

Miten yhteiskunta mahdollistaa preventiivisen kardiologian tulevaisuudessa?

PEKKA PUSKA

Preventiivisen kardiologian merkitystä ja yhteiskunnan antamia mahdollisuuksia voidaan tarkastella sekä terveydenhuollon että yleisemmin yhteiskunnan kannalta. Terveydenhuollon osalta kysymys on ennen kaikkea siitä, missä laajuudessa suuririskisiä henkilöitä voidaan tunnistaa ja pienentää heidän riskiään sairastua. Mikäli sote-uudistus olennaisesti vahvistaa perusterveydenhuoltoamme, tähän on nykyistä paremmat mahdollisuudet. Väestön sydänterveyden kannalta paljon suurempi vaikutus on kuitenkin yleisellä yhteiskunnallisella kehityksellä ja sillä, miten paljon yleinen ilmapääri mahdollistaa vaikuttavan terveyspolitiikan ja sitä tukevat toimet elintapojen muuttamiseksi sydänterveyttä edistävään suuntaan. Näitä mahdollisuuksia on vaikea arvioida, kun ollaan toisaalta individualismia ja kaupallisuutta tukevien ja toisaalta väestön terveyttä, yhteisvastuuta ja tautien ehkäisyn yhteiskunnallista merkitystä korostavien pyrkimysten ristipaineessa. Samat ristipaineet näkyvät myös kansainvälisessä ja globaalissa kehityksessä, jotka yhä enemmän vaikuttavat myös Suomeen.

Otsikon kysymystä voi tarkastella suppeammasta tai laajemmasta näkökulmasta. Suppeampi viittaa näkyviin terveydenhuollossa; laajempi näkökulma merkitsee yhteiskunnan yleisempiä toimia sydäntautien ehkäisyssä. Asiaa voidaan myös kuvata toisella käsiteparilla: suuren riskin strategia ja väestöstrategia.

Suuren riskin strategia merkitsee sellaisten henkilöiden tunnistamista, joilla on suuri vaara sairastua sepelvaltimotautiin tai yleensä sydän- ja verisuonitauteihin, ja interventtioiden suuntaamista heihin riskin vähentämiseksi. Tämä on yleensä juuri terveydenhuollon työtä. Erityisesti riskissä ovat jo aiemmin sairastuneet, jolloin kysymys on sekundaaripreventiosta, sekä tunnettujen riskitekijöiden perusteella suuririskiset henkilöt. Väestöstrategia puolestaan merkitsee yleistä terveysvalistusta, sydänterveyden edistämistä ja terveyspolitiikkaa, joka toiminta suuntautuu koko väestöön riskitekijöiden vähentämiseksi eli riskitekijöihin vaikuttavien elintapojen muuttamiseksi.

Suuren riskin strategiassa keskeisiä ovat riskitekijöiden vähentämisen näyttöön perustuvat menetelmät, jotka yleensä merkitsevät lääkkeiden ja elintapaohjauksen yhdistelmää. Väestöstrategiassa kohteena ovat erityisesti neljä elintapaa, jotka ovat myös Maailman terveysjärjestön (WHO) tämän alan toimintaohjelmassa: ravinto, liikunta, tupakointi ja alkoholin käyttö.

Terveydenhuollon näkymät sydäntautien prevention kannalta

Takavuosina meillä oli kansainvälisesti katsoen erittäin hyvä terveydenhuoltojärjestelmä, jonka perustana olivat terveyskeskukset ja erikoistason sairaalat ja jota täydensivät yksityinen palvelujärjestelmä ja työterveyshuolto. Viimeisen 10–20 vuoden aikana ongelmat ovat kuitenkin nopeasti lisääntyneet – erityisesti julkisen perusterveydenhuollon osalta. Myös erikoissairaaloitten voimavarat ovat tiukoilla, osin juuri perusterveydenhuollon puutteiden vuoksi. Näihin ongelmiin vaikuttaa väestön ikääntyminen, mutta ehkä paljon enemmän palvelutarjonnan ja kysynnän lisääntyminen ja yhä kalliimpien hoitojen mahdollisuus.

Tässä tilanteessa terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelujärjestelmää ollaan uudistamassa sekä rakenteiden että rahoituksen osalta. Tätä kirjoitettaessa on vaikea en-

nakoida uudistuksen sisältöä ja sitä, miten toiminnan uudistus käytännössä toteutuu. Varmaa on, että usean vuoden ajan julkiset voimavarat tulevat olemaan rajalliset. Toiminnan tehostamista haetaan ennen kaikkea peruspalveluja vahvistamalla. Ne rakennettaneen jatkossakin julkisen terveydenhuollon eli terveyskeskusten varaan.

