

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitajan suuntautumisvaihtoehto
2011

Piia Paloheimo & Iiro Ruuska

SUOMEN JA VIRON SYDÄN- JA VERISUONITAUDIT JA NIIDEN EHKÄISY



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoidaja

Marraskuu 2011 | Sivumäärä 60

Maika Kummel

Piia Paloheimo & Iiro Ruuska

SUOMEN JA VIRON SYDÄN- JA VERISUONITAUDIT JA NIIDEN EHKÄISY

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Suomen ja Viron keskeisimpiä sydän- ja verisuonitau- teja sekä kuvailla niiden ehkäisykeinoja hoitotyössä. Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsa- uksena. Tavoitteena oli tuottaa ajantasaista tietoa Suomen ja Viron yleisimmistä sydän- ja veri- suonitaukeista ja niiden ehkäisystä hoitotyössä tuoreisiin tutkimustuloksiin perustuen. Opinnäy- tetyön aihe rajattiin primaari- ja sekundaaripreventioon sekä työikäiseen väestöön. Opinnäyte- työ on osa ImPrim-projektia, "Improvement of Public health by Promotion of equitably distributed high quality primary health care systems". Projektin tarkoituksena on parantaa Itämeren itäisten alueiden maiden perusterveydenhuoltoa ja väestön terveyttä.

Aineisto kerättiin kirjallisuuskatsauksen avulla, ja kerätyn aineiston analysointiin käytettiin sisäl- lönanalyysia. Ensin määriteltiin kansantaudit sekä selvitettiin maiden lainsäädäntöä ja strategioi- ta sydän- ja verisuonitautien ehkäisyssä. Kirjallisuuskatsaukseen aineistoa haettiin sähköisistä tietokannoista Medicistä, PubMedistä ja Cinahlistä sekä manuaalisen haun avulla. Opinnäyte- työhön valittiin seitsemän artikkelia.

Tulosten perusteella sydän- ja verisuonitaudit ovat sekä Virossa että Suomessa merkittävä kan- santauti. Ne aiheuttavat molemmissa maissa runsaasti ennenaikaisia kuolemia, sairauspoissa- oloja ja työkyvyttömyyseläkkeitä. Kummassakin maassa lainsäädäntö ja terveyden edistämisen strategiat tukevat sydän- ja verisuonitautien ehkäisyä.

Sydän- ja verisuonitaukeja pystytään ehkäisemään hoitotyön keinoin. Pääpaino on riskin arvi- oinnissa ja elämäntapaohjauksessa sekä koko väestön tietoisuuden lisäämisessä. Sairaanhoi- tajien osaamisessa korostuu tietoisuus ajankohtaisista hoitosuosituksista, riskitekijöistä, niiden arvioinnista ja ennaltaehkäisystä sekä kyky toteuttaa ohjausta potilaslähtöisesti.

ASIASANAT:

Sydän- ja verisuonitauti, kansantauti, hoitotyö, primaaripreventio, sekundaaripreventio

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme of nursing | Nursing

November 2011 | Total number of pages 60

Maika Kummel

Piia Paloheimo & Iiro Ruuska

CARDIOVASCULAR DISEASES AND THEIR PREVENTION IN FINLAND AND ESTONIA

The aim of this thesis was to explore the most common cardiovascular diseases in Finland and Estonia and to describe their preventive measures in nursing. This thesis is a literature review. The aim was to produce current information about the most common cardiovascular diseases in Finland and Estonia and their prevention based on recent research results. The thesis focused on primary and secondary prevention in working aged people. Thesis is part of ImPrim -project, "Improvement of Public health by Promotion of equitably distributed high quality primary health care systems". The meaning of ImPrim -project is to improve primary health care and public health in the Baltic Sea region

The data was collected by using a literature review and the contents of collected data were analyzed. First national diseases were defined and legislation and national strategies in cardiovascular diseases prevention were untangled. The data for review was searched from electronic databases Medic, PubMed and Cinahl. Also manual search was made. Seven articles were chosen to the thesis.

According to the results cardiovascular diseases are both in Finland and Estonia the foremost national disease. They cause in both countries a lot of premature deaths, duvet days and disability pensions. In both countries legislation and health promotion strategies support prevention of cardiovascular diseases.

Cardiovascular diseases can be prevented with nursing methods. The primary focus is in risk evaluation, lifestyle counseling and promoting awareness of population. Current guidelines, evaluation of risk factors and prevention and ability for patient-centered counseling are important professional skills in nursing.

KEYWORDS:

Cardiovascular disease, national disease, nursing, primary prevention, secondary prevention

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET

1 JOHDANTO	7
2 YHTEISÖDIAGNOOSI	8
3 PERUSTERVEYDENHUOLTO SUOMESSA JA VIROSSA	9
3.1 Suomen perusterveydenhuolto	10
3.2 Viron perusterveydenhuolto	11
4 KANSANTERVEYS JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN	13
5 KANSANTAUDIT JA TAUTIEN EHKÄISY	15
6 SYDÄN- JA VERISUONITAUDIT	17
7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA OPINNÄYTETYÖTÄ OHJAAVAT KYSYMYKSET	19
8 AINEISTO, MENETELMÄT JA AINEISTON ANALYYSI	20
9 TULOKSET	24
9.1 Suomen kansantaudit sekä sydän- ja verisuonitaudit	24
9.2 Viron kansantaudit sekä sydän- ja verisuonitaudit	25
9.3 Kansalliset strategiat sydän- ja verisuonitautien ehkäisemiseksi	26
9.3.1 Strategiat ja lainsäädäntö Suomessa	27
9.3.2 Strategiat ja lainsäädäntö Virossa	30
9.4 Aiemmat tutkimukset sydän- ja verisuonitautien ehkäisystä	32
9.4.1 Sydän- ja verisuonitautien riskin arviointi	32
9.4.2 Elämäntapaohjaus	35
9.4.3 Primaari- ja sekundaaripreventio väestötasolla	40
9.4.4 Aivoinfarkttien ehkäisy	44
9.4.5 Kohonneen verenpaineen ehkäisy	46
10 POHDINTA	49

10.1 Opinnäytetyön eettisyys	49
10.2 Opinnäytetyön luotettavuus	50
10.3 Tulosten tarkastelu	51
11 JOHTOPÄÄTÖKSET	56
LÄHTEET	57

LIITTEET

Liite 1. Suositus elämäntapojen muutoksista kohonneen verenpaineen ehkäisyssä ja hoidossa.

KUVIOT

Kuvio 1. Esimerkki Score-riskitaulukosta (Terveyskirjasto 2009).	33
Kuvio 2. Osuus ryhmäläisistä, jotka ovat muuttaneet tiettyjä elintapojaan. Vertailu interventioryhmän (=IG) ja verrokkiryhmän (=CG) välillä. (Mattila 2009)	38

KÄYTETYT LYHENTEET

BMI	Body mass index
DMDB	The European Detailed Mortality Database
ESC	The European Society of Cardiology
ESO	European Stroke Organisation
EU	European Union
FINDRISC	Finnish diabetes risk score
ImPrim	Improvement of Public health by Promotion of equitably distributed high quality primary health care systems
KELA	Kansaneläkelaitos
KTL	Kansanterveyslaitos
SCORE	Systematic coronary risk evaluation
SOC	The Stages of Change model
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
TAI	Tervise arengu instituut
WHO	World health organisation

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Suomen ja Viron keskeisimpiä sydän- ja verisuonitauteja sekä kuvailla niiden hoitotyön ehkäisykeinoja tuoreisiin tutkimuksiin perustuen. Kansantaudit on yleinen ja laajasti tutkittu aihe. Tässä opinnäytetyössä kootaan yhteen eri tilastoja ja tutkimuksia kansantaudeista, sydän- ja verisuonitaudeista sekä niiden ehkäisystä.

Opinnäytetyö on osa ImPrim -projektia. Nimi ImPrim tulee sanoista "Improvement of Public health by Promotion of equitably distributed high quality primary health care systems". ImPrim -projektin tavoitteena on parantaa kansanterveyttä kehittämällä projektimaiden perusterveydenhuollon toteutumista. Tähän pyritään esimerkiksi lisäämällä kustannustehokkuutta, torjumalla tartuntatauteja sekä vaikuttamalla sosiaalisiin tekijöihin liittyviin terveysongelmiin. Projektipartnerimaihin kuuluu Itämeren maista Suomi, Ruotsi, Viro, Latvia, Liettua ja Valko-Venäjä. (ImPrim 2010.)

ImPrim -projektin maista työhön valikoituivat juuri Suomi ja Viro, koska projektille haluttiin tarjota vertailukohdetta maiden tautitaakasta, ja tuoda esille projektin kansainvälisyys. Maat eroavat toisistaan esimerkiksi taloudellisesti, vaikka ne ovatkin maantieteellisesti lähellä toisiaan. Esimerkiksi Suomen bruttokansantuote oli vuonna 2009 30940 €/hlö ja Viron 9840 €/hö. Bruttokansantuote kuvaa maan taloudellista tilannetta. (The World Bank 2009a, b.)

Tavoitteena tällä opinnäytetyöllä on tuottaa ajantasaista tietoa kirjallisuuskatsauksen avulla Suomen ja Viron yleisimmistä sydän- ja verisuonitaudeista ja niiden ehkäisystä hoitotyössä tuoreisiin tutkimustuloksiin perustuen ImPrim -projektin osallistujille sekä terveydenhuollon opiskelijoille ja ammattilaisille.

2 YHTEISÖDIAGNOOSI

Yhteisödiagnoosilla tai yhteisöanalyysillä tarkoitetaan ihmisen geeniperimän, elämäntavan, kulttuurin ja elinympäristön vaikutusta terveyteen ja hyvinvointiin. Yhteisödiagnoosin osatekijöiksi muodostuvat muun muassa väestön terveyskäyttäytyminen, koulutustaso, työllistymistaso, kulttuuriperintö ja alueen virkistys- ja harrastusmahdollisuudet. Yhteisödiagnostiikkaa voidaan siis käyttää apuna hoitopäätöksissä sekä alueen terveystyön suunnittelussa ja toteutuksessa, jolloin siitä on apua niin väestölle, päätöksentekijöille kuin terveydenhuollon työntekijöillekin. (Kumpusalo 1993.)

Yhteisödiagnoosin prosessissa kerätään, kuvataan ja analysoidaan tietoa yhteisön jäsenten terveydestä ja hyvinvoinnista sekä niihin liittyvistä tekijöistä. Sen tavoitteena on kartoittaa yhteisön tarpeita ja lisätä tietoisuutta väestön hyvinvoinnista ja hyvinvoinnin edellytyksistä. Yhteisödiagnoosilla saadaan tietoa yhteisön haasteista ja ongelmista, mutta myös sen mahdollisuuksista ja voimavaroista. Yhteisöanalyysissä tarkasteltavat tekijät riippuvat sen tavoitteesta, ja sen avulla saadaan muodostettua lähtökohta terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Analyysi voidaan tehdä esimerkiksi, kun suunnitellaan sosiaalipolitiikkaa tai luodaan henkilöstösuunnitelmia. Yhteisödiagnoosista saadaan suuri hyöty, kun sen tekoon on osallistunut moniammatillinen tiimi. (Stakes 2000.)

Yhteisödiagnoosista voidaan erottaa erilaisia osa-alueita. Näitä ovat yhdyskuntaprofiili, terveysprofiili, terveysriskiprofiili, sosiaaliprofiili ja terveydenhuoltopalvelujen profiili. Yhdyskuntaprofiiliin kuuluu tietoja alueesta ja sen asukkaiden sosioekonomisista ominaisuuksista. Terveysprofiiliin kuuluvat tiedot väestön terveyskäyttäytymisestä, terveydentilasta, terveyspalvelujen käytöstä, sairastavuudesta ja kuolleisuudesta. Terveysriskiprofiili muodostuu elämäntavoista, sosiaalisista riskeistä sekä fyysisistä, kemiallisista ja biologisista riskeistä. Sosiaaliprofiiliin puolestaan kuuluvat tiedot sosiaalityöstä alueella sekä väestön työttömyydestä ja asumistasosta. Terveydenhuoltoprofiilissa kuvataan yhteisön voimavarojen käyttöä ja organisointia. (Ovaskainen 2005, 14-15.)

3 PERUSTERVEYDENHUOLTO SUOMESSA JA VIROSSA

World Health Organisation eli WHO on määrittänyt perusterveydenhuollon tärkeimmäksi tavoitteeksi taata väestölle parempi terveys. Tavoitteen saavuttamiseksi järjestö on asettanut viisi elementtiä. Näitä ovat syrjäytymisen ja sosiaalisen eriarvoisuuden vähentäminen, terveydenhuoltojärjestelmien organisointi ihmisten tarpeiden ja odotusten mukaan, terveyden yhteistyömallien integroiminen poliittiseen päätöksentekoon ja päättävien elinten läsnäolon lisääminen. (WHO 2011b.)

Alma-Atan julistuksessa perusterveydenhuollolla tarkoitetaan välttämätöntä terveydenhuoltoa, joka perustuu tarkoituksenmukaisiin, tieteellisesti ja sosiaalisesti hyväksyttäviin metodeihin. Se on kaikkien yksilöiden ja perheiden saatavilla yhteisön ja valtion käytettävissä olevin varoin. Perusterveydenhuolto muodostaa olennaisen osan maan terveydenhuollosta ja vaikuttaa maan sosiaaliseen ja taloudelliseen kehitykseen. Se on ensimmäinen terveydenhuollon kontaktien taho väestölle, ja tuo terveydenhuollon lähelle väestöä. Perusterveydenhuolto heijastaa maan taloudellista, sosiokulttuurista ja poliittista tilannetta ja kehittyy niiden mukaan. Se osoittaa maan tärkeimmät terveysongelmat ja järjestää niille parantavia, ennaltaehkäiseviä ja kuntouttavia toimenpiteitä ja palveluja. (WHO/UNICEF 1978.)

Perusterveydenhuollon on järjestettävä koulutusta vallitsevien terveysongelmien ja niiden hoidon ja ennaltaehkäisyn suhteen. Perusterveydenhuollon tehtäviin kuuluu neuvolatoiminta, perhesuunnittelu, rokotukset ja asianmukainen tautien ja vammojen hoito, sekä välttämättömien lääkeaineiden hankkiminen. Sen kuuluu edistää yksilön ja yhteisön itseluottamusta ja osallistumista, ja taata ohjausta ja neuvontaa sitä tarvitseville. Perusterveydenhuollon henkilökunta muodostuu lääkäreistä, sairaanhoitajista, kättilöistä, avustajista ja sosiaalityöntekijöistä, jotka toimivat tiimissä vastatakseen yhteisön terveydellisiin tarpeisiin. Kaikkien

hallitusten tulisi toimia niin, että ne saavat pidettyä yllä perusterveydenhuoltoa maassaan. (WHO/UNICEF 1978.)

3.1 Suomen perusterveydenhuolto

Suomen terveydenhuoltolain mukaan perusterveydenhuollolla tarkoitetaan ”väestön terveydentilan seurantaa, terveyden edistämistä ja sen osana terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia, suun terveydenhuoltoa, lääkinnällistä kuntoutusta, työterveyshuoltoa, ympäristöterveydenhuoltoa sekä päivystystä, avosairaanhoidoa, kotisairaanhoidoa, kotisairaala- ja sairaalahoitoa, mielenterveystyötä ja päihdetyötä siltä osin kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa”(Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326).

Perusterveydenhuollon palvelut ovat kunnan järjestämiä. Perusterveydenhuolto muodostaa erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon kanssa yhteneväisen kokonaisuuden. Jokaisessa kunnassa tai kuntayhtymässä on oltava oma perusterveydenhuollon yksikkö, terveyskeskus, josta tulee löytyä terveysalan asiantuntemusta moniammatillisesti. Tämän yksikön tehtävänä on jakaa asiantuntemustaan ja sovittaa yhteen alueella tehtävää tutkimusta, kehittämistä, täydennyskoulutusta ja laatia hoito- ja kuntoutusketjuja. Perusterveydenhuoltoon on lain mukaan saatava yhteys arkipäivisin virka-aikana, ja potilaan hoidon tarpeen arviointi on tehtävä kolmen arkipäivän aikana yhteydenotosta. Hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen lääkärin suunnittelema hoito on toteutettava kolmen kuukauden kuluessa. Kunnan strategiaan on asetettava sen paikallisiin olosuhteisiin ja tarpeisiin soveltuvat terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet ja määriteltävä niitä edesauttavat toimenpiteet. Kunnan tulee taata riittävät voimavarat, esimerkiksi riittävä terveydenhuollon ammattihenkilöstö terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi sekä terveydenhuollon palveluille. Näin kunnan terveydenhuollon toimintaedellytykset vastaavat kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sekä perusterveydenhuollon tarvetta. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Perusterveydenhuollon palveluita tarjotaan terveyskeskuksissa, yksityisillä lääkäriasemilla ja työterveydenhuollossa, ja ne toimivat yhteistyössä erikoissairaanhoidon kanssa. Perusterveydenhuollon hoidon kohteena on väestö, ja se hoitaa sekä sairastuneita, sairaudesta toipuvia että terveitä kansalaisia. Se on saatavilla kaikille ja muodostaa perustan maan terveysjärjestelmälle. Perusterveydenhuollon toiminta on osittain yksilökeskeistä ja osittain yhteisöllistä, sillä osa sen toimista kohdistuu yksilöihin ja osa koko väestön terveyden edistämiseen. Kaikista vastaanotolle tulleista potilaista noin 95 % pystytään hoitamaan perusterveydenhuollossa, loput viisi prosenttia ohjataan erikoissairaanhoidon. (Mattila 2005.)

