

Kohonneet verenpaineet alas – Suomi laahaa jäljessä muita korkean elintason maita

Suomen verenpainetasot olivat kansainvälisessä vertailussa korkeimpia. Suomi yhdessä Irlannin, Japanin ja Espanjan kanssa kuului myös maihin, joissa verenpaineen hoidon aloittaminen ja hyvän hoidon toteutuminen oli heikoimmalla tasolla. Näin todettiin vasta julkaistussa tutkimuksessa, jossa verrattiin verenpainetasoja, hoitoa ja hoidon tuloksia 12 korkean elintason maassa: Australiassa, Espanjassa, Etelä-Koreassa, Iso-Britanniassa, Irlannissa, Italiassa, Japanissa, Kanadassa, Uudessa-Seelannissa, Saksassa, Yhdysvalloissa ja Suomessa (1). Tutkimusaineistoa on kerätty 123 väestötutkimuksesta vuosilta 1976 vuoteen 2017 ja aineistossa on yli 500 000 henkilön tiedot.

Tutkimuksen mukaan Suomessa viimeisimmän saatavan tiedon mukaan, joka perustuu FinTerveys 2017–tutkimukseen (2) 52 %:lla 40-79 –vuotiaista naisista on kohonnut verenpaine ja 59 %:lla miehistä, kun vastaava osuus Kanadassa oli vastaavana ajankohtana 37% ja Etelä-Koreassa vuonna 2016 34 %. Hoidossa korkeaverenpaineisista naisista oli 59% ja miehistä 55% ja hyvässä hoitotasapainossa naisista 29% ja miehistä 26%. Vastaavat osuudet Kanadassa olivat 65 ja 60% naisilla ja 81 ja 69% miehistä ja Etelä-Koreassa 74 ja 53 % naisilla ja 65 ja 46% miehillä. Hoidon toteutumisessa ja hoitotasapainon saavuttamisessa vielä paremmin vertailussa pärjäivät Saksa ja Yhdysvallat.

Miksi näin? Verenpainetasot ovat Suomessa merkittävästi laskeneet 1970-luvulta (3) ja myös hoidossa olevien osuus on kasvanut. Hoidossa olevien hoitotasapaino on myös merkittävästi parantunut (2,4). Tukien kansainvälisen vertailun havaintoja on verenpaineen lasku 2000-luvun alun jälkeen hidastunut ja hoitoisuuden ja hoitotasapainojen saavuttamisenkaan suhteen ei ole tapahtunut niin suuria parannuksia, kuin mihin elintapamuutoksilla ja nykyisillä lääkehoitovaihtoehdoilla olisi mahdollisuus.

Kun kansainvälisessä vertailussa hyvässä hoitotasapainossa olevien osuus on laskettu niistä, joilla on korkea verenpaine eikä niistä, jotka ovat lääkeshoidossa vaikuttaa eroihin merkittävästi se, onko lääkehoitoa lainkaan aloitettu. Suomessa lääkeshoidetuista 30 vuotta täyttäneistä hyvä hoitotasapaino oli saavutettu 42%:lla naisista ja 43%:lla miehistä (2). Tässäkin olisi merkittävästi parannettavaa, mutta erityisesti tulisi kiinnittää huomiota hoidon riittävän varhaiseen aloittamiseen. Yli 40 % korkeaverenpaineisia, joilla ei ole lääkehoitoa, on aivan liian suuri osuus hallittavaksi kunnolla elintapahoidolla. Hoidon aloittamisessa on selvästi viivettä tai verenpaineen Käypä hoito -suosituksen (5) kynnyksarvoa hoidon aloittamiselle ei oteta tarpeeksi vakavasti. Kansainvälisessä vertailussa oli kiinnostavaa havaita, että hoidon aloittamisen suhteen samanlaisessa tilanteessa kuin Suomi oli myös Japani ja Irlanti, joissa kohonnut verenpaine on myös väestötasolla yleistä. Onko niin, että kun terveyshaaste on kovin yleinen ja joka toisella vastaanotolle tulevalla on ongelmia verenpaineen kanssa, kynnys hoidon aloittamiseen kasvaa?