Samaan aikaan työterveyshuolto tulee varmasti jatku- maan, ehkä kuitenkin painottuen enemmän alkuperäiseen perustehtäväänsä eli työhön ja työolosuhteisiin liittyvään toimintaan. Väestön vaurastuessa ja terveysvakuutuksen laajentuessa yksityinen eli kaupallinen terveydenhuolto jatkaa laajentumistaan. Sen panos julkisessa terveyden- huollossa on avoin kysymys.

Sydäntautien ehkäisyn ja suuren riskin strategian kan- nalta perusterveydenhuolto on avainasemassa. Keskeiset riskitekijät, kuten lipidihäiriöt, kohonnut verenpaine ja sokeriaineenvaihdunnan häiriöt, koskettavat hyvin suur- ta osaa suomalaisista. Näin ollen toivottavaa olisi, että uu- distuksen myötä perusterveydenhuoltomme pystyisi yhä paremmin arvioimaan ihmisten riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin, ja terveysriskejä yleisemminkin. Tätä varten on käytössä hyviä työkaluja, kuten FINRISKI-las- kuri (Vartiainen ym. 2007).

Interventiona näyttöön perustuva lääkehoito säilyttää sijansa, mutta toivottavaa olisi, että perusterveydenhuol- lossa voitaisiin vahvistaa elintapamuutoksiin johtavaa neu- vontaa. Tämä vaatii moniammatillista toimintaa, jossa ovat mukana mm. lääkärit, terveydenhoitajat, ravitsemusterapeu- tit ja psykologit. Erittäin tärkeää on kehittää toiminnan johtamista ja seurantaa sekä erityisesti toimintaa tukevia tietojärjestelmiä. Tietojärjestelmien tulisi automaattises- ti arvioida riskitasoja, antaa toimintahälytyksiä ja seurata muutostrendejä.

Myös yksityisessä terveydenhuollossa tarvitaan – ja toteutetaan – samoja periaatteita. Tärkeää on suorittei- den sijasta pohtia toimintojen vaikuttavuutta eli saavu- tettavaa terveyshyötyä. Tulevaisuudessa joudutaan myös pohtimaan niin työntekijöiden kuin toimintayksiköiden kannustimia eli palkitsemista tulosten mukaan. Tämän- tyyppistä toimintaa on jo mm. Englannissa.

Perusterveydenhuollon ja myös päivystystoiminnan vahvistuessa erikoissairaaloiden kardiologia tulee toivot- tavasti selviytymään haasteistaan vähintään nykyisellä ta- solla. Nykyistä yhtenäisemmässä alueellisessa hallintora- kenteessa erikoissairaanhoidon kardiologia voinee entistä enemmän asiantuntemuksellaan ja arvovallallaan tukea preventiivistä kardiologiaa perusterveydenhuollossa.

Sydäntautien ehkäisy väestötasolla

Terveydenhuollolla on luonnollisesti ratkaisevan tärkeä merkitys sydäntautien, kuten muidenkin tautien, hoidos- sa. Terveydenhuollon merkitys väestön sydänterveydelle ja koko kansanterveydelle on kuitenkin hyvin rajallinen. Se hoitaa enemmän seurauksia kuin syitä. Terveydenhuollon merkitystä on koetettu arvioida prosenttiosuuksina. Usein

TAULUKKO 1.

Terveydenhuolto	10–20 %
Perintötekijät	10–30 %
Elintavat ja ympäristö	60–80 %
• ravinto	30–50 %
• liikunta	10–20 %
• tupakka	10–15 %
• alkoholi	10–20 %
• muu	10–30 %

Taulukko 1. Eri tekijöiden arvioitu vaikutus ennenaikaiseen kuolleisuu- teen Suomessa (arvio eri lähteiden perustella).

on viitattu amerikkalaisen McGinnisin (1993) esittämään terveydenhuollon pieneen vaikutukseen ennenaikaisessa kuolleisuudessa. Tällainen arvio riippuu paljon siitä, pu- hutaanko terveydenhuollon vaikutuksesta tautien hoidon kannalta vai myös vaikutuksesta riskitekijöiden kuten ve- renpaineen ja kolesterolin hoidossa.