3.2 Viron perusterveydenhuolto

Viron perusterveydenhuollossa perhelääkäri on vastuussa potilaidensa tautien ehkäisystä ja hoidosta ja tarvittaessa kertoo potilaastaan erikoislääkärille (Jurgutis & Vainiomäki 2011, 16-17). Perhelääkäreistä suurin osa on yrittäjiä, ja loput työskentelevät muiden perhelääkärien alaisina yksityisillä lääkäriasemilla. He tarjoavat vain perusterveydenhuollon palveluita, ja heidän alaisinaan voi työskennellä sairaan- ja terveydenhoitajia. (Koppel ym. 2008, 30.) Potilaan, jolla on akuutti vaiva ja sairausvakuutus, tulee saada yhteys lääkäriinsä samana päivänä. Muissa tapauksissa yhteys täytyy saada kolmen arkipäivän aikana. Potilaat on jaettu eri lääkäreille listoihin, joihin kuuluu 1200-2000 potilasta per lääkäri. Potilaan lääkäri määräytyy vakituisen asuinpaikan mukaan, mutta kaikilla on oikeus vaihtaa perhelääkäriä. Tämä aiheuttaa kilpailua perhelääkärien välille. (Jurgutis & Vainiomäki 2011, 16-17.)

Viron perusterveydenhuollon rahoitus perustuu perhelääkärien ja terveysvakuutusrahaston väliseen sopimukseen. Vakuutetulle henkilölle perusterveydenhuollon palvelut ovat ilmaisia kotikäyntejä lukuun ottamatta. Vakuutetut henkilöt maksavat vakuutusmaksun kerran kuukaudessa iän ja muiden tekijöiden perusteella. (Jurgutis & Vainiomäki 2011, 16-17.)

Vuonna 2005 Virossa otettiin käyttöön bonusjärjestelmä, joka on vapaaehtoinen. Järjestelmään osallistuvat perhelääkärit saavat kuukaudessa palkkiona 205-320 euron suuruisen lisän. Bonusjärjestelmän tavoitteena on saada perhelääkärit osallistumaan aktiivisemmin tautien ehkäisyyn, vähentää infektiotautien leviämistä, saada kroonisia sairauksia sairastaville potilaille tehokkaampaa hoitoa ja motivoida perhelääkäreitä takaamaan laajempi kirjo terveystalvveluja. Bonusjärjestelmään kuuluville lääkkäreille on tiettyjä kriteerejä, joista heidän täytyy suoriutua pysyäkseen järjestelmässä. 40-60 -vuotiaista potilaista 90 %:lle pitää antaa ennaltaehkäiseviä palveluja sydän- ja verisuonitautien ehkäisemiseksi. Verenpainetautia, diabetesta ja hypotyreoosia sairastavia sekä sydäninfarktiin sairastuneita tulee seurata säännöllisesti. Bonusjärjestelmään kuuluvien perhelääkkärien tulee myös huolehtia raskaana olevien naisten seurannasta ja suorittaa tiettyjä gynekologisia toimenpiteitä. Perhelääkkärien tulee suoriutua pienistä kirurgisista toimenpiteistä. Vuonna 2010 bonusjärjestelmään osallistui n. 90 % kaikista Viron perhelääkkäreistä. Järjestelmä on lisännyt terveydenhuollon laatua lisäämällä muun muassa ennaltaehkäiseviin toimiin osallistuvien potilaiden määrää. (Jurgutis & Vainiomäki 2011, 16-17.)

4 KANSANTERVEYS JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN

WHO:n määritelmän mukaan terveys tarkoittaa täydellistä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaa, eli terveys on enemmän kuin sairauden puuttumista (WHO 1946). Kansanterveydellä tarkoitetaan tietyn väestöryhmän tai väestön terveyttä (Duodecim 2011). Yksilöön, ympäristöön ja väestöön kohdistuvaa terveyden edistämistä kutsutaan kansanterveystyöksi. Siihen luetaan mukaan sairauksien ja tapaturmien ehkäisy sekä sairaanhoito. (Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.)

Terveyden edistäminen on prosessi, joka mahdollistaa terveyden ja siihen vaikuttavien tekijöiden hallinnan (WHO 1986). Siihen kuuluvat kaikki toimet, joiden tavoitteena on lisätä väestön terveyttä, ehkäistä tauteja ja kaventaa terveyseroja. Terveyden edistämiseen kuuluu myös terveyden huomioonottaminen päätöksenteossa. Kansanterveystyöllä terveyttä pystytään edistämään väestön terveydentilaa seuraamalla ja arvioimalla, järjestämällä terveystasvatusta ja terveyspalveluja. (STM 2006b, 15-16.)

Terveyteen vaikuttavia tekijöitä ovat yksilölliset, sosiaaliset, rakenteelliset ja kulttuuriset tekijät. Yksilöllisiin tekijöihin kuuluu muun muassa ikä ja elintavat, sosiaaliin toimeentulo ja sosiaaliset verkostot. Rakenteellisiin tekijöihin kuuluu työolot ja palveluiden saatavuus, ja kulttuurillisiin tekijöihin ympäristön viihtyisyys ja turvallisuus. Näihin tekijöihin vaikuttavilla toimilla pystytään edistämään väestön terveyttä. Terveyden edistämistä voidaan tarkastella erilaisten sisällöllisten kysymysten kautta, esimerkiksi päihteiden käytön tai ravitsemuksen avulla. Se voidaan myös kohdentaa eri kohderyhmille, esimerkiksi pyrkimällä tietyn riski- tai ikäryhmän terveyden edistämiseen. Toimintaympäristöjen kautta terveyttä pyritään edistämään esimerkiksi kouluissa, työpaikoilla tai tietyillä asuinalueilla. Terveyden edistämistä voidaan tarkastella myös erilaisten työ- ja toimintatapojen kautta, esimerkiksi pyrkimällä edistämään tiettyjen palvelujen käyttöä tai yhteisöllistä toimintaa. (STM 2006b, 16-17.)

Terveydenhuoltolain tarkoituksena on muun muassa edistää ja ylläpitää väestön terveyttä ja hyvinvointia sekä kaventaa terveyseroja. Lain kolmannessa pykälässä terveyden edistäminen on määritelty yksilöön, väestöön, yhteisöihin ja elinympäristöön kohdistuvana toimintana, jolla tavoitellaan terveyden ja yleisen toimintakyvyn ylläpitämistä ja sen kehittämistä. Terveyden edistämisen tavoitteena on eri sairauksien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien ehkäiseminen. Myös terveyden edistämisen voimavarojen kohdentaminen terveyttä edistävällä tavalla kuuluu lain sisältöön. Lain kahdennentoista pykälän mukaan kunnan on seurattava asukkaidensa terveyttä ja hyvinvointia. Asukkaiden tarpeisiin ja paikallisiin olosuhteisiin perustuen kunnan on määriteltävä terveyden edistämisen tavoitteet ja niitä tukevat toimenpiteet. Kunnan on myös nimettävä terveyden edistämisen vastuutahot. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

5 KANSANTAUDIT JA TAUTIEN EHKÄISY

Taudilla tarkoitetaan tietyin oirein ilmenevää, määritettävissä olevaa sairautta (Duodecim 2011). Kansantaudit ovat suurin tietyn kansan tai väestöryhmän terveyttä, elämänlaatua ja toimintakykyä heikentävä tautiryhmä. Ne aiheuttavat eniten työkyvyttömyyttä ja paljon ennenaikaisia kuolemia. (KTL 2008.) Kansantautien esiintyvyyteen vaikuttaa esimerkiksi väestön terveyskäyttäytyminen, koulutustaso ja kulttuuri (Kumpusalo 1993).

Tautien ehkäisyllä tarkoitetaan keinoja, joilla pyritään vähentämään tautien ilmaantuvuutta ja minimoimaan niiden aiheuttamia haittoja. Tautien ehkäisyn tavoitteena on lievittää yksilöiden kärsimystä ja lisätä toimintakykyä sekä säästää terveydenhuollon kustannuksia. Sillä pyritään yhteisön ja yksilön terveyden ylläpitoon ja kasvattamiseen sekä vähentämään sairauksia, tapaturmia ja ennenaikaisia kuolemia. (Koskenvuo 2003, 17–18.)

Tautien ehkäisy voidaan jakaa kolmeen osaan: primaari- sekundaari- ja tertiaaripreventioon. Primaariprevention tavoitteena on vähentää alttiutta sairastua johonkin tautiin, eli kohderyhmänä ovat terveet kansalaiset, joilla ei ole taudin oireita. Se on ainoa puhtaasti ennaltaehkäisevä prevention muoto. Primaariprevention avulla mahdollisten vaaratekijöiden syntyminen voidaan estää, tai niiden vaikutusta vähentää. Esimerkiksi rokottaminen ja ruokavalion parantamiseen liittyvä terveysneuvonta ovat osa primaaripreventiota. Sekundaariprevention tarkoitus on estää sairauden riskitekijää aiheuttamasta sairautta tai vähentää sen vaikutusta. Muun muassa kohonneen verensokerin seuranta ja siihen liittyvä terveysneuvonta lasketaan sekundaaripreventioksi. Raja primaari- ja sekundaariprevention välillä on häilyvä, esimerkiksi tautien seulonta voidaan luokitella molempiin ryhmiin. Tertiaaripreventiolla pyritään taas olemassa olevan sairauden haittojen ja sairauden pahenemisen tai uusimisen ennaltaehkäisyyn esimerkiksi kuntoutuksen avulla. (Koskenvuo 2003, 17–18.)

Työikäisten keskuudessa tautien ehkäisyn pääpaino on terveydelle edullisten elämäntapojen tukemisessa ja haitallisten elämäntapojen muuttamisessa

terveellisemmiksi. Tärkeä osuus on myös sairauksien ja niiden riskitekijöiden varhaisella toteamisella sekä ennaltaehkäisevällä lääkehoidolla. Erityisesti nuorilla työikäisillä elämäntapojen muuttaminen suositusten mukaiseksi on olennaista, kun taas keski-ikäisillä tautien ehkäisyn painopiste on riskitekijöiden ja tautien oireiden tunnistamisessa. Tautien ehkäisyä voidaan toteuttaa työterveystarkastuksissa ja muiden hoitajan tai lääkärin vastaanotolla käyntien yhteydessä. Ehkäisevät toimenpiteet tulee suunnitella yksilöllisesti, ottaen huomioon potilaan ikä, riskitekijät, toimintakyky ja mahdolliset sairaudet. Tautien ehkäisyä voidaan toteuttaa esimerkiksi terveystarkastusten, terveysneuvonnan ja ehkäisevän lääkityksen avulla. (Aromaa & Eskola 2009.)

6 SYDÄN- JA VERISUONITAUDIT

Sydän- ja verisuonitaudit ovat ryhmä erityyppisiä sydämen ja verenkiertoelimistön sairauksia, ja ne ovat maailman yleisin kuolinsyy. Vuonna 2008 arviolta 17,3 miljoonaa ihmistä maailmassa kuoli sydän- ja verisuonitauteihin, mikä vastaa noin 30 % kaikista kuolemista. Erityisesti matala- ja keskituloisissa maissa on korkea sydän- ja verisuonitauteihin liittyvä kuolleisuus. Sydän- ja verisuonitautien on ennustettu pysyvän maailman yleisimpänä kuolinsyynä ainakin seuraavien 20 vuoden ajan. (WHO 2011a.)

Sydän- ja verisuonitautien riskitekijöistä noin 80 % on selitettävissä väestön terveystyytymisellä. Suurimpia riskitekijöitä ovat tupakointi, vähäinen liikunta, epäterveellinen ruokavalio ja liiallinen alkoholin käyttö. Nämä tekijät nostavat verenpainetta, verensokeria ja kolesteroliarvoja sekä lisäävät ylipainoisuutta, jotka myös itsessään lisäävät sydän- ja verisuonitautien riskiä. Muita tunnettuja sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä ovat stressi, ikä ja perinnölliset tekijät. (WHO 2011a.)

Vähentämällä ja ehkäisemällä näitä riskitekijöitä saadaan parhaiten ennaltaehkäistyä myös sydän- ja verisuonitauteja. Tupakoinnin ja passiivisen tupakoinnin vähentäminen, liikunnan lisääminen ja terveellisen ruokavalion noudattaminen ovat olennaisimpia ennaltaehkäisyn alueita. Taudin puhjettua sitä voidaan hoitaa erilaisin lääkkein, muun muassa verenpainetta alentavilla, verta ohentavilla, tai kolesterolia laskevilla lääkkeillä. Lisäksi joitain sydän- ja verisuonitauteja voidaan hoitaa erilaisin toimenpitein, esimerkiksi sepelvaltimoiden ohitusleikkauksella tai asentamalla tahdistin. (WHO 2011a.)

Myös Euroopan unionissa eli EU:ssa sydän- ja verisuonitaudit ovat yleisin kuolinsyy ja ne aiheuttavat EU-maiden terveydenhuoltojärjestelmille n. 110 miljardin euron kustannukset vuosittain. Tämä vastaa noin 10 % terveydenhuollon kokonaiskustannuksista. Euroopassa sydän- ja verisuonitaudit ovat myös merkittävin sosioekonomisten terveyserojen syy. (EU 2011.)

Suomessa sydän- ja verisuonitautien esiintyvyys on suurinta Itä- ja Koillis-Suomessa, ja pienituloisilla on huomattavasti muita suurempi riski sairastua ja kuolla sydän- ja verisuonitauteihin (KTL 2011).

Kohonnut verenpaine on yksi sydän- ja verisuonitaudeista. Se on tila, jossa verenpaine on jatkuvasti normaalia suurempi. Normaali verenpaine on 120/80 mmHg. Kohonneen verenpaineen raja on 140/90 mmHg. Ensimmäistä lukua kutsutaan systoliseksi paineeksi eli yläpaineeksi, mikä kertoo valtimon sisällä olevan paineen sydämen supistuksen aikana. Toista lukua kutsutaan diastoliseksi paineeksi eli alapaineeksi, mikä kertoo valtimon paineen sydämen lepo-vaiheen aikana. (Käypä hoito 2009.)

Aivohalvauksella tarkoitetaan aivoinfarktin, aivoverenvuodon tai lukinkalvonalaisten verenvuotojen aiheuttamaa aivoverenkierron häiriötä. Aivoinfarkti puolestaan tarkoittaa riittämättömän tai puuttuvan verenvirtauksen eli iskemian aiheuttamaa aivokudoksen pysyvää vauriota. Vuonna 2007 aivoinfarktin sai Suomessa noin 14 600 henkilöä. Aivoinfarktipotilaan hoidon arvioidaan maksavan n. 21 000 euroa ensimmäisen vuoden aikana aivoinfarktista. (Käypä hoito 2011.)

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA OPINNÄYTETYÖTÄ OHJAAVAT KYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Suomen ja Viron keskeisimpiä sydän- ja verisuonitauteja ja kuvailla niiden hoitotyön ehkäisykeinoja.

Opinnäytetyötä ohjaavat kysymykset olivat seuraavat:

1. Mitkä ovat Suomen yleisimmät sydän- ja verisuonitaudit?
2. Mitkä ovat Viron yleisimmät sydän- ja verisuonitaudit?
3. Miten sydän- ja verisuonitauteja voidaan ehkäistä hoitotyön keinoin aikaisempiin tutkimuksiin perustuen?

8 AINEISTO, MENETELMÄT JA AINEISTON ANALYYSI

Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Sen työstäminen jaoteltiin kolmeen vaiheeseen. Aluksi suunniteltiin katsausta, toisessa vaiheessa katsaukseen tehtiin hakuja ja hauilla löytyneet artikkelit analysoitiin. Lopuksi katsaus raportoitiin. (Johansson ym. 2007, 4-5.) Alun perin opinnäytetyön aiheena oli ImPrim -projektipartnerimaiden yhteisödiagnostiikka, josta prosessimaisesti aihe muokkautui Suomen ja Viron kansantauteihin ja niiden ehkäisyyn. Kansantautien selvittämisen jälkeen aihe päätettiin rajata sydän- ja verisuonitauteihin. ImPrim -projektin maista valittiin Suomi ja Viro opinnäytetyön tekijöiden mielenkiinnon perusteella.