Kohonnut verenpaine on globaalistikin tällä hetkellä eniten sairastavuutta ja menetettyjä terveitä elinvuosia aiheuttava riskitekijä (6). WHO:n tarttumattomien tautien ehkäisy ja hoidon toimintaohjelmassa korkean verenpaineen alentaminen jäsenmaiden väestöissä on yksi

yhdeksästä tavoitteesta. Pyrkimyksenä on, että korkeaverenpaineisten osuus vähenisi vuoteen 2025 mennessä 25% vuoteen 2010 verrattuna (7). Keinoina sekä ennalta ehkäisy että hoidon tehostaminen. Ennalta ehkäisyn näkökulmasta verenpaineeseen vaikuttaviin tekijöihin, erityisesti suolan saantiin ja ylipainoon, vaikuttaminen ei ole vain yksilön asia vaan tarvitaan myös laajoja yhteiskunnallisia toimia kuten elintarvikkeiden, valmisruokien ja ravintolaruokien keskimääräisen suolapitoisuuden vähentämistä ja vähäsuolaisia vaihtoehtoja sekä vähäenergempää ruokailua tukevia toimenpiteitä, kuten ruokavalintoihin ja annos- ja pakkauskokoihin vaikuttamista.

Hoidon hyvä toteutuminen vaatii sekä potilailta että lääkäreiltä sitoutumista hoitoon. Tämä on usein haastavaa, sillä kohonnut verenpaine on yleensä oireeton. Niinpä vain noin joka toinen potilas ottaa verenpainelääkityksensä reseptin mukaisella annoksella ja lääkärit jättävät usein tehostamatta hoitoa vaikka hoitotavoitetta ei olisi saavutettu ("terapeuttinen inertia", 8,9). Parempiin hoitotuloksiin on päästy, kun potilaalle annetaan huolelliset elintapaohjeet ja perustelut kohonneen verenpaineen hoidon tärkeydestä hoitoa aloitettaessa (8). Potilas tulee myös ottaa osaksi hoitoketjua verenpaineen kotimittausten ja telemonitoroinnin avulla (8). Lääkärien tulisi lisäksi saada lisäkoulutusta terapeuttisen inertian vähentämiseksi ja heidän tulisi suosia edullisia yhdistelmä lääkevalmisteita, joilla on vähän haittavaikutuksia (9). Kaikkea tätä ei ehditä ymmärrettävästi toteuttaa kiireisen lääkärivastaanoton aikana, joten perusterveydenhuollon hoitoketjuihin tulisi ottaa entistä aktiivisemmin mukaan verenpaineen hoitoon perehdytetyt hoitajat.

Vaikka suomalaisten verenpainetasot ovat laskeneet huomattavasti viimeisen 40 vuoden aikana, Suomi on edelleen jäljessä useimpia länsimaita verenpainetaudin esiintyvyydessä ja hoitoisuudessa. Jatkossa tarvitaankin sekä yhteiskunnallisia, terveydenhuollollisia että yksilötason toimia, jotta Suomi ei jäisi punaiseksi täpläksi maailman verenpainekartalle.

Viitteet

- 1) NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Long-term and recent trends in hypertension awareness, treatment, and control in 12 high-income countries: an analysis of 123 nationally representative surveys. *Lancet* 2019; doi: 10.1016/S0140-6736(19)31145-6.
- 2) Laatikainen T, Vartiainen E, Jula A, Jousilahti P, Niiranen T. Kohonnut verenpaine ja verenpainetauti. In: Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (eds.). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Finterveys 2017-tutkimus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 4/2018, Helsinki*
- 3) Laatikainen T, Nissinen A, Kastarinen M, Jula A, Tuomilehto J. Blood Pressure, Sodium Intake, and Hypertension Control. Lessons from the North Karelia Project. *Global Heart* 2016;11(2):191-199.
- 4) 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.

- 5) Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaine ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 12.8.2019). Saatavilla Internetissä: www.käypähoito.fi
- 6) GBD 2016 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet 2017;309:1345-422.
- 7) WHO. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. WHO, Geneva, 2013.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf
- 8) Peacock E, Krousel-Wood M. Adherence to Antihypertensive Therapy. Med Clin North Am 2017;101(1):229-245.
- 9) Milman T, Joundi RA, Alotaibi NM, Saposnik G. Clinical inertia in the pharmacological management of hypertension: A systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore) 2018;97(25):e11121.

Tiina Laatikainen
Professori
Itä-Suomen yliopisto ja THL

Teemu Niiranen
Dosentti, sisätautien erikoislääkäri
Turun Yliopisto ja THL