Olen toisessa kirjoituksessa esittänyt hyvin karkean arvion eri tekijöiden vaikutuksesta ennenaikaiseen kuol- leisuuteen (Puska 2015). Sitä kuvataan taulukossa 1. Ei ole pienintäkään epäilystä siitä, etteikö elintapojen merki- tys olisi aivan keskeinen väestön sydänterveyden kannal- ta. Tuoreen arvion mukaan terveellisten elintapojen poten- tiaali sepelvaltimotautiriskin pienemiseen olisi lähes 90 prosenttia (Vuori 2015, Chiuve ym. 2006). Voidaan myös viitata Suomessa tapahtuneeseen kehitykseen, jossa työ- ikäisten vuotuinen sepelvaltimotautikuolleisuus on hui- pusta vähentynyt yli 80 prosenttia, mistä ilmeisesti noin kaksi kolmannesta on ollut elintapojen ja niihin liittyvien riskitekijämuutosten seurausta (Puska ym. 2009, Laatikai- nen ym. 2005).

Kun väestön geneettinen pohja ei nopeasti muutu, sy- däntautien ehkäisy väestötasolla riippuu edelleen paljon kehityksestä erityisesti ravinnossa, mutta myös liikunnas- sa, tupakoinnissa ja alkoholin kulutuksessa. Kun päivittäis- en tupakoinnin yleisyys on noin 15 prosenttia ja alkoholin yhteys sepelvaltimotautitilanteeseen on monitahoinen, kehitys ravinnossa ja päivittäisessä liikunnassa on todella avainasemassa.

Miten yhteiskunta voi mahdollistaa myönteisen kehi- tyksen? Ovatko väestön elintavat edes yhteiskunnan teh- tävä? Mikä on ihmisten oma vastuu? Ei ole epäilystäkään siitä, etteikö ihmisen omaa vastuuta tulisi aina korostaa. Mutta yhteiskunnan tehtävänä on auttaa ihmisiä tekemään terveellisiä muutoksia, joita monet haluaisivatkin tehdä. Ja kun elintapamme ovat hyvin vahvasti kiinni sosiaalisen ja fyysisen ympäristön mahdollisuuksista ja paineista, yh- teiskunnan tehtävänä on kehittyä Ottawan vuoden 1986



julistuksen periaatteen pohjalta niin, että ”terveellinen valinta on helppo valinta” eli ”Make the healthy choice the easy one” (WHO 1986). On myös muistettava perustuslakimme säädös, jonka mukaan ”julkisen vallan tulee edistää väestön terveyttä”.

Kun tämä merkitsee terveystalitiikkaa ja usein sääntelyä, on herännyt keskustelua päätöksenteon ja sääntelyn rajoista. Kriittiset äänet puhuvat holhousvaltiosta, ”nanny state”. Keskustelu koskee todella sitä, kenellä on vastuu ihmisten terveyteen liittyvistä elintavoista. Sääntelyn kohteena oleva elinkeinoelämä korostaa ihmisten omaa vastuuta, valitusta ja ”asenteiden muokkausta”, ja sääntelyä nimitetään jopa ”terveysterrorismiksi”.

Terveyden edistäjät taas korostavat, että ihmiset haluavat yleensä elää terveellisesti. Esimerkiksi tupakoivista lähes 60 prosenttia kertoo haluavansa lopettaa tupakoinnin ja vain noin 10 prosenttia ei halua lopettaa (Helldan ym. 2013). Ympäristön paineen vuoksi terveyttä tukevat valinnat eivät useinkaan ole helppoja. Juuri näihin ympäristötekijöihin pyritään terveystalitiikalla vaikuttamaan. Erityisesti tämä koskee lasten ympäristöjä, koska kukaan ei tosissaan voi väittää, että lapsella itsellään olisi vastuu elintavoistaan.

Sääntelykeinot, herättämästään vastustuksesta huolimatta, ovat tehokkaimpia – ja myös halvimpia! – terveyttä edistäviä toimia. Niinpä esimerkiksi tupakka- ja alkoholiveron korotus on usein epäsuosittua, vaikka se on kiistatonta tehokasta ja tiettyyn rajaan asti tuo lisää rahaa valtion kirstuun.