Opinnäytetyötä suunniteltaessa määriteltiin keskeiset käsitteet opinnäytetyön kannalta. Aihetta tutkittaessa yleisimmin esille nousseet käsitteet päätettiin määritellä etenkin huomioon ottaen ImPrim -projektin tavoitteet ja sen tarkoitus. Tavoitteiden ja tarkoituksen pohjalta keskeisiksi käsitteiksi nousivat sydän- ja verisuonitauti, kansantauti, primaaripreventio ja sekundaaripreventio.

Ennen kuin sydän- ja verisuonitautien ehkäisymenetelmät voitiin määritellä, tuli selvittää kummankin valtion yleisimmät sydän- ja verisuonitaudit. Taudit määriteltiin niiden yleisyyden, kuolleisuuden ja sairastavuuden perusteella. Tilastoina käytettiin Terveys 2000 -tutkimusta, Kansaneläkelaitoksen tilastoa yleisimmistä työkyvyttömyyseläkkeeseen johtaneista syistä, WHO:n DMDB (The European Detailed Mortality Database) -tilastoa, joka kuvaa maiden yksityiskohtaisia kuolinsyitä. Lisäksi käytettiin Estonia – Health System Review -katsausta, jossa on käyty läpi virolaisten tärkeimmät kuolinsyyt ja European Journal of Public Healthin julkaisemaa Measuring burden of disease in Estonia to support public health policy -tutkimusta, mihin on listattu Viron tärkeimmät kansantautiryhmät kuolleisuuden ja sairastavuuden perusteella.

Hoitotyön menetelmien lisäksi opinnäytetyössä on käsitelty Suomen ja Viron poliittisia linjauksia ja kansallisia strategioita kansantautien ja sydän- ja verisuonitautien ehkäisemiseksi ja terveyden edistämiseksi työikäisillä. Lähteinä

käytettiin Suomen lainsäädäntöä ja Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja sekä Viron lainsäädäntöä ja maan terveyden edistämisen instituutin TAI:n julkaisua. Nämä koettiin tärkeäksi, sillä kansalliset linjaukset vaikuttavat hoitotyöhön perusterveydenhuollossa ja täten myös kansantautien ehkäisyyn. Suomen osalta ei löytynyt Viron strategiaa vastaavaa kansallista julkaisua, joka olisi keskittynyt vain sydän- ja verisuonitautien ehkäisyyn. Hakuja tehtiin myös manuaalisesti, esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sivuilta.

Kirjallisuuskatsauksessa tietoa haettiin määriteltyjen hakusanojen ja rajoitusten avulla. Kirjallisuuskatsauksiin sisällytettiin ajanmukaisia, relevantteja ja tarkoitusta vastaavia tutkimuksia, jotta sen luotettavuus säilyisi. Kirjallisuuskatsaukset ovat kvalitatiivisia eli laadullisia tutkimuksia, joissa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Ominaispiirteitä ovat moninaiset tutkimukset ja tiedon keruun subjektiivisuus, jolloin tutkittavan kohteen näkemys korostuu. (Hirsjärvi ym. 2009, 160–166.)

Kirjallisuushaussa käytettyjä kriteerejä olivat, että artikkelien tuli olla julkaistu aikaisintaan vuonna 2006, niiden tuli koskea hoitotyön menetelmiä ja artikkelien tuli koskea työikäisiä. Lisäksi artikkelien tuli käsitellä sydän- ja verisuonitautien primaari- tai sekundaaripreventiota ja niiden kieliksi hyväksyttiin suomi ja englanti. Kriteerejä käytettiin kaikissa käytetyissä tietokannoissa. Tertiaaripreventio rajattiin pois, koska se ei ole puhtaasti ennaltaehkäisevää työtä (Koskenvuori 2003, 17-18).

Kansantautien sekä sydän- ja verisuonitautien määrittelyssä, kuten myös maiden kansallisten ohjelmien selvittämisessä käytettiin manuaalista hakua. Tietoa haettiin manuaalisesti muista lähteistä, kuin sähköisistä tietokannoista. Näitä lähteitä olivat esimerkiksi kirjat ja internetsivustot Suomen ja Viron kansantautien esiintyvyyttä selvitetiin myös sähköpostitse WHO:n toimihenkilöltä WHO:n tilastojen pohjalta. Lisäksi selvitetiin Terveyden- ja hyvinvoinnin laitokselta Terveys 2011 –tutkimuksen tulosten julkaisua. Tulokset eivät ehtineet opinnäytetyöhön, koska työ oli vielä kesken. Näiden lähteiden lisäksi opinnäytetyössä käytettiin Käypä hoito –suosituksia.

Tietokantoina kirjallisuuskatsauksessa käytettiin Pubmedia ja Mediciä, koska niiden avulla saatiin kattavasti sekä kotimaisia että ulkomaisia tutkimuksia halutuilla rajauksilla. Tietokannoista löytyi osittain samoja tutkimuksia. Pubmedissä hakusanana käytettiin ”prevention AND cardiovascular disease*”, jolla saatiin 26 osumaa. Otsikoiden perusteella artikkeleita valittiin kahdeksan, ja näistä abstraktin perusteella kuusi. Näistä rajattiin pois vielä kolme, koska artikkeleita ei ollut saatavilla koulumme kautta. Pubmedista valittiin opinnäytetyöhön yksi tutkimus.

Medic -tietokannasta haettiin hakusanoilla ”preventio* AND sydän- ja verisuoni*”, jolloin löytyi yksi osuma, joka poissuljettiin tekstin perusteella. Hakusanoilla ” ehkäis* AND sydän- ja verisuoni*” löytyi 17 osumaa, joista 15 poissuljettiin otsikoiden perusteella ja vielä yksi tekstin perusteella. Hakusanoilla ”prevention AND cardiovascular” osumia saatiin 67, joista poissuljettiin 57 otsikoiden perusteella ja neljä tiivistelmien perusteella. Medicistä opinnäytetyöhön valittiin yhteensä viisi tutkimusta.

Tutkimuksia etsittiin myös Cinahl-tietokannasta samoilla rajauksilla ja hakusanoilla ”prevention* AND cardiovascular”. Osumia löytyi 28, joista otsikoiden perusteella ei löytynyt yhtään opinnäytetyön aiheeseen sopivaa artikkelia.

Kaiken kaikkiaan opinnäytetyöhön valittiin kuusi tutkimusta. Poissuljetut, hauissa löytyneet artikkelit koskivat pääsääntöisesti tertiaaripreventiota, lääkehoitoa ja muita lääketieteellisiä menetelmiä eli ne eivät liittyneet hoitotyön keinoihin. Valituista artikkeleista keskityimme vain sydän- ja verisuonitautien ehkäisyyn työikäisten keskuudessa hoitotyön keinoin.

Aineiston analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi on tekstianalyysia, jolla pyritään tuottamaan tutkittavasta aiheesta tiivistetty kuvaus. Menetelmää toteutettiin koko opinnäytetyön teon ajan. Aineistosta nostettiin esille tutkijoita kiinnostavat asiat, jotka on määritelty tutkimuksen tarkoituksessa ja tutkimuskysymyksissä. Aineistosta tehtiin teemoittelu, eli aineisto pilkottiin ja ryhmiteltiin alustavasti eri aihepiireihin. Alustavan

ryhmittelyn jälkeen aineistosta etsittiin keskeisiä teemoja. Lopuksi aineistosta kirjoitettiin yhteenveto. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–93, 103.)

9 TULOKSET

9.1 Suomen kansantaudit sekä sydän- ja verisuonitaudit

Terveys 2000 -tutkimuksessa selvitettiin 30 vuotta täyttäneiden suomalaisten tärkeimmät terveyttä ja toimintakykyä koskevat tiedot. Sen mukaan sydän- ja verisuonitaudeista verenpainetauti sairasti naisista 30 % ja miehistä 32 % ja angina pectorista puolestaan naisista 19 % ja miehistä 23 %. Mielenterveysongelmia ja käyttäytymisen häiriöitä, esimerkiksi uupumusta, oli naisista 28 %:lla ja miehistä 27 %:lla. Tuki ja liikuntaelinvammoja, kuten selkäoireyhtymää, sairasti naisista 11 % ja miehistä 10 %. (KTL 2002, 38 - 62.)

Kansaneläkelaitoksen tilastojen perusteella Suomen suurimmat työkyvyttömyyseläkkeiden aiheuttajat vuonna 2007 olivat mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt, tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudosten sairaudet ja hermoston sairaudet. Sairauspäiviä aiheuttivat eniten puolestaan tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudosten sairaudet (5,1 milj. sairauspäivää), mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt (3,9 milj. sairauspäivää) ja erilaiset vammat, myrkytykset sekä ulkoisten syiden seuraukset kuten murtumat (2,2 milj. sairauspäivää). (KELA 2009, 171–177.)

World Health Organizationin DMDB (The European Detailed Mortality Database) -tilasto kuvaa kuolleisuutta sekä yksityiskohtaisia kuolinsyitä. Sen mukaan Suomessa krooniseen iskeemiseen sydänsairauteen kuoli 14 %, akuuttiin sydäninfarktiin 9 % ja Alzheimerin tautiin 5 % kaikista kuolleista. (WHO 2008.)

Näiden tilastojen perusteella kolmeksi suurimmaksi kansantaudiksi nousivat sydän- ja verisuonisairaudet, mielenterveyden ongelmat ja tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Nämä kolme ovat suurimpia kuolinsyitä ja työkyvyttömyyseläkkeen aiheuttajia, niiden sairastavuus on suurta ja ne aiheuttavat runsaasti sairauspäiviä.

WHO:n The European Detailed Mortality -tietokannan mukaan Suomen kolme yleisintä kuolemiin johtanutta sydän- ja verisuonitautia vuonna 2008 olivat krooniset iskeemiset sydänsairaudet (14 % kaikista kuolinsyistä), akuutit sydäninfarktut (10 %) ja aivoinfarktut (4 %). (WHO 2008.)

Terveys 2000 -kyselyn mukaan yli 30-vuotiaista suomalaisista miehistä 3 % ja naisista 2 % on sairastanut aivoinfarktun, ja miehistä 7 % ja naisista 2 % sydäninfarktun. Sydämen vajaatoiminnasta kärsi noin 4 % sekä miehistä että naisista, angina pectoriksesta puolestaan miehistä 8 % ja naisista 5 % (KTL 2002, 40.)

9.2 Viron kansantaudit sekä sydän- ja verisuonitaudit

European Journal of Public Healthin vuonna 2009 julkaisemassa Measuring burden of disease in Estonia to support public health policy -tutkimuksessa on listattu Viron tärkeimmät kansantautiryhmät kuolleisuuden ja sairastavuuden perusteella. Tutkimuksen mukaan selvästi suurimmat ryhmät ovat sydän- ja verisuonisairaudet, syövät ja ulkoiset syyt, kuten onnettomuudet ja itsemurhat. (Lai ym. 2009, 3.)

WHO:n DMDB -tietokannan mukaan kolme suurinta kuolinsyytä Virossa vuonna 2008 olivat krooniset iskeemiset sydänsairaudet (23 %), hypertensiiviset sydänsairaudet (9 %) ja aivoinfarktut (6 %) (WHO 2008).

Estonia – Health System Review -katsauksessa on käyty läpi virolaisten tärkeimmät kuolinsyyt vuosina 1996-2005. Katsauksen mukaan verenkiertoelimistön sairaudet (vuonna 2005 47 % miesten ja 55 % naisten kuolinsyistä), syövät (vuonna 2005 21 % miesten ja 20 % naisten kuolinsyistä) ja ulkoiset syyt (vuonna 2005 14 % miesten ja 7 % naisten kuolinsyistä) ovat olleet kaikkina vuosina kolme suurinta kuolinsyytä. Nämä syyt ovat yhdessä kattaneet kaikista kuolemista yli 80 %. (Koppel ym. 2008, 10-11.)

Virossa sydän- ja verisuonitaudit ovat ensisijainen työkyvyttömyyttä aiheuttava tautiryhmä; niiden osuus on 20 % kaikista työkyvyttömyyden aiheuttajista. Sen

jälkeen suurimpia työkyvyttömyyttä aiheuttaneita tautiryhmiä olivat tuki- ja liikuntaelinten vammat (15 %) ja mielenterveyden ongelmat (10 %). (Applica ym. 2007, 88.)

Viron kolmeksi suurimmaksi kansantaudiksi nousivat tilastojen perusteella sydän- ja verisuonisairaudet, syövät ja ulkoiset syyt, kuten myrkytykset ja itsemurhat. Tilastojen mukaan ne ovat tärkeimpiä kuolinsyitä ja aiheuttavat runsaasti ennenaikaisia kuolemia ja sairauspoissaoloja.

Virolaisista miehistä 18,5 % ja naisista 25,2 % on kärsinyt viimeisen vuoden aikana jostain verenkiertoelimistön sairaudesta (Matsi & Oja 2009, 48-49). WHO:n DMDB -tietokannan mukaan vuonna 2008 Viron kolme yleisintä kuolemaan johtanutta sydän- ja verisuonitautia olivat krooniset iskeemiset sydänsairaudet (23 % kaikista kuolinsyistä), hypertensiiviset sydänsairaudet (9 %) ja aivoinfarktut (6 %). (WHO 2008.)

European Journal of Public Healthin vuonna 2009 julkaisemassa tutkimuksessa on listattu Viron tärkeimmät kansantaudit kuolleisuuden ja sairastavuuden perusteella. Sekä kuolleisuuden että sairastavuuden perusteella miesten ja naisten yleisimpiä kansansairauksia olivat aivoinfarktut ja iskeemiset sydänsairaudet. Naisten osalta lisäksi hypertension eli korkean verenpaineen sairastavuus oli suurta. (Lai ym. 2009, 3.)

9.3 Kansalliset strategiat sydän- ja verisuonitautien ehkäisemiseksi

Sydän- ja verisuonitautien ennaltaehkäisystrategioita tarvitaan, koska kardiovaskulaariset sairaudet ovat keskeinen osa maan tautitaakkaa, ja ne lisäävät terveydenhuollon kustannuksia. Ehkäisyssä voidaan erottaa kolme erilaista strategiaa, jotka ovat väestöstrategia, korkean riskin potilaiden hoidon strategia ja tertiari-prevention strategia. Väestötasolla tavoitteena on vähentää valtimotautien ilmaantuvuutta koko väestössä vähentämällä riskitekijöiden vaikuttavuutta. Tämä toteutuu elintapoihin ja ympäristöön kohdistuvilla muutoksilla, jotka toteutuvat parhaiten poliittisten päätösten avulla. Yksilötasolla on tärkeää hu-

mioida henkilöt, joilla on eniten riskitekijöitä, sillä he hyötyvät toimenpiteistä eniten. (ESC 2007, 2375-2414.)

Valtakunnallisella tasolla sydän- ja verisuonitautien esiintyvyyttä pystytään vähentämään lisäämällä hallituksen tietoisuutta aiheesta ja kehittämällä terveydenhuollon koulutusta. Näiden toimien avulla voitaisiin taata väestölle savuton ympäristö, sekä edesauttaa terveellisen ruokavalion suosimista ja lisätä liikunnan määrää. (ESC 2007, 2375-2414.)

On todettu, ettei sydäntautien ehkäisytyötä toteuteta Euroopassa riittävästi. Valtimotautien ehkäisytyö helpottuu, jos hoitosuositukset ovat selkeitä ja yksinkertaisia, potilaskontakteille on varattu riittävästi aikaa, ja jos poliittiset päätökset tukevat ennaltaehkäisevää hoitotyötä. (ESC 2007, 2375-2414.)

9.3.1 Strategiat ja lainsäädäntö Suomessa

Suomen terveydenhuoltolain toisessa pykälässä määritellään lain tarkoituksiksi väestön terveyden, hyvinvoinnin, työ- ja toimintakyvyn sekä sosiaalisen turvallisuuden edistäminen ja ylläpitäminen. Lain tarkoituksena on myös vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja parantaa terveydenhuollon toimijoiden, kunnan eri toimialojen välistä sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2006 Sosiaali- ja terveyspolitiikan Terveys 2015 -strategian. STM esittää strategiassa näkemyksiä sosiaali- ja terveyspolitiikan tärkeimmistä painotuksista. Yksi strategian painotusalue on terveyden ja toimintakyvyn edistäminen sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuuden varmistaminen yhdenvertaiseksi kaikille. Keinoiksi STM esittää sosiaaliturvan kehittämistä toimivammaksi, jotta se turvaa riittävän toimeentulon ja palvelut. (STM 2006a, 4.)

Strategian tavoitteena on edistää yhteiskuntapoliittisin keinoin terveyttä ja vähentää tautien riskitekijöitä. Tällä tarkoitetaan, että terveys otetaan ohjaavaksi

tekijäksi, kun tehdään päätöksiä kansainvälisessä yhteistyössä, kansallisesti, alueellisesti ja paikallisesti. Päätösten vaikutusta ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin arvioidaan myös ennakolta. Lisäksi tuetaan ihmisten omatoimisuutta terveytensä ja hyvinvointinsa ylläpitäjinä ja edistäjinä huolehtimalla, että olosuhteet ja ympäristö tukevat ihmistä tekemään terveellisiä valintoja. (STM 2006a, 4.)

