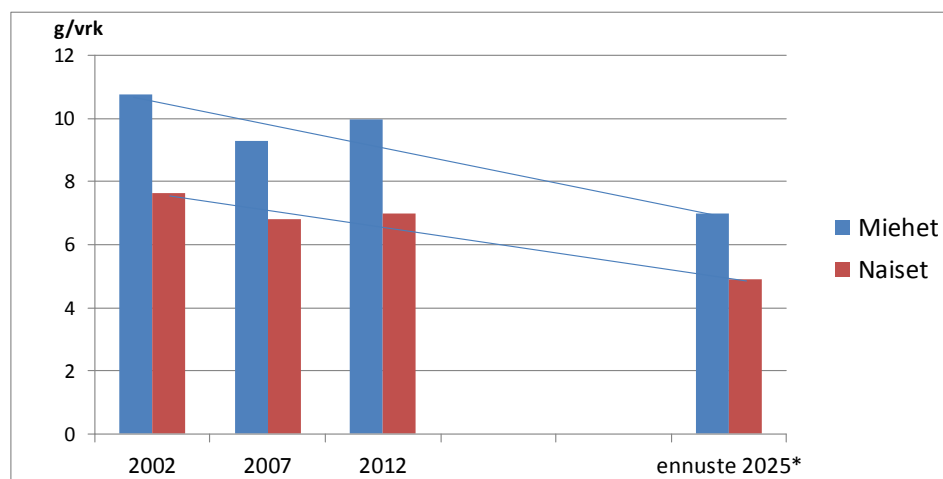
Lääkehoitotiedot perustuvat Kelan rekisteritietoihin.

SUOLAN SAANTI SUOMESSA

Keskeisin verenpaineeseen vaikuttava ravitsemustekijä on suolan saanti. Päivittäinen suolan saanti oli Suomessa erittäin suurta 1970-luvun lopulla, mutta on laskenut merkittävästi sekä miehillä että naisilla vuoteen 2007 asti. Vuodesta 2007 miesten suolan saanti nousi 9,3 grammasta 10,0 grammaan vuoteen 2012. Naisilla vastaava lisäys oli 6,8 grammasta 7,0 grammaan.

WHO:N SUOLAN SAANNIN TAVOITE

WHO:n toimeenpano-ohjelman mukaisena tavoitteena (tavoite 4) on, että väestön keskimääräinen suolan saanti vähenee 30 % lähtötilanteesta. Suomessa tämä tarkoittaisi sitä, että miesten päivittäisen suolan saannin keskiarvon pitäisi laskea 10 grammasta 7 grammaan ja naisten noin 7 grammasta noin 5 grammaan. Miesten keskimääräinen suolansaanti ylittäisi edelleen kahdella grammalla saantisuosituksen, joka on 5 grammaa vuorokaudessa. Naisten suolansaannin keskiarvo laskisi lähes saantisuosituksen tasolle.



Kuvio 2. Suolan saanti 25–64-vuotiailla miehillä ja naisilla Finravinto-tutkimuksessa ja WHO:n tavoitteen mukainen ennuste vuoteen 2025 asti (*30 prosentin lasku päivittäisessä suolan saannissa vuodesta 2012).

POHDINTA

Verenpaineen kehitys on Suomessa ollut pitkään suotuisa. Jos 1980- ja 1990-luvuilla nähty kehitys jatkuisi edelleen, olisi hyvin mahdollista, että WHO:n tavoitteiden mukaiseen 25 prosentin laskuun kohonneen verenpaineen esiintyvyydessä päästäisiin vuoteen 2025 mennessä. Viime vuosikymmenen aikana on kuitenkin ollut viitteitä verenpainetasojen laskun pysähtymisestä eikä hypertensiivisten osuuden laskukaan ole ollut enää merkittävää. WHO:n tavoitteeseen pääseminen edellyttää sekä verenpainetasojen alenemista väestötasolla että verenpaineen hoidon tehostamista verenpainepotilailla.

Väestötasolla keskeisin verenpaineeseen vaikuttava elintapatekijä on suolan saanti. Suomessa suolan saanti on merkittävästi vähentynyt 1970-luvulta, mutta viimeisten viiden vuoden aikana havaitaan tämän suotuisan kehityksen pysähtyneen ja suolan saannin jopa lisääntyneen. Jotta WHO:n toimeenpano-ohjelman mukaiseen tavoitteeseen päästäisiin tulisi väestön suolan saannin jälleen kääntä laskuun ja laskun tulisi olla samansuuruista, kuin mitä se on ollut 1990-luvulla ja 2000-luvun alussa.

KIRJALLISUUTTA

Helldán A, Raulio S, Kosola M, Tapanainen H, Ovaskainen M-L, Virtanen S. Finravinto 2012 -tutkimus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 16/2013. Luettavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-951-0>

Kohonnut verenpaine (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 3.3.2015). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. THL raportti 68/2012. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_nettti.pdf?sequence=1

Laatikainen T, Jula A, Salomaa V. Verenpaine Suomessa – FINRISKI-tutkimuksen tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 2, marraskuu 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Laatikainen T, Jula A, Kastarinen M, Salomaa V, Borodulin K, Harald K, Peltonen M, Jousilahti P, Vartiainen E. Verenpainetasot ja hoitotasapaino FINRISKI – tutkimusalueilla 1982-2012. Suomen Lääkärilehti 2013;24:1803-1809.