Sosioekonomiset ja kansainväliset tekijät

Viime vuosina on paljon puhuttu elintapojen ja terveyden taustalla olevista ns. terveyden determinanteista eli määrittäjästä. Ne nousivat puheenaiheeksi, kun WHO:n komissio julkaisi asiasta tunnetun raporttinsa vuonna 2008 (Commission on Social Determinants of Health 2008). Terveyden determinantit ovat riskitekijöihin vaikuttavia tekijöitä, ”syiden syitä”. Ne ovat olosuhteita, joissa ihmiset elävät, tekevät työtä, kasvavat, asuvat ja harrastavat. Sosiaaliisiin determinantteihin kuuluvat olennaisesti myös sosioekonomiset tekijät.

Terveyden sosiaalisten determinanttien käyttämiseen terveystalitiikassa liittyy ainakin kaksi ongelmaa. Ensinnäkin terveyden ja sosiaalisten tekijöiden välinen yhteys on monimutkainen ja usein riippuvainen kulttuuritekijöistä. Esimerkiksi henkilön taloudellisen aseman paraneminen ei automaattisesti johda terveyden paranemiseen. Toiseksi huomion kiinnittäminen sosiaaliisiin determinantteihin voi vähentää painetta tehdä vaikuttavia terveystalitiittisia päätöksiä. Poliitikkojen on helppo siirtää keskustelua esimerkiksi kiusallisista tupakka- tai alkoholipoliittisista toimista sosiaaliisiin taustatekijöihin, koska niitä koskevat päätökset ovat ”korkeammassa kädessä”.

Suomessa on jo lähes puoli vuosisataa tehty laaja-alaista terveystalitiötä sydäntautien ehkäisemiseksi. Kehityksessä

tämä työ on vasta alkamassa niiden terveystalitianteen laajalti ja nopeasti muuttuessa. Vasta vuonna 2000 WHO hyväksyi ensimmäisen kroonisten (”tarttumattomien”) tautien torjunnan strategian, joka painotti ennalta ehkäisyä. Kuin sydän- ja verisuonitautien sekä muiden tarttumattomien tautien taakka kehitysmaissa haittaa myös taloudellista ja sosiaalista kehitystä, asia nousi esille YK:n tasolla, ja vuonna 2011 YK hyväksyi poliittisen julistuksen tarttumattomien tautien ehkäisyn ja torjunnan maailmanlaajuisesti tehostamiseksi.

Tämän jälkeen WHO laati asianomaisen toimintaohjelman vuosille 2013–2020 (WHO 2013). Sen kohteena ovat neljä isoa tautiryhmää: sydän- ja verisuonitaudit, syöpä, keuhkohtaumatauti ja diabetes. Ja ehkäisy kohdistuu ohjelmassa neljään edellä mainittuun elintapaan: ravinto, liikunta, tupakka ja alkoholi. Ohjelmassa on asetettu vuoteen 2025 ulottuvat globaalit tavoitteet ja niitä kuvaavat indikaattorit. Tämä kansainvälinen kehitys ja WHO:n työ heijastunee takaisin Suomeen ja on omiaan edistämään meillä jo pitkään jatkunutta kehitystä.

Tulevaisuuden kehitys?

Elintason noustessa terveyden ja hyvinvoinnin arvostus kasvaa varmasti edelleen. Kun väestö pitkällä tähtäimellä edelleen vaurastunee, se lisää terveysasioihin suuntautuvia tarpeita ja mahdollisuuksia. Tämä merkitsee sitä, että terveys- ja hyvinvointipalveluja käytetään enenevästi myös sydäntautien ehkäisyyn ja hoitoon. Vaikeampaa on ennustaa, miten julkisen palvelujärjestelmän käy. Ellei sitä saada pidettyä vahvana, terveydenhuoltomme epätasa-arvo lisääntyy myös kardiologian suhteen.

Vaikea on myös ennustaa, mihin suuntaan terveys- ja yhteiskuntapolitiikka kehittyy ja mitkä sen vaikutukset väestön sydänterveydelle ja hyvinvoinnille ovat. Liberaalin, individualismia korostavat kaupallisen ilmapiirin vahvistuessa väestön terveydelle ja terveyseroille voi tulla suuriakin uhkia. Tärkeä kysymys on, miten liiketaloudelliset tai ajatellut kansantaloudelliset intressit voidaan sovittaa yhteen terveyden ja hyvinvoinnin kanssa. Tämä on kuitenkin pitkälti mahdollista, mikä loppujen lopuksi on parasta kestävästä sosiaalista ja taloudellista kehitystä (Puska 2014).