Väestöryhmien välisiä terveyseroja kaventaakseen STM pyrkii vaikuttamaan ryhmiin, joilla on eniten terveysriskejä ja heikompiosaisiin, jotta heidän asemansa ja yleinen terveydentilansa kohenee. Konkreettisiksi keinoiksi määritellään laaja-alaisen, kansallisen terveyseroja kaventavan toimintasuunnitelman luominen ja systematisoitu terveyserojen seuranta. Keinoiksi nostetaan myös tupakan ja alkoholin käytön vähentäminen niiden saatavuutta ja mainontaa rajoittamalla sekä verotusta kehittämällä. Palvelujärjestelmän tasa-arvoistamista lisätään ja kunnissa tapahtuvaa terveyserojen kaventamistyötä vahvistetaan. (STM 2006a, 8-9.)

Työikäisten terveyden ja toimintakyvyn kehittämisen keinoiksi strategiassa nostetaan työhön osallistumista haittaavien ongelmien vähentäminen, työelämän laadun parantaminen ja työterveydenhuollon ehkäisevän, oikea-aikaisen ja kuntouttavamman toiminnan tukeminen sekä työterveyspalvelujen mitoittaminen tarkoituksenmukaisiksi ja riskiryhmiä tukeviksi. Myös työelämän ulkopuolella olevien, kuten opiskelijoiden ja työttömien terveyttä edistetään. Tavoitteena on, että työikäiset voisivat jatkaa työelämässä vielä 2-3 –vuotta nykyistä kauemmin. (STM 2006a, 9-10.)

Palveluiden laadun näkökulmasta niiden saatavuus ja toimivuus nähdään terveyttä edistävänä tekijänä. Esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyys ja hyvä ammattitaito lisää palveluiden laadukkuutta, mutta huomioon on otettava myös asiakkaiden ja potilaiden toimintakyky ja avuntarve. Konkreettisiksi keinoiksi strategiassa esitetään henkilöstömitoitusta ja henkilöstörakennetta koskevien suositusten tekemistä sekä koulutuksen ja työolojen kehittäminen sellaisiksi, että ne motivoivat kansalaisia työskentelemään sosiaali- ja terveydenalan tehtävissä. Palveluiden laatuun vaikuttavat myös kansalliset hoito-

ohjelmat ja laatusuosituksset, joiden vaikuttavuutta ja käyttöönottoa seurataan ja edistetään. Palvelujen saatavuudesta strategiassa sanotaan, että niiden tulee olla koko maassa yhdenvertaiset. Tällä tarkoitetaan, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tehtävien tulee vastata väestön tarpeita, olla tasa-puolisia sekä tehokkaita ja täten parantaa vaikuttavuuttaan. Palveluiden saaminen ei ole riippuvainen asuinpaikasta, vaan ne ovat vapaasti asiakkaan valittavissa, ja palvelurakenne on tehty toimivaksi, jotta sosiaalinen hyvinvointi ja terveyden edistäminen saadaan turvattua. (STM 2006a, 18-22.)

KASTE on kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma, jossa on määritelty vuosille 2008–2011 kehittämistavoitteet ja toimenpiteet niiden saavuttamiseksi. Näitä toimenpiteitä on suunnattu Stakesille, Kansanterveyslaitokselle, Työterveyslaitokselle ja lääninhallitukselle. Toimenpiteiden kautta on tavoitteena saada kuntalaisten osallisuus lisääntymään ja syrjäytyminen väheneämään. Tavoitteena on myös uudistaa toimintatapoja siten, että ne edistäisivät hyvinvointia ja terveyttä entistä paremmin, jolloin hyvinvointi- ja terveyserot kaunistuisivat. Palveluiden laatua, vaikuttavuutta ja saatavuutta pyritään parantamaan, ja alueellisia eroja vähennetään. KASTE-ohjelman myötä on tullut voimaan uusi terveydenhuoltolaki. (STM 2008, 20-24, 55.)

Sydän- ja verisuonitautien osalta KASTE-ohjelmalla on useita keskeisiä tavoitteita. Alkoholijuomien kokonaiskulutus, ylipainoisten osuus työikäisistä ja tupakoivien osuus 16-18-vuotiaista on tarkoitus saada laskemaan. Terveydenhuollon hoitoon pääsyn aikarajojen toteutuvuutta pyritään parantamaan, ja lääkäri- ja sosiaalityöntekijävaje vähenee. Myös alueellisia eroja erikoissairaanhoidon vaikuttavuudessa pyritään vähentämään. (STM 2008, 27-28.)

Käytännön toimenpiteinä KASTE-ohjelma haluaa tarjota kunnille asiantuntija-apua ja ohjausta hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. KTL:n johdolla on tarkoitus kehittää seurantajärjestelmää, jolla väestön ja sen osaryhmien terveyttä ja terveyteen vaikuttavia tekijöitä pystytään seuraamaan. Tarkoituksena on luoda myös järjestelmä, jonka avulla voidaan arvioida erilaisten lakien ja suunnitelmien terveydellisiä vaikutuksia. Varhaisen puuttumisen työmenetelmiä kehitetään, ja varhainen puuttuminen tehdään osaksi kunnallista päätöksentekoa.

Työyhteisöjen tarjoamia sosiaali-, terveys- ja kuntoutuspalveluja kehitetään. Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön osaamista vahvistetaan ja henkilöstön voimavaroja kehitetään luomalla työpaikkojen ja koulujen välille yhteistyökäytäntöjä ja käynnistämällä uusia aikuiskoulutuskokeiluja. Perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon ja erikoissairaanhoidon palveluita kehitetään niin, että ne muodostavat asiakkaille ehjän kokonaisuuden. Tämä helpottaa hoitoon hakeutumista ja hoidon toteutumista. Potilaiden hoidon laadun ja vaikuttavuuden arviointia pyritään kehittämään, ja potilasturvallisuustyötä kehitetään systemaattisesti. (STM 2008, 30-50.)

9.3.2 Strategiat ja lainsäädäntö Virossa

Viron Rahvatervise seadus:ssa eli kansanterveyslaissa on tarkoituksena edistää terveyttä ja ehkäistä sairauksia. Pää tavoitteina on kunnioittaa yksilöiden, perheiden ja yhteisön terveyttä, vähentää ennen aikaisia kuolemia ja työkyvyttömyyttä, parantaa elämänlaatua ja pidentää työuria. Lisäksi lain päämääränä on vähentää eriarvoisuutta ja edistää riskitekijöiden arviointia. Laissa on määriteltä, että kroonisten tautien riskitekijöitä tulee seurata ja niiden ehkäisylle täytyy olla määriteltynä suunnitelma. Väestölle tulee jakaa tietoa terveydestä ja terveiden elämäntapojen noudattamisesta, ja riskitekijöitä pyritään vähentämään vaikuttamalla väestön terveyskäyttäytymiseen. Terveiden edistämisen vaatimat toimenpiteet rahoitetaan valtion budjetista. (Public health act RT¹ I 1995, 57, 978.)

Viron kansallinen terveyden edistämisen instituutti, Tervise Arengu Instituut eli TAI on julkaissut vuonna 2005 kansallisen strategian sydän- ja verisuonitautien ehkäisemiseksi vuosina 2005–2020. Tämä on ensimmäinen Viron kansallinen strategia aiheesta. Aiemmin on erillisten projektien avulla yritetty ehkäistä sydän- ja verisuonitauteja, mutta nämä projektit on todettu riittämättömiksi. Strategia pyrkii tarjoamaan tasa-arvoisia, laadukkaita palveluita kaikille virolaisille. Strategian tarkoituksena on ennaltaehkäistä sydän- ja verisuonitauteja saamalla väestö harrastamaan säännöllisesti liikuntaa, syömään monipuolisesti, olemaan

tupakoimatta, kontrolloimaan verenpainettaan ja kolesteroliaan sekä arvostamaan omaa terveyttään ja psykososiaalisia tekijöitä. Ajatuksena on taata jokaiselle 2000-luvulla syntyneelle edellytykset elää 65-vuotiaaksi kärsimättä ehkäisävissä olevasta sydän- ja verisuonitaudista. (TAI 2005, 3-20.)

Strategian päätavoitteena on saada sydän- ja verisuonitautien kuolleisuus ja sairastuvuus tasaiseen laskuun. Indikaattorina on työikäisten kuolleisuus: vuoteen 2020 mennessä työikäisten miesten kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin olisi tavoitteen mukaan 40 % ja naisten 30 % pienempi kuin vuonna 2005. Liikunnan osalta tavoitteena on lisätä vähintään kaksi kertaa viikossa liikkuvien työikäisten määrää 60 %:iin väestöstä vuoteen 2020 mennessä. Paikallisten liikuntatapahtumien määrää on tarkoitus lisätä tukemalla kuntia. Elinympäristöjä pyritään kehittämään liikunnan harrastamista tukeviksi, ja väestöä informoidaan kaikenlaisen liikkumisen tärkeydestä. Myös hoitohenkilökuntaa on tarkoitus kouluttaa, jotta heillä olisi laajempi tietämys elintapaohjauksesta. (TAI 2005, 3-20.)

Ruokailutottumusten osalta strategian tavoitteena on nostaa päivittäin hedelmiä ja vihanneksia nauttivien osuus aikuisväestöstä 70 %:iin vuoteen 2020 mennessä. Tavoitteen mukaan ruuanlaitossa 96 % käyttäisi kasvisrasvoja vuonna 2020. Tavoitteeseen pyritään tekemällä ruokailusuosituksia erilaisille ryhmille, tekemällä tietokoneohjelma ravitsemustilan arvioinnista väestölle, kampanjoimalla kasvien terveellisyydestä ja kouluttamalla terveydenhuollon sekä elintarviketeollisuuden työntekijöitä. Lisäksi elintarvikkeisiin aletaan systemaattisesti merkitä tietoja niiden ravintoarvoista, ja kroonisista sairauksista kärsiville tehdään omat ravintosuositukset. (TAI 2005, 3-20.)

Tupakoinnin osalta strategian tavoitteena on vähentää päivittäin tupakoivien miesten määrä 30 %:iin ja naisten määrä 10 %:iin väestöstä vuoteen 2020 mennessä. Lisäksi tavoitteena on vähentää aikaa, jonka väestö joutuu käyttämään tupakan savua sisältävässä ympäristössä. Tavoitteeseen pyritään lisäämällä väestön tietoisuutta tupakoinnin haitoista, vähentämällä paikkoja joissa tupakointi on sallittua, lisäämällä tupakan verotusta ja lisäämällä tupakoinnin lopettamiseen liittyvä ohjaus ja terveysneuvonta osaksi perusterveydenhuoltoa. (TAI 2005, 3-20.)

Viron kansallinen strategia sydän- ja verisuonitautien ehkäisemiseksi pyrkii siihen, että terveyspalvelujen resursseja sydän- ja verisuonitautien riskin arviointiin lisätään ja että potilaille järjestetään kuntoutusta ja seurantaa. Ennaltaehkäiseviä terveyspalveluja kehitetään perusterveydenhuollossa, ja tietoa ja koulutusta tarjotaan enemmän hoitavalle henkilökunnalle. Tämä toteutetaan lisäämällä mahdollisuutta näyttöön perustuviin hoitomenetelmiin, lisäämällä tiloja ja välineitä, järjestämällä kuntoutus- ja seurantajärjestelmiä ja lisäämällä valtion rahoitusta alan tutkimukseen. (TAI 2005, 3-20.)

Strategia on otettu käyttöön maassa, ja Viroon on tavoitteena luoda infopisteitä, joissa jaetaan tietoa sydänterveydestä. Aiheesta luodaan nettisivusto, ja kehitetään paikallisia informoinnin välineitä. Työntekijöiden terveydestä huolehtivia työpaikkoja tuetaan, ja niitä varten valmistetaan ohjemateriaalia. Mediaan tuetaan kampanjoita aiheesta, ja joka vuosi järjestetään kansallinen sydänviikko väestön tietoisuuden lisäämiseksi. (TAI 2005, 3-20.)

9.4 Aiemmat tutkimukset sydän- ja verisuonitautien ehkäisystä

9.4.1 Sydän- ja verisuonitautien riskin arviointi

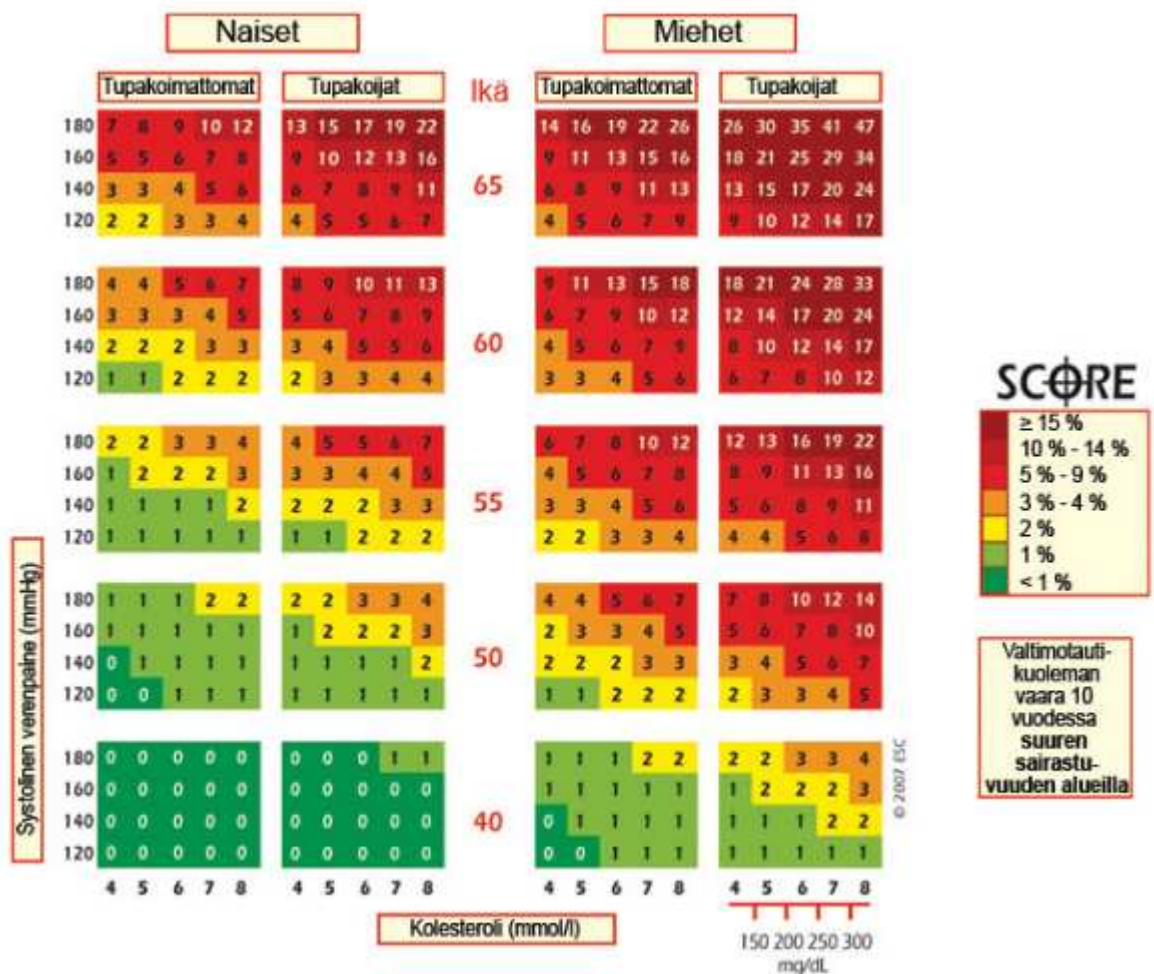
Potilaan sydän- ja verisuonitautien riskin arviointi on tärkeää, sillä korkean riskin potilaat hyötyvät interventioista eniten. Riskin suuruus tulee arvioida potilaan tullessa esimerkiksi vastaanotolle tai sairaalaan, erityisesti jos potilas on keskiikäinen tupakoitsija, jos hänellä on jokin tiedossa oleva riskitekijä tai oire, tai jos hänen suvussa on henkilöitä, joilla on todettu nuorena jokin sydän- ja verisuonitauti. (ESC 2007, 2375-2414.)

Henkilöillä, joilla on jo todettu sydän- ja verisuonitauti tai jolla on diabetes, johon liittyy mikroalbuminuriaa, tai jolla on huomattavan suuri yhden riskitekijän taso, on aina suuri valtimotautiriski. (ESC 2007, 2375-2414.)

Näennäisesti terveiden henkilöiden sydän- ja verisuonitautien riskin arvioinnissa voidaan käyttää SCORE-riskitaulukkoja (Systematic coronary risk evaluation).

Esimerkki SCORE-riskitaulukosta on esitetty kuviossa 1. SCORE-järjestelmä arvioi henkilön kaikkia kuolemaan johtavien ateroskleroottisten tapahtumien, esim. aivohalvauksen tai sydäninfarktin, 10-vuotisriskiä. Järjestelmässä pystytään ottamaan huomioon muutamien yksittäisten riskitekijöiden aiheuttamat vaarat. Taulukosta on olemassa myös HeartScore-niminen interaktiivinen versio, jossa pystytään ottamaan huomioon kaikki tunnetut riskitekijät. (ESC 2007, 2375-2414.)