Laatikainen T, Pietinen P, Valsta L, Sundvall J, Reinivuo H, Tuomilehto J. Sodium in the Finnish Diet: 20-year trends in urinary sodium excretion among adult population. Eur J Clin Nutr 2006;60(8):965-970.

WHO. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. WHO, Geneva, 2013.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
PI 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki
Puhelin: 029 524 6000

ISBN 978-952-302-461-8 (painettu)
ISBN 978-952-302-462-5 (verkko)
ISSN 2323-5179

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-462-5>

www.thl.fi/kansantaudit

Miehillä tavoitteen mukainen 3 gramman lasku päivittäisessä suolan saannissa laskisi väestön systolisen verenpaineen tasoa noin 2,9 mmHg:a ja diastolisen verenpaineen tasoa noin 1,7 mmHg:a. Tällä laskulla olisi jo huomattava vaikutus myös siihen väestöosuuteen, jolla on kohonnut verenpaine. Naisten 2,1 gramman lasku päivittäisessä suolan saannissa saisi aikaan noin 2,1 mmHg laskun systolisessa ja 1,3 mmHg laskun diastolisessa verenpaineessa. Lapsuusiästä alkaneen vähäisemmän suolan saannin vaikutus aikuisiän verenpaineen alenemaan olisi näitä lukuja todennäköisesti selvästi suurempi.

Suolan saannin lisäksi väestötasolla verenpaineeseen vaikuttavat ylipaino ja lihavuus, liiallinen alkoholinkäyttö sekä vähäinen liikunta. WHO:n tavoitteiden mukaisesti lihavuuskehityksen pysäyttäminen, liiallisen alkoholinkäytön vähentäminen ja riittämättömästi liikkuvien osuuden vähentäminen alentaisivat myös kohonneen verenpaineen yleisyyttä väestössä. Paras vaikutus verenpainetasoihin ja sen myötä sydäntapahtumien ja aivoverenkiertohäiriöiden riskiin saataisiin kokonaisvaltaisilla väestötason elintapojen muutoksilla.

Verenpaineen hoito on Suomessa merkittävästi parantunut 1990-luvulta. Sekä lääkähoidossa olevien osuus että hyvässä hoitotasapainossa olevien osuus on merkittävästi kasvanut. Lievän hypertension hoito on lisääntynyt merkittävästi viimeisen kymmenen vuoden aikana. WHO:n toimeenpano-ohjelman mukaiseen lääkähoidon kattavuuteen on Suomessa jo lähes päästy. Hoitotavoitteisiin pääsemiseksi pitäisi verenpaineen lääkettä vielä tarkentaa ja tehostaa. Olennaista on myös se, että kohonneen verenpaineen diagnostiikka ja hoito-tasapainon arviointi tehdään hoitosuosittelujen mukaisesti ja kotimittauksilla varmentaan, jolloin hoidon aloittaminen ja tehostaminen perustuisivat tietoon henkilön todellisesta painetasosta.

Sekä verenpainetasojen lasku väestötasolla että kohonneen verenpaineen hoidon tehostaminen vaativat useiden toimijoiden aktiivisuutta yhteiskunnan eri tasoilla. Väestön suolan saantiin voidaan merkittävästi vaikuttaa elintarvikkeita koskevilla suosituksilla ja säädöksillä, tuotekehittelyllä ja tarjontaan vaikeuttamalla. Suomessa suurin osa päivittäisestä suolasta tulee leivästä, lihavalmisteista, juustoista ja valmisruuista ja vain pieni osa kotitalouksissa valmistetusta ruuasta tai ruokapöydässä lisätystä suolasta. Olennaista suolan saannin vähentämisessä on laskea elintarvikkeiden ja valmisruokien sekä joukkoruokailuissa tarjottavien aterioiden keskimääräistä suolapitoisuutta. Lisäksi tulisi lisätä vähäsuolaisia vaihtoehtoja keskeisissä tuotteissa, parantaa pakkausmerkintöjä, vaikuttaa suosituksiin ja tuotekehittelyyn sekä informoida kuluttajia.

Lääkehoidon tehostaminen vaatii korkean riskin henkilöiden parempaa tunnistamista terveydenhuollossa ja toimivia hoitopolkuja. Tätäkin voidaan parantaa eri toimijoiden yhteistyöllä lisäämällä väestön tietoisuutta kohonneen verenpaineen riskeistä, järjestämällä mahdollisuuksia ja ohjeistusta verenpaineen omaseurantaan sekä lisäämällä terveydenhuollon ammattilaisten mahdollisuuksia, osaamista ja motivaatiota riskissä olevien henkilöiden seulontaan terveydenhuollon kontakteissa. Lääkehoidon tehostaminen vaatii Käypä hoito -suositusten kunnollista jalkauttamista hoitokäytäntöihin ja terveydenhuollon toimijoiden sitoutumista suositusten noudattamiseen.

Tämän julkaisun viite: Laatikainen T, Jula A, Jousilahti P. WHO:n tavoitetta verenpaineen laskussa ei saavuteta ilman ravitsemusmuutoksia ja hoidon tehostamista. Tutkimuksesta tiiviisti 11, huhtikuu 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.