Tähän asti Suomessa on onnistuttu hyvin. Tupakoinnin dramaattinen väheneminen ei ole horjuttanut Suomen taloutta. Meillä on merkittävä elintarviketeollisuus, jonka tuottaa yhä enemmän terveys-suositusten mukaisiksi kehitettyjä elintarvikkeita. Rajoitettavia toimia ja tiettyä sääntelyä tarvitaan globalisoituvassa maailmassa niin kansallisesti kuin kansainvälisesti; markkinatalous on hyvä renki mutta huono isäntä! Samalla on muistettava, että sääntelytoimien rinnalla tarvitaan myös positiivisia kannustavia toimia, jotka auttavat väestöä ja yhteisöjä käytännön toimissa edistämään sydänterveyttään ja hyvinvointiaan. Tarvitaan sopiva tasapaino rajoittavien ja edistävien toimien, ”kepin ja porkkanan”, välillä.

Kun puhumme sydäntautien ehkäisystä ja sydänterveiden edistämisestä, on syytä muistaa, että sen vaatimat elintapamuutokset ehkäisevät hyvin laaja-alaisesti eri tautteja ja edistävät terveyttä, toimintakykyä ja hyvinvointia. Näin ollen WHO korostaakin erillisten tautikohtaisten ehkäisyohjelmien sijaan ns. integroitua ehkäisyä, joka suuntautuu juuri näiden monien tautien taustalla olevien elintapojen muuttamiseen.

Tämä on epäilemättä yhteiskunnan kannalta kustannusvaikuttavaa ja kestäväen kehityksen keino parantaa sydänterveyttä ja näin keskeisellä tavalla edistää kansanterveyttä. Se on myös hyvää rakenteellista politiikkaa suomalaisen yhteiskunnan kehittämiseksi. Tämän asian oivaltaminen niin yksilöiden kuin yhteiskunnan päätöksenteon tasolla voi antaa hyviä mahdollisuuksia sydäntautien ehkäisylle ja sydänterveiden parantamiselle tulevaisuuden Suomessa.

Viitteet:

Chiuve SE, McCullough ML, Sachs FM, Rimm EB. Healthy lifestyle factors in the primary prevention of coronary heart disease among men: benefits among users and nonusers of lipid-lowering and antihypertensive medication. *Circulation* 2006; 114:160–167.

Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on Social Determinants of Health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization, Geneva. 2008.

Helldan A, Helakorpi S, Virtanen S, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveystyytyminen ja terveys, kevät 2013. THL Raportti 21/2013.

Laatikainen T, Critchley J, Vartiainen E et al. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in Finland between 1982 and 1997. *Am J Epidemiol* 2005;162:764–773.

McGinnis JM, Foegen WH. Actual causes of death in the United States. *JAMA*. 1993;270:2207–12.

Puska P. Raha tai henki. Docendo, Jyväskylä. 2014.

Puska P. Kansanterveyden haasteet sote-murroksessa. *Terveydenhoitaja* 2015;1; 12–13.

Puska P, Vartiainen E, Laatikainen T et al. The North Karelia Project: from North Karelia to national action. THL, Helsinki. 2009.

Vartiainen E, Laatikainen T, Salomaa V ym. Sydäninfarkti- ja aivohalvausriskin arviointi FINRISKI-tutkimuksessa. *Suomen Lääkärilehti* 2007;62:4507–13.

WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization, Geneva. 1986.

WHO. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Disease. World Health Organization, Geneva. 2013.

Vuori I. Elintapojen terveystaikutukset. *Duodecim* 2015;131:729–326. ■

Pekka Puska
Professori, LKT, VTM
Pääjohtaja emeritus,
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)
Presidentti,
Kansanterveyslaitosten Maailmanjärjestö (IANPHI)

PREVENTIO- JA KUNTOUTUSJAOS

PUHEENJOHTAJA

Dosentti, sisätautien el, Sote-johtaja
Seppo Lehto
Varkauden kaupunki
Ahlströminkatu 6
78250 Varkaus
Puh. 040 501 364
s-posti: seppo.lehto@varkaus.fi

SIHTEERI

LT, dosentti, liikuntalääketieteen erikoislääkäri
Merja Perhonen
CorusFit Oy
Heikinkatu 3 B
40100 Jyväskylä
Puh. 050 339 5668
s-posti: merja.perhonen@fimnet.fi

VARAPUHEENJOHTAJA

LT, sisätautien ja kardiologian erikoislääkäri
Marit Granér
HYKS Sydän- ja keuhkokeskus
PL 340
00029 HUS
Puh. 050 427 0576
s-posti: marit.graner@hus.fi