Myös sukuanamneesin selvittäminen on tärkeä osa riskin arviointia. Esimerkiksi sepelvaltimotaudin riski on olennaisesti kasvanut henkilöillä, joiden lähisukulaisilla on todettu tautia. Riski on sitä suurempi, mitä lähemmällä sukulaisilla ja mitä nuoremmassa iässä tauti on todettu. Myös sairastuneiden määrä lähisuvussa vaikuttaa. (ESC 2007, 2375-2414.)



Kuvio 1. Esimerkki Score-riskitaulukosta (Terveyskirjasto 2009).

Korhosen tutkimuksen tavoitteena oli helpottaa sydän- ja verisuonitautien riskin arviointia ja tätä kautta ennaltaehkäistä tauteja. Tarkoituksena oli luoda seulontajärjestelmä perusterveydenhuollolle, jotta löydetään suuren riskin potilaat väestöstä. Tutkimukseen osallistui 4450 45-70 -vuotiaista Harjavallan ja Kokemäen asukasta, jotka eivät olleet aikaisemmin terveydenhuollon seurannan piirissä. Tutkittavat vastasivat kyselyyn, jossa pyydettiin mittaamaan vyötärön ympäryys, ilmoittamaan viimeisin mitattu verenpaine, kertomaan lääkityksestään sekä omasta ja lähisukulaisten sairastavuudesta. Potilaiden sydän- ja verisuonitautien riskiä arvioitiin Finnish Diabetes Risk Score- eli FINDRISC -kaavakkeen avulla, jonka on tarkoitus arvioida tyyppin 2 diabeteksen riskiä. FINDRISC -kaavakkeessa kysytään vyötärön ympärystä, painoindeksiä, ikää, liikunnan määrää, kasvisten syönnin määrää ja lääkitystä. Lisäksi kaavakkeessa kysytään, onko vastaajalla ikinä todettu korkea veren sokeria tai onko hänen sukulaisillaan todettu diabetesta. Vastaukset pisteytetään niin, että korkean riskin potilaat saavat eniten pisteitä. (Korhonen 2009, 36-39.)

Vastaajat, joilla havaittiin FINDRISC -kaavakkeen avulla suuri riski, pyydettiin laboratoriotesteihin, joissa testattiin kolesteroliarvot ja tehtiin sokerirasituskoet, ja lisäksi heiltä mitattiin BMI ja verenpaine. Jos testeissä ilmeni että tutkittavalla oli korkea verenpaine, metabolinen oireyhtymä, diabetes tai heikentynyt glukoosinsietokyky, painoindeksi yli 30kg/m^2 , tai jos heidän riskinsä kuolla sydän- ja verisuonitauteihin kymmenen vuoden aikana oli yli 5 % SCORE -järjestelmällä arvioituna, varattiin heille lääkärintarkastus 2-4 kuukauden päähän. (Korhonen 2009, 37-43.)

Tutkittavista 84 %:lta löytyi ainakin yksi sydän- ja verisuonitautien riskitekijä. Yleisimmät riskitekijät olivat hypertensio eli korkea verenpaine ja dyslipidemia eli jokin rasva-aineenvaihdunnan häiriö. Heistä 69 % ei tiennyt aiemmin riskitekijästä. Potilaille, joilla todettiin jokin riski, tarjottiin hoitajan antamaa yksilöllistä elämäntapaohjausta. Tutkimus osoitti, että FINDRISC -kaavake on edullinen, noninvasiivinen ja tehokas tapa arvioida väestön sydän- ja verisuonitautien riskiä. Myös verenpainemittaus oli tehokas tapa tunnistaa korkean riskin potilaat. (Korhonen 2009, 44, 65-66.)

Tutkimuksessa todetaan, että hoitajien ammattitaitoa voitaisiin hyödyntää nykyistä enemmän perusterveydenhuollossa riskipotilaiden arvioinnissa. Hoitajat pystyvät mittaamaan verenpaineen ja arvioimaan riskin SCORE-taulukon tai FINDRISC -kaavakkeen avulla. Jos riskipotilaat kävisivät aluksi hoitajan vastaanotolla elämäntapaohjauksessa ja heidät ohjattaisiin vasta tarpeen vaatiessa lääkärille esimerkiksi lääkityksen aloittamisen vuoksi, säästyisi rahaa ja lääkäreiden resursseja. (Korhonen 2009, 74.)

9.4.2 Elämäntapaohjaus

Tupakoinnin lopettaminen, terveellinen ruokavalio ja liikunta vähentävät veren kolesterolipitoisuutta, laskevat verenpainetta ja auttavat painonhallinnassa. Tästä syystä elämäntapojen muuttaminen ja hoitohenkilökunnan antama elämäntapaohjaus ovat olennaisia sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyn kannalta. (ESC 2007, 2375-2414.)

Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus on tärkeä työkalu elämäntapojen muutoksessa. Huonot kokemukset ja epäonnistuneet yritykset elämäntapamuutoksessa voivat johtaa itsehoidon heikkenemiseen. Hoitajana elämäntapaohjauksessa antaessa onkin tärkeää huomioida, että potilaalle täytyy varata riittävästi aikaa, ja puhua tälle tämän omalla kielellä. Potilaan kuuntelu, asenteiden tarkkailu ja henkilökohtaisten näkemysten huomiointi on tärkeää. Potilaan täytyy itse tunnistaa riskitekijät, joita täytyy muuttaa. Elämäntapamuutos ei ole aina helppoa, joten hoitaja ja potilas voivat yhdessä laatia suunnitelman muutosta varten, ja etenemistä voidaan seurata seurantakänneillä. Motivointi ja kannustus sekä potilaan muuttumishalun vahvistaminen on tärkeää. Elämäntapojen muutos voi olla vaikeaa esimerkiksi taloudellisen tilanteen, stressin tai huonon sosiaalisen aseman vuoksi. Näiden tekijöiden tunnistaminen edesauttaa ohjaajan empaattisuutta, ohjaamiskykyä sekä mahdollisuutta antaa henkilökohtaisia, selkeitä ohjeita. (ESC 2007, 2375-2414.)

Tupakoinnin ehkäisemiseksi ja potilaan mahdollisen tupakoinnin lopettamiseksi tupakointitottumuksia olisi hyvä tiedustella aina kun mahdollista. Lopettamiseen

on aina kehotettava, eikä lopettamiselle ole ikärajaa. Vaikkei potilas tiedustelun hetkellä olisikaan halukas lopettamaan tupakointia, voi häntä silti muistuttaa tupakoinnin tärkeimmistä terveyshaitoista. (ESC 2007, 2375-2414.)

Ravitsemuksen suhteen erityisesti rasvahappojen laadulla ja natriumin saannilla on suuri merkitys. Suuren riskin potilaille tulisi tarjota ravitsemusohjausta. Yleiset ravitsemussuositukset sopivat kaikille. Ruuan tulisi olla monipuolista, ja energiansaannin tulisi vastata kulutuksen määrää. Ruoka-aineista suositaan hedelmiä, vihanneksia, kokojyvätuotteita, kalaa, vähärasvaista lihaa ja rasvattomia maitotuotteita. Ruuat, jotka sisältävät runsaasti tyydyttyneitä rasvoja, tulisi korvata tuotteilla joiden rasvan laatu on parempi. Erityisesti henkilöiden, joilla on kohonnut verenpaine, on tärkeää vähentää suolan saantia. Ruokavalion parantaminen ja liikunnan lisääminen on erityisen tärkeää ylipainoisilla ja niillä, joilla on runsaasti rasvaa vatsan alueella. Ohjauksessa on korostettava liikunnan myönteisiä vaikutuksia ja autettava potilasta etsimään itselle mieluisia liikuntamuotoja. Hoitohenkilökunnan kannustus ja tuki auttavat liikunnan aloittamisessa. (ESC 2007, 2375-2414.)

Mattilan (2009) väitöskirjassa on tutkittu moniammatillisen elämäntapaohjauksen vaikuttavuutta verenpaineeseen ja sydän- ja verisuonitautien riskiin. Tutkimukseen osallistui 731 vapaaehtoista 25-64-vuotiasta suomalaista, joilla oli todettu korkea verenpaine. Tutkimukseen osallistuneet jaettiin kahteen ryhmään: verrokkiryhmään, joka sai verenpainelääkitystä ja interventioryhmään, joka sai moniammatillista elämäntapaohjausta. Molempien ryhmien verenpainetta, painoindeksiä, vyötärönympärystä ja kolesterolia seurattiin säännöllisin väliajoin. Lisäksi heille tehtiin tutkimuksen alussa ja lopussa kysely elämäntavoista esimerkiksi liikunnan määrästä ja suolan käytöstä.

Interventioryhmä sai tutkimuksen alussa yhdeksän kuukauden ajan elämäntapaohjausta. Ensin heille järjestettiin jakso, jonka aikana heillä oli tapaamisia lääkärin, psykologin, fysioterapeutin, ravitsemusterapeutin ja kokkin kanssa. Tapaamisissa käytiin läpi korkean verenpaineen haittavaikutuksia ja yleisimpiä sydän- ja verisuonitauteja ja opeteltiin tunnistamaan ja sietämään stressaavia tilanteita. Fysioterapeutin kanssa osallistujat kävivät läpi fyysisen aktiivisuuden

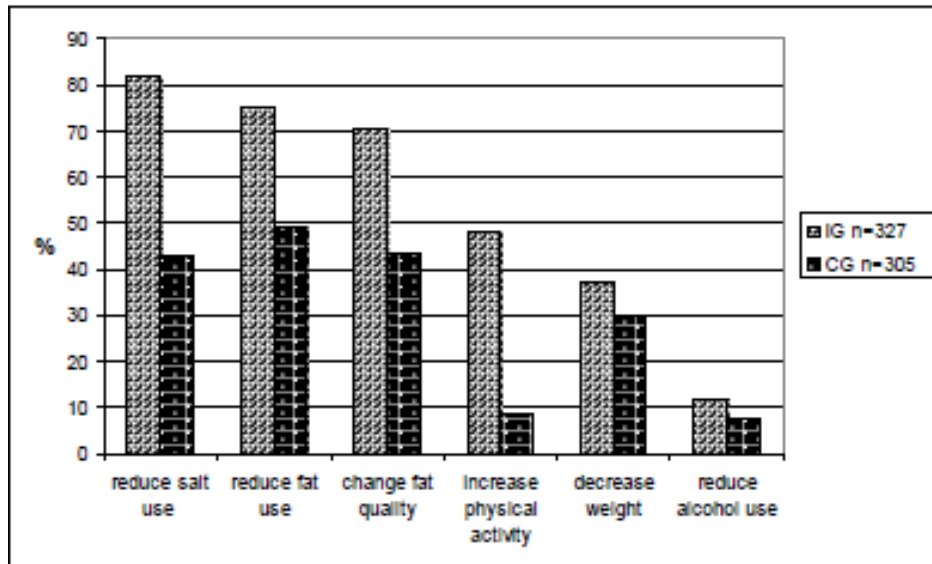
merkitystä ja liikuntasuosituksia, sekä uivat ja tekivät aerobisia harjoituksia ja harjoittelivat rentoutustekniikoita. Heille myös tehtiin kävelytesti. Ryhmäläiset saivat tietoa erilaisten ravintoaineiden merkityksestä ja pitivät ruokapäiväkirjaa sekä harjoittelivat kokin kanssa tekemään vähäsuolaista ja -rasvaista ruokaa. (Mattila 2009.)

Neljän kuukauden kuluttua tästä jaksosta interventoryhmälle järjestettiin viikonlopun pituinen tukijakso, jonka aikana osallistujat saivat keskustella tunteistaan ryhmissä. Lisäksi heidän kanssaan kerrattiin korkean verenpaineen haittavaikutuksia ja järjestettiin kävelytesti sekä erilaisia fyysisiä harjoituksia. Tästä jaksosta neljän kuukauden kuluttua järjestettiin vielä toinen vastaava viikonlopputaapaaminen, jossa osallistujien piti pienissä ryhmissä luoda kuvitelluille verenpainetauti sairastaville potilaille yksilöllisiä suosituksia. Heillä oli myös jälleen kävelytestit ja muita harjoituksia, sekä keskustelua elämäntapojen muuttamisesta. (Mattila 2009.)

Jaksojen välissä interventoryhmään kuuluville lähetettiin kotiin kuusi kirjettä, joiden tarkoituksena oli muistuttaa jaksoilla keskustelluista aiheista ja heidän henkilökohtaisista tavoitteistaan. Lisäksi heille jaettiin erilaisia materiaaleja korkeasta verenpaineesta ja siihen liittyvistä tekijöistä. (Mattila 2009.)

Sekä verrokkiryhmälle että interventoryhmälle pidettiin tarkastus ensin vuosi ja sitten kaksi vuotta ohjelman alkamisen jälkeen. Kävi ilmi, että ensimmäisen vuoden jälkeen interventoryhmän systolinen ja diastolinen verenpaine olivat laskeneet selvästi enemmän kuin verrokkiryhmän. Interventoryhmässä myös paino ja vyötärön ympäryys olivat pienentyneet enemmän kuin verrokkiryhmällä, ja heidän fyysinen aktiivisuutensa oli kohonnut. Interventoryhmäläisten paino oli pudonnut keskimäärin 1,4 kg, kun verrokkiryhmäläisten paino oli pysynyt samana. 38 %:lla interventoryhmäläisistä fyysinen aktiivisuus oli lisääntynyt, kun verrokkiryhmällä vastaava luku oli 28 %. Tupakoivien määrä oli vähentynyt molemmissa ryhmissä, mutta itse ilmoitetun alkoholin kulutuksen määrä oli lisääntynyt molemmissa ryhmissä. Myös toisessa tarkastuksessa tulokset olivat kaiken kaikkiaan parempia interventoryhmällä. Interventoryhmällä paino ja BMI olivat pysyneet keskimäärin samana, kun verrokkiryhmällä molemmat olivat

hieman nousseet. Tulokset olivat parempia miesten kuin naisten osalta molemmissa ryhmissä. Kuviossa 2 on esitelty tarkemmin ryhmien välisiä eroja elämäntapojen muutoksissa. Tulokset ovat tilastollisesti merkitseviä erityisesti liikunnan lisäämisen osalta. (Mattila 2009.)



Kuvio 2. Osuus ryhmäläisistä, jotka ovat muuttaneet tiettyjä elämäntapojaan. Vertailu interventioryhmän (=IG) ja verrokkiryhmän (=CG) välillä. (Mattila 2009.)

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että moniammatillisella elämäntapaohjauksella voidaan saada aikaan kestäviä muutoksia elämäntavoissa. Nämä muutokset auttavat laskemaan verenpainearvoja ja ylläpitämään matalampaa verenpainetta. Elämäntapaohjaus näyttäisi kuitenkin olevan tehokkaampaa miehillä, sillä naisten tulokset olivat samankaltaisia molemmissa ryhmissä. (Mattila 2009.)

Evaluation of consultation training in hypertension care -artikkelin tarkoitus oli arvioida verenpainepotilaille suunnatun potilasohjauksen sisältöä ennen ja jälkeen sairaanhoitajien konsultaatiokoulutuksen. Tarkoituksena oli arvioida myös potilasohjauksen vaikuttavuutta. Koulutuksessa käytiin läpi potilaslähtöistä ohjaamista, vaihe vaiheelta etenevää ohjausmallia (The Stages of Change model, SOC), tämänhetkisiä sydän- ja verisuonitautien ehkäisyn suosituksia, elämäntapoihin liittyviä tekijöitä ja lääkehoitoa. Näiden lisäksi sairaanhoitajat saivat tutkimusta varten tehdyn lehtisen (Following one's treatment step by step — working booklet for patients), minkä tarkoitus oli tukea verenpainepotilaan riskiteki-

jöiden itsehallintaa. Tutkimukseen valittiin 19 sairaanhoitajaa, jotka kontrolloidusti pitivät satunnaisille potilaille pre-intervention sekä post-intervention koulutuksen jälkeen. Molemmat interventiot nauhoitettiin ja niissä nousseet aiheet sekä kesto kirjattiin ylös. (Bengtson ym. 2009.)

Sekä ennen että jälkeen sairaanhoitajien saaman koulutuksen, potilaiden kanssa keskusteltiin eniten ruokavaliosta ja kuntoilun tärkeydestä. Lääkitys, muut terveysongelmat kuin korkea verenpaine, ruokavalio ja veren rasva-arvot, ajan varaaminen, verenpaineen mittaaminen, tupakan sekä nuuskan käyttö olivat yleisiä puheenaiheita koulutuksen jälkeen. Alkoholin käyttö ja sen vaikutukset sekä vastuu omasta hoidosta olivat merkittävämpiä puheenaiheita koulutuksen jälkeen. Aiemmat verenpaine-arvot ja sosiaaliset kysymykset taas olivat ennen koulutusta merkittävämpiä puheenaiheita. (Bengtson ym. 2009.)

Koulutuksen jälkeen suurimmat muutokset puheenaiheissa liittyivät elintapojen muutokseen ja potilaan vastuuseen omasta hoidostaan. Muista terveysongelmista ja aiemmista verenpaine-arvoista puhuminen sekä ajanvarauksesta puhuminen vähenivät eniten koulutuksen jälkeen. Koulutuksen jälkeen muut terveysongelmat, ruokavalio ja paino-ongelmat, liikunta, veren rasva-arvot, lääkitys, ajan varaus, verenpaineen mittaaminen ja tupakointi olivat keskeisiä puheenaiheita. Potilasohjaukseen käytetty aika ei pidentynyt koulutuksen jälkeen. Lyhin käytetty aika oli 3,5-5 minuuttia ja pisin 46 minuuttia. (Bengtson ym. 2009.)

Tutkimusta varten suunniteltu ohjausvihko sai sairaanhoitajat käyttämään innovatiivisia tapoja ohjata sydänpotilasta ja saamaan potilaat tiedostamaan henkilökohtaiset kohonneen verenpaineen riskit ja niiden ehkäisykeinot. Ohjaus oli potilaslähtöistä ja keskittyi täten siihen, kuinka potilas itse voi muuttaa elämäntapojaan. (Bengtson ym. 2009.)

Potilaskeskeisen koulutuksen saaneet sairaanhoitajat, jotka käyttivät ohjaustilanteessa SOC -mallia, onnistuivat korostamaan merkittävästi verenpainetaudin riskitekijöitä ja niiden ehkäisyä sekä itsehoitoa. (Bengtson ym. 2009.)

9.4.3 Primaari- ja sekundaaripreventio väestötasolla

Suomessa on kehitetty vuodesta 1994 asti valtimotautien ehkäisyn laatuverkostoa. Tähän kuuluu 48 terveyskeskusta, jotka pyrkivät merkittävien kansantautien ehkäisyn ja hoidon systemaattiseen kehittämiseen. Nämä terveyskeskukset kattavat yli puolet väestöstä. Laatuverkosto on keskittynyt kehittämään diabeteksen, kohonneen verenpaineen ja sepelvaltimotaudin hoitoa kehittämällä paikallisia hoitomalleja, ryhmittelemällä potilaita hoidon tarpeen mukaan ja kohdentamalla henkilökunnan resursseja. Laatuverkoston toiminnan tuloksia on arvioitu laatuindikaattorien avulla, joista tärkeimmät on valittu ydinindikaattoreiksi. Näitä ovat mm. tupakointi, kolesteroli- ja verenpaine-arvot. Indikaattoreille on asetettu tietyt tavoitearvot. Esimerkkinä tavoitearvoista verenpainepotilaista alle viisi prosenttia tupakoi päivittäin. Ydinindikaattoreita on vertailtu kerran vuodessa, ja terveyskeskuksissa on havaittu ydinindikaattorien kehityksen suunnan olevan myönteinen. Kuitenkaan kohonneen verenpaineen hoidon osalta tavoitteita ei ole vielä pystytty tavoittamaan, vaikka hoitotulokset ovatkin parantuneet. Laatuverkostoon kuuluvissa terveyskeskuksissa kehityksen on havaittu olevan parempaa kuin maan muissa terveyskeskuksissa. Yksi verkoston vahvuuksista on henkilökunnan saama nopea palaute, joka motivoi työntekijöitä. Jos jokin tulos on koettu huonoksi, on siitä saatu palautetta nopeasti ja ongelma saatu korjattua. Myös henkilökunnan kouluttamisella ja toimintamallien uudistamisella on ollut myönteisiä tuloksia. (Winell ym. 2011, 1835-1839.)

Pohjois-Karjala -projekti oli maailman ensimmäinen väestöpohjainen tutkimus, jonka tavoitteena oli ehkäistä sydän- ja verisuonitauteja. Tarkoituksena projektilla oli alun perin vähentää Pohjois-Karjalan väestön kuolleisuutta sydän- ja verisuonitauteihin. Tavoitteena oli vaikuttaa väestön tupakointiin, ruokailutottumuksiin, kolesteroliin ja kohonneeseen verenpaineeseen, joiden jo silloin tiedettiin aiheuttavan sydän- ja verisuonitauteja. (Puska ym. 2009, 19-22.)

Projektin käytännön toteutus alkoi vuonna 1972, jolloin Pohjois-Karjalan ja Kuopion väestölle tehtiin laaja kysely liittyen esim. elämäntapoihin ja perintötekijöihin, sekä terveystarkastukset osallistujille. Alueella toteutettiin erilaisia kampan-

joita mediassa sekä pyrittiin vaikuttamaan poliittisiin päättäjiin ja terveydenhuollon henkilökuntaan. Julkisille tiloille suositeltiin savuttomuutta, ja kauppojen kanssa järjestettiin terveellisen ruuan teemapäiviä. Näillä toimilla oli tavoitteena lisätä väestön tietoisuutta. Projektin aikana järjestettiin useita koulutuksia ja seminaareja hoitohenkilökunnalle. Yhteistyötä tehtiin myös eri ruuan tuottajien kanssa. Projektia jatkettiin vuoteen 1997 asti. (Puska ym. 2009, 22-23, 61.)

Pohjois-Karjalassa alettiin projektin myötä tarjota terveydenhuollon osalta erityisesti perusterveydenhuollon henkilökunnalle opetusta ja materiaaleja. Hoitohenkilöstölle painotettiin erityisesti, että on tärkeää tiedustella potilaiden tupakointia, ruokailutottumuksia, sekä seurata kolesteroliarvoa ja verenpainetta. Tautien ehkäisyä varten kehitettiin ryhmiä mm. tupakointia lopettaville ja niille, joilla oli tarvetta parantaa ruokailutottumuksiaan. Projektin päätyttyä on huomattu, että Pohjois-Karjalan alueella hoitohenkilökunnalla on yhä tapana mitata vastaanotoilla käyvien potilaiden verenpaine useammin kuin muualla Suomessa. (Puska ym. 2009, 173-174.)

Tiedottaminen projektista järjestyi monin eri tavoin. Projekti kirjoitti yhteensä yli 1500 artikkelia paikallisiin lehtiin, teki mainosjulisteita ja jakoi esitteitä. Pohjois-Karjala -projekti järjesti myös useita tv-sarjoja, esimerkiksi sarjan, jonka osallistujat pyrkivät tv-ohjelman aikana lopettamaan tupakoinnin, parantamaan ruokavaliotaan ja liikkumaan enemmän. Osallistuneille yrityksille tarjottiin materiaalia sydän- ja verisuonitaudeista sekä erilaisia ohjauksia. Projektin tiimoilta järjestettiin myös kilpailuja, joissa voittajien täytyi esimerkiksi olla tupakoimatta tietty ajanjakso tai alentaa kolesteroliaan mahdollisimman paljon. Yksi tupakoinnin lopettamiseen liittyvistä kilpailuista järjestettiin Suomen lisäksi Virossa. (Puska ym. 2009, 178-180.)

Projektin pohjalta on kehitetty malli, joka kuvaa projektin vaikutusta tautien esiintyvyyteen. Sen mukaan erilaisia tiedotuksia mediaan, terveyspalveluihin, teollisuuteen ja muihin organisaatioihin tehdessä pyritään vaikuttamaan väestön tietopohjaan, motivaatioon, taitoihin sekä tarjoamaan sosiaalista ja ympäristöllistä tukea muutokselle. Tämän myötä väestö alkaa toimia uuden tietonsa mukaan, jolloin syntyy muutoksia terveyskäyttäytymisessä ja näin ollen riskitekijät

vähenevät. Näin tautien esiintyvyys on pitkällä aikavälillä vähentynyt ja väestön terveys parantunut. (Puska ym. 2009, 38.)

Pohjois-Karjala -projektin tulokset olivat merkittäviä. Ensimmäisestä terveystarkastuksesta vuoteen 2007 tehtyyn tarkastukseen havaittiin Pohjois-Karjalan alueella tutkittujen naisten kolesteroliarvon laskeneen keskimäärin 23 % ja miesten 21 %. Systolinen verenpaine laski naisilla vuodesta 1972 vuoteen 2002 välisenä aikana keskimäärin 21 mmHg ja miehillä keskimäärin 12 mmHg. Vuonna 2007 miehiä, joiden diastolinen verenpaine oli yli 100 mmHg, oli vain 9 %, kun vuonna 1972 heitä oli 26 %. Naisten vastaavat luvut olivat 3 % ja 29 %. Tupakoivien miesten määrä laski tällä aikavälillä 52 %:sta 31 %:iin, mutta jostain syystä tupakoivien naisten määrä Pohjois-Karjalassa nousi tuona aikana 12 %:sta 18 %:iin. Projektin aikana miesten keskimääräinen painoindeksi eli BMI nousi jonkun verran, kun taas naisten laski hieman. (Puska ym. 2009, 67-82.)

Projektin alussa keskimäärin 23 % ravinnosta saadusta energiasta saatiin tyydyttyneistä rasvoista, ja vuonna 2007 enää 12 %. Voin käyttö on muuttunut suurelta osin margariinin käytöksi, ja nykyään juodaan vähärasvaisempaa maitoa. Myös suolan käyttö on vähentynyt. Päivittäin kasviksia syövien miesten osuus on noussut 16 % ja naisten 35 %, ja miehistä 30 % ja naisista 37 % ilmoitti syövänsä enemmän kasviksia kuin ennen. Liikuntaa vapaa-ajalla vähintään 2-3 kertaa viikossa harrastavien miesten osuus nousi 23 % ja naisten 32 %. Alkoholin käyttö lisääntyi sekä miehillä että naisilla hieman. (Puska ym. 2009, 67-98.)

Pohjois-Karjala projektin alettua kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin laski nopeammin Pohjois-Karjalassa kuin muussa Suomessa keskimäärin. Koko projektin aikana kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin laski koko Suomessa miehillä 75 % ja naisilla 79 %, ja Pohjois-Karjalassa miehillä 80 % ja naisilla 83 %. Etenkin infarkttien esiintyvyys laski koko maassa. Kaiken kaikkiaan sydän- ja verisuonitautien kokonaisriski laski keskimäärin 60 %. Vaikka myös hoitomenetelmät, kuten lääkitys ja kirurgiset toimenpiteet kehittyivät paljon projektin kuluessa, suuri osa sydän- ja verisuonitautien kuolleisuuden laskusta on selitettävissä riskitekijöiden vähenemisellä. (Puska ym. 2009, 127-132, 153-155.)

Tulokset olivat kaiken kaikkiaan parempia Pohjois-Karjalan alueella kuin muualla Suomessa, erityisesti elämäntapamuutosten osalta. Projektin loppumisen jälkeen tuloksissa ei enää näkynyt selvää paranemista, ja esimerkiksi miesten painoindeksi on noussut projektin lopettamisen jälkeen. (Puska ym. 2009, 67-82.)

Projektin raportissa todetaan, että vastaavanlaiset väestöpohjaiset tutkimukset ovat olennaisessa roolissa, kun pyritään selvittämään miten sydän- ja verisuonitautien ehkäisyä pitäisi toteuttaa. Toinen syy toteuttaa tällaisia ohjelmia on muokata yhteisön käsityksiä elämäntavoista ja niiden merkityksistä sekä lisätä tietoisuutta. Useat elämäntapoihin liittyvät sydän- ja verisuonitautien riskitekijät ehkäisevät myös muita kroonisia sairauksia. Raportissa on todettu myös, että jos sydän- ja verisuonitauteja tahdotaan ehkäistä tehokkaasti, on siihen tehokain tapa primaaripreventio. Sydän- ja verisuonitautien osalta tärkeimmät primaariprevention osa-alueet ovat tupakoinnin vähentäminen, ruokailutottumusten muuttaminen ja fyysisen aktiivisuuden lisääminen. Tutkimustulokset osoittavat, että vaikka toisilla sydän- ja verisuonitautien riski on erittäin suuri, niin silti suurella osalla sairastuneista ei ole havaittu riskitekijöitä tai havaitut riskit ovat pieniä. Tämän perusteella sydän- ja verisuonitautien ehkäisytoimia ei voida kohdistaa vain suuren riskin potilaisiin, vaan tunnettuja riskitekijöitä täytyy pyrkiä ehkäisemään koko väestön tasolla. (Puska ym. 2009, 31-32.)

Pohjois-Karjala projektin tuloksissa todettiin, että väestölle tulisi taata ennaltaehkäiseviä palveluita, jotka auttaisivat havaitsemaan itsenäisesti mahdolliset riskitekijät. Väestölle tulee taata lisätietoa terveyden ja käyttäytymisen välisistä suhteista, ja motivoida ihmisiä parantamaan terveyttään. Tiedon jakaminen useissa eri medioissa on tärkeää, jotta väestön tietoisuus lisääntyisi. (Puska ym. 2009, 33.)

Esimerkkinä väestötason primaaripreventiosta toimivat Sitran eli Suomen itsenäisyyden juhlarahaston avulla kehitetyt matalan kynnyksen hoitajavetoiset palvelut, Terveyskioskit. Niitä on perustettu kolmelle paikkakunnalle, ja ne toimivat myös iltaisin ja viikonloppuisin ilman ajanvarausta. Terveyskioskin palvelut ovat maksuttomia ja kaikille avoimia, ja ne toimivat kauppakeskuksissa, joissa ihmi-

set muutenkin asioivat. Ne toimivat perusterveydenhuollon alaisuudessa ja tarjoavat terveysneuvontaa sekä järjestävät erilaisia teemapäiviä muun muassa terveyttä edistävästä toiminnoista. Terveyskioskien toimintaa on pyritty kohdentamaan paikallisten tarpeiden mukaan. Kioskien toimintaa arvioitaessa on todettu niiden tuottavan edullisia ja kysytyjä hoitajatasoisia palveluja, jotka asiakkaat ovat arvioineet laadukkaiksi. (Sitra 2011.)

9.4.4 Aivoinfarktien ehkäisy

Aivoinfarktin riskitekijöistä kymmenen yleisintä selittävät kaikista aivoinfarktiriskeistä noin 90 %. Osaan aivoinfarktin riskitekijöistä ei voi itse vaikuttaa. Näitä ovat ikä, sukupuoli, perinnölliset tekijät ja etniset ominaisuudet. Ihminen voi kuitenkin itse vaikuttaa hypertensioon, fyysiseen aktiivisuuteen, tupakointiin, keskivartalolihavuuteen ja huonoihin ruokailutottumuksiin. Käypä Hoito -suosituksen mukaiset aivoinfarktin ehkäisyn menetelmät perustuvat siihen, että edellä mainittuja riskitekijöitä pyritään ehkäisemään mahdollisimman tehokkaasti. Kohonnut verenpaine tulisi hoitaa normaalitasolle, ja konkreettisten elämäntapamuutosten osalta suositus kehottaa rajoittamaan suolan ja alkoholin käyttöä, syömään terveellisesti ja liikkumaan säännöllisesti, sekä olemaan tupakoimatta. (Aivoinfarkti: Käypä hoito -suositus, 2011.)

Primaarisen aivoinfarktien ehkäisyn tavoitteena on vähentää oireettomien ihmisten riskiä sairastua kyseiseen sairauteen. The European Stroke Organisationin eli ESO:n suositus kehottaa seuraamaan verenpainetta, verensokeria ja veren kolesterolipitoisuutta säännöllisesti. Suosituksen mukaan tulisi pyrkiä verenpainetasoon 120/80 mmHg. (ESO 2008, 468-469.) Tärkein aivoinfarktin hoidettavissa oleva riskitekijä on Käypä Hoito – suosituksen mukaan kohonnut verenpaine. Kun systolinen verenpaine laskee 10 mmHg:lla, aivohalvauksen riski laskee noin 35 %. Veren rasva-arvojen osalta suurentunut kokonaiskolesterolin, LDL-kolesterolin tai triglyseridien pitoisuus nostaa aivoinfarktin riskiä. HDL-kolesterolin pienentynyt pitoisuus taas lisää riskiä ja suurentunut pitoisuus laskee riskiä. Sydänsairauksista tärkein riskitekijä on eteisvärinä: se 5-17-

kertaistaa aivoinfarktiriskin. Myös kuorsaus ja erilaiset akuutit ja krooniset infektiot lisäävät aivoinfarktiriskiä. (Aivoinfarkti: Käypä hoito -suositus, 2011.)

Yksi tärkeimmistä riskitekijöistä, johon voi itse vaikuttaa, on tupakointi. Tupakoinnilla on jopa kaksinkertainen riski saada aivohalvaus verrattuna tupakoimattomiin, ja tupakoinnin lopettaminen puolittaa riskin. Myös puolison tupakoinnin on todettu lisäävän riskiä jonkun verran. (ESO 2008, 469-470.) Passiivisen tupakoinnin riski on 1,8-kertainen (Aivoinfarkti: Käypä hoito -suositus, 2011).

Runsaan alkoholinkäytön on todettu liittyvän suurentuneeseen aivoinfarktiriskiin, kun taas vähäinen alkoholin käyttö näyttäisi pienentävän riskiä. Alkoholijuomista punaviinin juominen lisää aivoinfarktiriskiä vähiten. (ESO 2008, 469-470.)

Säännöllisellä liikunnalla voidaan vähentää aivoinfarktien määrää, mikä perustuu liikunnan positiiviseen vaikutukseen verenpaineen, painon ja kolesterolin kannalta. Liikunnan harrastaminen myös parantaa mahdollisen aivoinfarktin ennustetta. (ESO 2008, 469-470.) Vähäinen liikunta lisää aivoinfarktin riskiä, sillä hyväkuntoisella on puolet pienempi riski saada aivoinfarkti kuin huonokuntoisella. (Aivoinfarkti: Käypä hoito -suositus, 2011.)

Ruokavalion osalta on osoitettu runsaan vihannesten, hedelmien ja kasvien sekä säännöllisen kalan syönnin pienentävän riskiä saada aivoinfarkti. Sen sijaan kokojyväviljojen runsaan saannin tai rasvojen ja kolesterolin saannin ei ole todettu vaikuttavan aivoinfarktien määrään. Korkea painoindeksi (yli 25 kg/m²) lisää riskiä sekä miehillä että naisilla, sillä se lisää kohonneen verenpaineen ja diabeteksen riskiä. Sen sijaan keskivartalolihavuus näyttäisi olevan aivoinfarktin riskitekijä vain miehillä. (ESO 2008, 469-470.) Lihavuus on itsessään vaaratekijä, mutta siihen liittyy myös monia metabolisia ongelmia, jotka lisäävät aivoinfarktin riskiä. Myös suolan runsas käyttö on riskitekijä itsessäänkin ja verenpaineen nousun kautta. (Aivoinfarkti: Käypä hoito -suositus, 2011.)

Sosioekonominen asema vaikuttaa aivoinfarktiriskiin siten, että alemmassa asemassa olevilla sekä aivoinfarktiin sairastuvuus että siihen liittyvä kuolleisuus ovat suurempia. Erityisesti vanhuksilla masennus lisää aivoinfarktin riskiä, ja optimismi saattaa vähentää riskiä. (Aivoinfarkti: Käypä hoito -suositus, 2011.)

9.4.5 Kohonneen verenpaineen ehkäisy

Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen verenpaineyhdistyksen asettama työryhmä on tehnyt verenpaineen ehkäisystä Käypä hoito –suosituksen. Suosituksessa korostetaan elämäntapamuutosten merkitystä. (Kohonnut verenpaine: Käypä hoito –suositus, 2009.) Liitteessä 1 on taulukoitu tarkemmat suositukset elämäntapamuutoksista.

Verenpaineen kohoaminen voi johtua diureesin vähydestä, korkeasta painosta, suolaisesta (natriumpitoisesta) ravinnosta, lakritsituotteiden runsaasta käytöstä, alkoholista ja tupakoinnista, liikunnan vähydestä, korkeasta iästä tai perinnöllisyydestä. Verenpaineen ollessa korkea, verisuonet ovat joustamattomat ja jäykät sekä ovat halkaisijaltaan pienet. (Kohonnut verenpaine: Käypä hoito –suositus, 2009.)

Kohonnut verenpaine rasittaa valtimoita ja sydäntä. Se altistaa sepelvaltimotaudille ja aivohalvauksille ja lisää muita sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöitä. Kohonnut verenpaine lyhentää elinikää 25–59-vuotiailla suomalaismiehillä keskimäärin 2,7 vuotta ja naisilla 2,0 vuotta. Hoidon tavoitteena on alentaa systolinen paine vähintään tasolle alle 140 mmHg ja diastolinen paine tasolle alle 85 mmHg. Hoitotavoite on alle 130/80 mmHg, jos potilaalla on diabetes tai munuaissairaus. (Kohonnut verenpaine: Käypä hoito –suositus, 2009.)

Ylimääräinen natriuminsaanti lisää iän mukana tuomaa verenpaineen nousua ja suurentaa sydän- ja verisuonitautien sairastavuuden ja kuolleisuuden vaaraa. Natriuminsaannin vähentäminen saattaa myös vähentää sydän- ja verisuonisairauksien riskiä. Suolan käytön vähentäminen noin 6 grammalla päivässä alentaa verenpainetta normaaliverenpaineisilla 4/2 mmHg. (Kohonnut verenpaine: Käypä hoito –suositus, 2009.)

2 000 mg:n suuruinen kaliumlisä alentaa mahdollisesti verenpainetta, mutta sen näkyvin alentava vaikutus on runsasnatriumisen ruokavalion yhteydessä. 1 000 mg:n suuruinen kalsiumlisä alentaa systolista verenpainetta 1–2 mmHg ja noin

400 mg:n suuruinen magnesiumlisä alentaa diastolista verenpainetta 1–2 mmHg. (Kohonnut verenpaine: Käypä hoito –suositus, 2009.)

11 g:n suuruinen ravinnon kuitulisä alentaa systolista ja diastolista verenpainetta 1–2 mmHg. Tyydyttyneiden rasvojen ja rasvahappojen vähentäminen ja korvaaminen kerta- ja monitydyttymättömillä rasvahapoilla alentaa verenpainetta vain silloin, kun rasvan osuus energian saannista vähenee. Kalaperäiset n-3-sarjan rasvahapot alentavat suurina annoksina verenpainetta, mutta kalaöljylisällä ei saavuteta lisähyötyä, jos viikoittaisessa ruokavaliossa on vähintään kolme kala-ateriaa. Kahdella viikoittaisella aterialla rasvaista kalaa varmistetaan kalarasvojen riittävä saanti. (Kohonnut verenpaine: Käypä hoito –suositus, 2009.)

Vähärasvaisten tai rasvattomien maitotuotteiden käyttäminen tehostaa verenpaineen laskua. Margariinia ja kasvisöljyä suositellaan käytettäväksi kohtuullisesti. Rypsiöljyä ja rypsiöljypohjaisia kasvimargariineja suositellaan käytettävän enemmän. (Kohonnut verenpaine: Käypä hoito –suositus, 2009.)

Kestävyystyyppinen liikuntaharjoittelu vähentää kohonnutta lepoverenpainetta 5/2 mmHg. Sen tulee olla esimerkiksi reipasta juoksua vähintään 30 minuutin ajan yhtenä tai useampana kertana viikossa. Lihasvoimaa kohentava harjoittelu alentaa lepoverenpainetta 3/4 mmHg. (Kohonnut verenpaine: Käypä hoito –suositus, 2009.)

Liikapainoisilla henkilöillä (painoindeksi 25–29,9 kg/m²) painonpudotuksella on edulliset vaikutukset verenpaineen laskuun. Tavoitteena on laskea painoa 5-10 % lähtöpainosta. 4 %:n laihtuminen alentaa liikapainoisten verenpainetta 6/3 mmHg ja pienentää lääkehoidon tarvetta. Jotta painonpudotuksen hyödyt ovat pitkäaikaiset, tulee laihtuttamisen ohella rajoittaa myös suolan käyttöä ja lisätä kalan syöntiä. (Kohonnut verenpaine: Käypä hoito –suositus, 2009.)

Alkoholia käyttävien henkilöiden verenpaine on 3–4 / 2–3 mmHg suurempi kuin täysin raittiiden tai alle 240 g (alle 21 ravintola-annosta viikossa, 3-4 annosta päivässä) käyttävien. Alkoholin viikkokulutuksen tulisi olla miehillä enintään 240 g ja naisilla alle 160 g (alle 14 ravintola-annosta viikossa, 2 annosta päivässä),

mikä alentaisi silloin kohonnutta verenpainetta 3/2 mmHg. Erilaisista rentoutus- ja biopalauteohjelmien ja akupunktuurihoidon pitkäaikaisvaikutuksista verenpaineen alentajina ei ole selvää näyttöä. (Kohonnut verenpaine: Käypä hoito – suositus, 2009.)

10 POHDINTA

10.1 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyötä tehdessä on huomioitu eettisyyteen liittyvät näkökohdat. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan asettamissa ohjeissa odotetaan tutkijoilta rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkaavaisuutta tulosten tallentamisessa ja esittämisessä. Tutkimus suunnitellaan, toteutetaan ja raportoidaan yksityiskohtaisesti ja sitä tehdessä kunnioitetaan muiden tutkijoiden työtä ja saavutuksia niille asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tutkimustulokset tulee avata tarkasti ja avoimesti. (Suomen akatemian tutkimuseettiset ohjeet 2003.) Laadullisessa tutkimuksessa tietoväitteet tulee perustella tietyin kriteerein ja puolueettomasti, sekä analysoida kriittisesti. Aiheen valinta on eettinen kysymys, ja aihetta valitessa tulee huomioida, miksi aihe on valittu ja miksi tutkimus tehdään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 126-130.) Tutkimuksessa tulee tuoda rehellisesti esiin mahdolliset puutteet ja tulokset tulee raportoida totuudenmukaisesti (Hirsjärvi ym. 2007, 25–27).

Opinnäytetyö on pyritty tekemään huolellisesti ja kunnioittaen aikaisempia tutkimustuloksia. Aihe on valittu ImPrim -projektin pohjalta. Kirjallisuuskatsaus on toteutettu valittujen kriteerien avulla, ja aiempiin tutkimuksiin on lähdeviitattu. Aineiston analyysi on tehty opinnäytetyötä ohjaavien kysymysten perusteella vääristelemättä tietoa. Tulokset on raportoitu totuudenmukaisesti, objektiivisesti ja laajasti, ja tutkimusprosessin eteneminen on kirjattu tarkasti vaiheittain. Tutkimuksen analysoijia on ollut kaksi, mikä vähentää tulkintavirheiden riskiä. Puutteiksi opinnäytetyön eettisyyden kannalta voidaan tulkita tekijöiden kokemattomuus tutkijoina, mikä vaikuttaa useaan vaiheeseen opinnäytetyön prosessissa.

10.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen vaikuttaa katsauksen laajuus. Luotettava katsaus on tehty monesta tietokannasta sopivilla rajauksilla ja hakutermeillä, ja hakutiedot on kirjattu esille. Aineisto tulee analysoida kriittisesti ja huomioida tutkimusten tuloksiin mahdollisesti vaikuttavat tekijät. Aineistolle on hyvä asettaa tietyt laatukriteerit, jotka jokaisen alkuperäistutkimuksen on täytettävä. Vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi alkuperäistutkimuksen kirjoittajan tunnettavuus ja arvostettavuus, tutkimuksen ikä ja alkuperä, tutkimuksen puolueettomuus ja totuudellisuus sekä lähteen uskottavuus ja käyttötapa. Tutkimuksen luotettavuutta lisää useamman tutkijan yhteistyö, sillä tällöin tuloksilla on useampi tarkastelija ja näin virheiden todennäköisyys on pienempi. Luotettavuuden kannalta on olennaista, että tehty työ on raportoitu huolellisesti, koska tällöin lukijat pystyvät seuraamaan työn etenemistä. Tämän avulla lukijat pystyvät arvioimaan tulosten luotettavuutta. (Johansson ym. 2007, 51-54, 101.) Myös tutkijan puolueettomuus ja eettisten näkökulmien huomiointi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Tutkimuksen luotettavuudessa on huomioitava validiteetti, eli onko tutkimuksessa tutkittu sitä mitä pitikin, ja reliabiliteetti eli tutkimuksen toistettavuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127, 134-137.)

Tietoa opinnäytetyötä varten on etsitty kolmesta eri tietokannasta eri hakusanoilla, jotta aiheesta löydettäisiin mahdollisimman monipuolista tietoa. Opinnäytetyössä käsitellyt julkaisut ovat osin suomalaisia ja osin kansainvälisiä, ja eri tutkijoiden ja järjestöjen julkaisemia. Julkaisut ovat tuoreita, eli ne on julkaistu viimeisen viiden vuoden sisällä. Suomen kansantauteja selvittäessä käytettiin myös vanhempaa Terveys 2000-kyselyä tutkimuksen laajuuden vuoksi. Myös Viron kansallinen strategia sydän- ja verisuonitautien ehkäisemiseksi on vanhempi, mutta yhä voimassa oleva. Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa tekijöiden kokemattomuus tutkijoina. Tekijöitä on kuitenkin kaksi, mikä vähentää mahdollisten virheiden määrää. Lähdeaineisto on suomen- ja englanninkielistä, joten vieraskieliset tutkimukset on jouduttu kääntämään. Aineisto on analysoitu ja raportoitu ohjaavien kysymysten perusteella, ja työvaiheet on avat-

tu tarkasti. Kirjallisuuskatsauksen osalta tutkimus on toistettavissa, mutta aineistoa on löytynyt myös manuaalisen haun avulla.

10.3 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Suomen ja Viron keskeisimpiä sydän- ja verisuonitauteja sekä kuvailla niiden hoitotyön ehkäisykeinoja tuoreisiin tutkimuksiin perustuen.

Suomen ja Viron kansantauteja tarkasteltaessa sydän- ja verisuonitaudit nousivat suurimmaksi tautiryhmäksi. Suomessa sydän- ja verisuonitaukeilla oli kansantaudeista suurin sairastavuus ja kuolleisuus. Yleisimpiä kuolemaan johtaneita sydän- ja verisuonitauteja olivat krooniset iskeemiset sydänsairaudet ja aivoinfarktut, ja suurin sairastavuus oli verenpainetaudilla. Viron osalta sydän- ja verisuonitaudit oli merkittävin kuolinsyy sekä ensisijainen työkyvyttömyyttä aiheuttava tautiryhmä. Erityisesti krooniset iskeemiset sydänsairaudet ja hypertensiiviset sydänsairaudet olivat suuria kuolemaan johtaneita tautiryhmiä. Sydän- ja verisuonitautien jälkeen maiden yleisimpiä kansantauteja olivat mielen-terveyden ongelmat, tuki- ja liikuntaelimistön sairaudet ja syövät. (KTL 2002, 38 - 62; Applica ym. 2007, 88; WHO 2008; Koppel ym. 2008, 10-11; Lai ym. 2009, 3; KELA 2009, 171–177; Matsi & Oja 2009, 48-49.)

Sekä Suomessa että Virossa laki ohjaa terveyden edistämistä. Virossa on olemassa strategia väestön sydän- ja verisuonitautien ehkäisemiseksi, ja Suomessa se on sisällytetty laajempiin suunnitelmiin, kuten KASTE-ohjelmaan. Viron strategian päätavoitteena on saada sydän- ja verisuonitautien kuolleisuus ja sairastavuus tasaiseen laskuun. Tarkoituksena on ennaltaehkäistä sydän- ja verisuonitauteja saamalla väestö harrastamaan säännöllisesti liikuntaa, syömään monipuolisesti, olemaan tupakoimatta, kontrolloimaan verenpainettaan ja kolesteroliaan sekä arvostamaan omaa terveyttään ja psykososiaalisia tekijöitä. (TAI 2005, 3-20.) Suomessa STM:n Terveys 2015 -strategian tavoitteena on edistää yhteiskuntapoliittisin keinoin terveyttä ja vähentää tautien riskitekijöitä (STM 2006a, 4). Myös sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisoh-

jelma KASTE:ssa on tavoitteena uudistaa toimintatapoja siten, että ne edistäisivät kansalaisten hyvinvointia ja terveyttä entistä paremmin (STM 2008, 20-24). Molempien maiden suunnitelmat ja strategiat ovat kuitenkin melko yleispätevällä tasolla, eikä niissä juuri ole otettu kantaa käytännön toteutukseen. Kuitenkin niissä on esitetty tärkeitä linjauksia, joiden pohjalta pystytään tekemään laaja-alaisia päätöksiä terveyden edistämiseksi ja tautien ehkäisemiseksi. Virossa on laadittu oma poliittinen strategia sydän- ja verisuonitautien ehkäisemiseksi, ja Suomen osalta vastaavaa strategiaa ei löytynyt.

Sydän- ja verisuonitautien primaari- ja sekundaariprevention pääpaino on hoitotyön kannalta riskin arvioinnissa ja elämäntapaohjauksessa sekä koko väestön tietoisuuden lisäämisessä. Riskin arviointi on tärkeää, koska sen avulla saadaan erotettua väestöstä suurimman riskin omaavat yksilöt ja näin saadaan suunnattua ehkäiseviä palveluja sitä eniten tarvitseville. Riskin arvioinnissa on olennaista tarkastaa potilaan taustatiedot, esimerkiksi diabetes, ja huomioida myös muista syistä vastaanotolle tulevat potilaat. Riskiin vaikuttavat muun muassa vyötärönympäryys, verenpaine, sukuanamneesi, BMI, tupakointi, liikunta ja ruokailutottumukset sekä ikä ja sukupuoli. Arvioinnissa voidaan käyttää SCORE -taulukkoa, joka arvioi sydän- ja verisuonitautien kokonaisriskiä, tai FINDRISC -kaavaketta, joka on kehitetty tyypin 2 diabeteksen riskin arviointiin. (ESC 2007, 2375-2414; Puska ym. 2009, 33; Korhonen 2009, 36-39; Mattila 2009.)

Sairaanhoitajan toteuttamassa elämäntapaohjauksessa on tärkeää, että hoitaja on tietoinen ajankohtaisista hoitosuosituksista ja osaa esittää ne potilaslähtöisesti, kuten esimerkiksi Bengtson ym. (2009) ja Mattila (2009) ovat esittäneet. Elämäntapaohjauksen on hyvä olla moniammatillista, ja siihen voidaan sisällyttää erilaisia yksilöllisiä opetusmenetelmiä ja harjoitteita. Myös elämäntapaohjauksessa perimmäisenä tavoitteena on riskitekijöiden vähentäminen, eli puututaan liikunta- ja ruokavaliotottumuksiin, tupakointiin, alkoholin käyttöön sekä korostetaan oman hoidon seurannan ja vastuun tärkeyttä. Potilaan omiin voimavaroihin pohjautuva neuvonta oli koettu hyväksi, ja henkilökohtaisten ominaisuuksien huomiointi oli tärkeää. On olennaista, että potilas itse tunnistaa on-

gelmakohdat. Näin todettiin Bengtsonin ym. (2009) tutkimuksessa sekä ESC:n (2007, 2375-2414) suosituksissa. Elämäntapaohjausta voidaan järjestää vastaanottojen lisäksi myös pitämällä potilaille erilaisia interventiojaksoja, joihin liittyy esimerkiksi liikuntaa, ravitsemusneuvontaa ja ryhmäkeskusteluja, kuten Mattilan (2009) tutkimuksessa oli tehty.

Myös Käypä Hoito –suositukset tukevat elämäntapaohjauksen merkityksellisyyttä. Esimerkiksi kun ylipainoinen potilas saa elämäntapaohjauksen avulla lisättyä liikunnan harrastamistaan hoitosuosituksen mukaan sekä pudotettua painoaan 4 %, voidaan odottaa verenpaineen laskevan 11/5 mmHg. Kun taas systolinen verenpaine laskee 10 mmHg:lla, aivohalvauksen riski laskee noin 35 %. (Korhonen verensuoni- ja verenpaine: Käypä hoito –suositus, 2009 & Aivoinfarkti: Käypä hoito -suositus, 2011.)

Sekä riskin arviointi että elämäntapaohjaus voidaan toteuttaa hoitajien vastaanotoilla, mutta moniammatillinen yhteistyö hoitavan henkilökunnan välillä on tärkeää. Riskin arviointi ja elämäntapaohjaus kulkevat käsi kädessä, sillä potilaan henkilökohtaiset riskitekijät täytyy tuntea, jotta niihin pystytään puuttumaan. (Bengtson ym. 2009; Korhonen 2009, 74; Mattila 2009.)

Koko väestön tietoisuuden lisääminen sydän- ja verisuonitaukeista ja niiden riskitekijöistä on tärkeää, koska suurella osalla sairastuneista ei ole havaittu riskitekijöitä tai havaitut riskit ovat pieniä. Näin ollen ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä olisi hyvä taata koko väestölle. Pohjois-Karjala projektissa lisättiin väestön tietoisuutta onnistuneesti muun muassa tv-ohjelmien, julisteiden ja paikallislehtiartikkelien avulla (Puska ym. 2009, 178-180.) ESC:n suositusten (2007, 2375-2414) mukaan sydän- ja verisuonitautien esiintyvyyttä voitaisiin vähentää lisäämällä hallitusten tietoisuutta aiheesta ja kehittämällä terveydenhuoltoalan koulutusta. Näiden toimien avulla voitaisiin taata väestölle savuton ympäristö, sekä edesauttaa terveellisen ruokavalion suosimista ja lisätä liikunnan määrää. Suomen terveyskeskuksissa on kehitetty laatuverkostoa, joka pyrkii merkittävien kansantautien ehkäisyyn ja hoidon systemaattiseen kehittämiseen (Winell ym. 2011, 1835-1839).

Toimenpiteiden kohdistaminen suuren riskin potilaille ja toisaalta koko väestölle kohdistettu ohjaus ja neuvonta näyttäisivät tutkimusten perusteella olevan molemmat olennaisia toimintatapoja. Epäselväksi kuitenkin jää, kumpaan tulisi kohdistaa pääpaino sydän- ja verisuonitautien preventiossa. Molemmat toimenpiteet kuitenkin tukevat toisiaan tautien ehkäisyn kannalta.

Hoitohenkilökunnalle järjestetyllä koulutuksella ja heille suunnatulla ohjausmateriaalilla on saatu lisättyä sydän- ja verisuonitauteihin ja niiden ehkäisyyn kohdistunutta huomiota vastaanottotilanteissa (Puska ym. 2008, 178-180). Bengtson ym. (2009) artikkelissa potilaskeskeisen koulutuksen saaneet sairaanhoitajat onnistuivat korostamaan merkittävästi verenpainetaudin riskitekijöitä ja niiden ehkäisyä sekä itsehoitoa vastaanottotilanteessa.

Opinnäytetyön tulokset ovat monipuolisia, ja vastaavat opinnäytetyön ohjaaviin kysymyksiin. Myös maiden lainsäädäntö, kansalliset suositukset ja suunnitelmat terveyden edistämiseksi käytiin läpi, koska ne luovat pohjan maiden terveydenhuololle ja tätä kautta kansantautien ehkäisylle. Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää erityisesti perusterveydenhuollossa ehkäiseviä toimenpiteitä järjestäessä, sekä yleisesti sairaanhoitajan ammatissa toimiessa. Opinnäytetyön tulokset ovat yleistettävissä työikäisen väestön sydän- ja verisuonitautien ehkäisyssä. Tulosten perusteella primaari- ja sekundaariprevention palveluja pystyisi toteuttamaan nykyistä enemmän hoitajien vastaanotoilla. Muun muassa Terveyskioskit on järjestetty hoitajavetoisesti, ja niiden on todettu tuottavan tarpeellisia palveluja. Terveyskioskeja on Suomessa vasta kolme. (Sitra 2011.) Niiden toimintaa voisi kuitenkin laajentaa muillekin paikkakunnille.

Aiemmat sydän- ja verisuonitautien ehkäisyä koskevat tutkimukset ovat lähinnä lääketieteellisiä, ja hoitotieteelliset artikkelit ovat suurelta osin kansainvälisiä. Hoitotyön tutkimussäätiö onkin julkaisemassa hoitotyön suositukset verenpainepotilaan hoidon edistämisestä ohjauksen ja opetuksen avulla sekä pitkäaikaisesti sairaan aikuisen potilaslähtöisestä ohjaamisesta. Myös käynnissä oleva Terveys 2011 -tutkimus tuo esille tuoretta tietoa suomalaisten kansantautien

tilanteesta. Edellä mainittujen tuotosten pohjalta olisi mielenkiintoista selvittää, minkälaisia hyötyjä syntyisi potilaille ja terveydenhuollolle esimerkiksi taloudelliselta kannalta, jos primaari- ja sekundaaripreventio olisi hoitajavetoista.

Vaikuttaisi myös siltä, että olisi kannattavaa tuottaa hoitohenkilökunnalle lisää välineitä, esimerkiksi kehittää potilaslähtöinen ohjausrunko tai erilaisia käytännön toimintatapoja ehkäisevän hoitotyön avuksi. Lisäksi sairaanhoitajan osaa-
misella on tärkeä merkitys sydän- ja verisuonitautien ehkäisyssä; siksi olisi hyvä tutkia sairaanhoitajan jatkokoulutusmahdollisuuksia sydän- ja verisuonitautien primaari- ja sekundaaripreventiossa.

11 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tulosten ja niiden tarkastelun pohjalta tehtiin seuraavat johtopäätökset:

1. Sydän- ja verisuonitaudit ovat keskeisiä kansantauteja sekä Suomessa että Virossa, ja niiden ehkäisyä voidaan toteuttaa hoitotyön keinoin.
2. Sydän- ja verisuonitautien primaari- ja sekundaariprevention pääpaino on hoitotyön kannalta riskin arvioinnissa ja elämäntapaohjauksessa sekä koko väestön tietoisuuden lisäämisessä.
3. Elämäntapaohjauksessa on sydän- ja verisuonitautien ehkäisyn kannalta olennaista yhdistää hoitosuositukset ja potilaan tarpeet, voimavarat ja henkilökohtaiset riskitekijät, jotta ohjaus olisi mahdollisimman vaikuttavaa.
4. Sairaanhoidajien osaamisessa korostuu sydän- ja verisuonitautien prevention kannalta tietoisuus ajankohtaisista hoitosuosituksista, riskitekijöistä ja niiden arvioinnista ja ennaltaehkäisystä sekä kyky toteuttaa ohjausta potilaslähtöisesti.
5. Sairaanhoidajien työnkuvaa, osuutta ja jatkokoulutusta sydän- ja verisuonitautien primaari- ja sekundaaripreventiossa ja sen aikaansaamia hyötyjä sekä potilaan että perusterveydenhuollon kannalta tulisi tutkia enemmän.

LÄHTEET

Aivoinfarkti. Käypä hoito –suositus. 2011. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 6.7.2011. Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50051?hakusana=aivoinfarkti>.

Applica, Cesep & European Centre 2007. Study of compilation of disability statistical data from the administrative registers of the member states.

Aromaa, A. & Eskola, K. 2009. Sairauksien ehkäisy työssä- yleisperiaatteet. Viitattu 10.10.2011. Saatavilla: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00144.

Bengtson, A.; Drevenhorn, E. & Kjellgren K. 2009. Evaluation of consultation training in hypertension care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 8/2009, 349-354.

Duodecim 2011. Lääketieteen termit. Viitattu 12.10.2011. Saatavilla: www.terveysportti.fi -> Lääketieteen termit.

ESC 2007. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Executive summary. *European Heart Journal* 28/2007, 2375-2414.

ESO 2008. Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack 2008. *Cerebrovascular diseases* 25/2008, 457-507.

EU 2011. Sydän- ja verisuonitaudit. Viitattu 6.10.2011. Saatavilla: http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/cardiovascular_diseases/index_fi.htm.

Hirsjärvi, S.; Remes, P.; Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., uudistettu painos. Keuruu: Otava.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun Yliopisto.

Jurgutis, A. & Vainiomäki, P. 2011. Operational System of Evidence Based and Widely Recognised Quality Indicators for PHC Performance. – Proposal document for discussion with stakeholders. Klaipeda: Klaipeda University.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.

KELA 2009. Kelan tilastollinen vuosikirja. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy.

Kohonnut verenpaine. Käypä hoito -suositus 2009. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 29.9.2011. Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi04010?hakusana=kohonnut%20verenpaine>.

Korhonen, P. 2009. Assessment of Total Cardiovascular Risk in hypertensive Subjects. Turku: Turun yliopisto.

Koppel, A.; Kahur, K.; Habicht, T.; Saar, P.; Habicht, J. & van Ginneken, E. 2008. Estonia – health system review. *Health Systems in Transition* Vol. 10 nro 1/2008.

Koskenvuo, M. 2003. *Sairauksien ehkäisy. 2. uudistettu painos.* Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim.

KTL 2002. *Terveys ja toimintakyky Suomessa: Terveys 2000 – tutkimuksen perustulokset.* Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja.

KTL 2011. Sydän- ja verisuonitaudit. Viitattu 12.10.2011. Saatavilla: http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/terveys_ja_sairaudet/sydan_ja_verisuonisairaudet.

Kumpusalo, E. 1993. Yksilö- ja yhteisödiagnostiikka. *Duodecim-lehti* 1993;109(13):1157. Viitattu 21.11.2011. Saatavilla myös: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikke-li%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo30206&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=#s4.

Lai, T.; Habicht, J. & Kiivet R-A. 2009. Measuring burden of disease in Estonia to support public health policy. *European Journal of Public Health*. 2009.

Matsi, A. & Oja, L. 2009. Estonian health interview survey 2006 – Tables. Viitattu 4.10.2011. Saatavilla: http://www2.tai.ee/ETeU/ETeU_tabelid.pdf.

Mattila, K. 2005. Perusterveydenhuolto. Viitattu 12.10.2011. Saatavilla: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00052.

Mattila, M. 2009. Effectiveness of a Multidisciplinary Lifestyle Intervention on Hypertension, Cardiovascular Risk Factors and Musculoskeletal Symptoms. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Ovaskainen, P. 2005. *Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käytön seuranta ja ennakointi kuntanäkökulmasta.* Turku: Turun yliopisto.

Public health act RT¹ I 1995, 57, 978.

Puska, P.; Vartiainen, E.; Laatikainen, T.; Jousilahti, P. & Paavola, M. 2009. The North Karelia Project: From North Karelia to National Action. Helsinki: THL.

Sitra 2011. Terveyskioski. Viitattu 8.10.2011. Saatavilla: www.sitra.fi > Ohjelmat > Kuntaohjelmat > Hankkeet > Terveyskioski.

Stakes 2000. Yhteisöanalyysillä työ alkuun!. Ideakortti 3/00.

STM 2006a. Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:14. Helsinki.

STM 2006b. Terveystieteiden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki.

STM 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2008-2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Suomen Akatemia 2003. Suomen Akatemian tutkimuseettiset ohjeet. Viitattu 6.9.2011 Saatavilla: www.aka.fi > tutkijalle > rahoituksen käyttö > eettiset ohjeet.

TAI 2005. National Strategy for Prevention of Cardiovascular Diseases 2005-2020. Viitattu 4.10.2011. Saatavilla: <http://www.tai.ee/failid/HeartStrategy.pdf>.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveyskirjasto 2009. SCORE-taulukko. Viitattu 5.10.2011. Saatavilla: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=imk00420.

The World Bank 2009a. Estonia. Viitattu 11.4.2011. <http://data.worldbank.org/country/estonia>.

The World Bank 2009b. Finland. Viitattu 11.4.2011. <http://data.worldbank.org/country/finland>.

Tuomi, T. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

WHO 1946. Constitution of the World health Organisation. Viitattu 12.10.2011. Saatavilla: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf.

WHO 1986. Ottawa Charter for Health Promotion. Viitattu 12.10.2011. Saatavilla: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf.

WHO 2008. The European Detailed Mortality Database DMDDB 2008. Viitattu 27.3.2011 Saatavilla: <http://data.euro.who.int/dmdb/>.

WHO 2011a. Cardiovascular diseases (CVDs). Fact sheet No. 317. Viitattu 25.5.2011. Saatavilla: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>.

WHO 2011b. Health topics: Primary health care. Viitattu 6.10.2011. Saatavilla: http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/.

WHO/UNICEF 1978. Declaration of Alma-Ata – International Conference of Primary Health Care. Viitattu 6.10.2011. Saatavilla: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.

Winell, K.; Soveri, P.; Heikkinen, K.; Paajanen, M.; Satuli-Autere, S.; Suominen, L. & Tirkkonen, H. 2011. Systemaattisella laatu työllä parannetaan valtimotautien ehkäisyä. Suomen lääkärilehti 22/2011.

Suositus elämäntapojen muutoksista kohonneen verenpaineen ehkäisyssä ja hoidossa

Tekijä	Tavoite
Natriumin saanti, mg/vrk	<2 000 (vastaa < 5 g NaCl/vrk) ¹
Kaliumin saanti, mg/vrk	Naiset ≥ 3 100 ² Miehet ≥ 3 500 ²
Kalsiumin saanti, mg/vrk	≥ 800
Tyydyttyneet ³ ja trans-rasvahapot ⁴ , E % ⁵	<10
n-3-sarjan monitydyttymättömät rasvahapot ⁶ , E % ⁵	≥ 1
Alkoholin käyttö, g viikossa (annosta viikossa)	Naiset <160 (<14) Miehet <240 (<21)
Liikapaino ja lihavuus	Liikapainoisilla (painoindeksi 25–29,9 kg/m ²) ja lihavilla (painoindeksi vähintään 30 kg/m ²) 5–10 %:n suuruisen painon väheneminen
Vyötärölihavuus	Vyötärön ympärysmitta miehillä <102 cm ja naisilla <88 cm
Fyysinen aktiivisuus	Vähintään viidesti viikossa vähintään 30 minuuttia kerralla (yhtenä tai useampana jaksena) kohtalaisen kuormittavaa, esimerkiksi reipasta kävelyä
Tupakointi	Tupakoinnin lopettaminen

¹ Vastaa natriumin määrää 87 mmol

² Vastaa naisilla kaliumin määrää 79 mmol ja miehillä 90 mmol

³ Tärkein lähde kovat maito- ja muut eläinrasvat

⁴ Tärkeimmät lähteet rasvaiset maitovalmisteet ja voi, rasvaiset leivonnaiset ja rasvaiset liharuoat

⁵ Osuus energian saannista

⁶ Tärkeimmät lähteet kala (eikosapentaeeni- ja dokosaheksaeenihappo) ja rypsiöljy (alfa-linoleenihappo)

(Kohonnut verenpaine: Käypä hoito -suositus 2009.)