

POTILASLAIN JA DYSLIPIDEMIOIDEN KÄYPÄ HOITO - SUOSITUKSEN TOTEUTUMINEN DYSLIPIDEMIOIDEN STATIINIHOIDOSSA

Piela Litmanen

Pro Gradu -tutkielma

Kansanterveystiede

Itä-Suomen yliopisto

Lääketieteen laitos

Helmikuu 2012

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO

Terveystieteiden tiedekunta

Kansanterveystieteen koulutusohjelma

Litmanen, Piela A.: Potilaslain ja dyslipidemioiden Käypä hoito -suositusten toteutuminen dyslipidemioiden statiinihoidossa

Pro gradu -tutkielma, 71 sivua ja 1 liite (5 sivua)

Ohjaajat: professori Markku Myllykangas ja professori Tomi-Pekka Tuomainen
Helmikuu 2012

Avainsanat: potilaslaki, Käypä hoito -suositus, dyslipidemiat

Sydän- ja verisuonitaudit ovat suomalaisten yleisin kuolinsyy. Dyslipidemia, veren kohonnut kolesterolipitoisuus, on yksi sydän- ja verisuonisairauksien merkittävimmistä riskitekijöistä. Vuonna 2010 lähes 700 000 suomalaista sai sairausvakuutuskorvausta statiineista, jotka ovat dyslipidemioiden hoidossa eniten käytetty lääkeriippymä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka dyslipidemioiden statiinihoidossa noudatetaan eettisestä lääketieteellisestä hoidosta säättävää potilaslakia ja hoitokäytäntöjen yhtenäistämiseksi luotua dyslipidemioiden Käypä hoito -suositusta.

Aineistonkeruumenetelmänä tässä tutkimuksessa käytettiin strukturoitua kyselylomaketta. Lomake jaettiin kesä–elokuussa 2011 kuopiolaisissa apteekeissa niille henkilöille, jotka tulivat noutamaan heille määrättyjä statiineja ja olivat halukkaita osallistumaan tutkimukseen. Aineisto (n=93) analysoitiin SPSS for Windows -ohjelmalla (versio 17.0) ja sen kuvauksessa käytettiin suoria frekvenssejä, ristiintaulukointia ja tilastollisen merkitsevyyden testausta.

Aikaisemman tutkimustiedon perusteella oli odotettavissa, ettei potilaslakia noudateta systemaattisesti. Oletus täyttyi, sillä tulosten mukaan potilaiden itsemääräämisoikeus toteutui heikosti. Muilta osin potilaslakiin liittyvät tulokset olivat suhteellisen myönteisiä. Statiineihin liittyviä haittavaikutuksia ja yhteisvaikutuksia lukuun ottamatta suurin osa lääkäreistä oli keskustellut potilaidensa kanssa kaikista niistä aiheista, jotka tulisi statiinilääkitystä aloitettaessa ottaa esille. Lisäksi valtaosa tutkittavista raportoi, että lääkäri oli esittänyt mielipiteensä ja perustelunsa selkeästi ja ymmärrettävästi.

Dyslipidemioiden Käypä hoito -suositusten noudattamiseen liittyvät tulokset myötäilivät niitä tietoja, mitä Käypä hoito -suositusten noudattamisesta jo aikaisemmin tiedettiin: suositusta noudatettiin vaihtelevasti. Erilaisista ryhmien välisistä vertailuista nousivat selkeimmin esille ikä- ja koulutusryhmien väliset erot. Vanhimpaan (66–80 -vuotiaat) ikäluokkaan kuuluvien potilaiden kohdalla lääkärit olivat toimineet potilaslain ja dyslipidemioiden Käypä hoito -suositusten mukaisesti harvemmin kuin nuorempiin ikäluokkiin kuuluvien potilaiden kohdalla. Koulutustaso sen sijaan näkyi tutkittavien vastauksissa siten, että vähintään 11 vuotta kouluttautuneet suhtautuivat lääkärin toimiin kriittisemmin kuin korkeintaan kymmenen vuotta koulutusta hankkineet. Vaikka tutkimuksen tulokset eivät olekaan yleistettävissä, voivat yksittäiset lääkärit kuitenkin arvioida niiden pohjalta omaa työskentelyään.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND

Faculty of Health Sciences

Training programme of Public Health

Litmanen, Piela A.: The fulfilment of patient law and *Kaypa hoito* -recommendation in the statin therapy of dyslipidemias

Master's thesis, 71 pages and 1 attachment (5 pages)

Supervisors: professor Markku Myllykangas and professor Tomi-Pekka Tuomainen

February 2011

Keywords: patient law, *Kaypa Hoito* -recommendation, dyslipidemias

Cardiovascular diseases are the most common cause of death in the Finnish population. Dyslipidemia, or blood's elevated cholesterol content, is one of the most important risk factors of cardiovascular diseases. In 2010, almost 700 000 Finns received health insurance compensation for statins, that are the most general drugs in treating of dyslipidemias. The purpose of this thesis was to research how patient law, which passes about ethical medical treatment and *Kaypa hoito* -recommendation of dyslipidemias, which was created to unify the treatment practices, are obeyed in statin therapy of dyslipidemias.

The data for this survey was accumulated by way of structured questionnaire. The questionnaire was handed out in pharmacies in Kuopio from June to August 2011 to those people, who came to get statins that were prescribed to them and were willing to take part in the survey. The data (n=93) was analysed with the help of SPSS for Windows -software (version 17) and it was represented via direct frequencies, crosstabs and testing of statistical significance.

Results from previous surveys suggest that patientlaw is not systematically obeyed. The presumption was realized, because according to the results of this thesis, patients autonomy was weakly fulfilled. In other respect, the results that related to patient law were relatively positive. With the exception of injurious effects and synergisms that are in connection with statins, most of the doctors discoursed with their patients all those topics that should be discussed when statin therapy is commenced. In addition, the majority of respondents declared that the doctor presented his opinions and reasons clearly and candidly.

The results that related to the fulfilment of *Kaypa hoito* -recommendation of dyslipidemias complied with the information which was already available on the subject: the observance of the recommendation was variable. Of all distinctions between different groups, the clearest were those between age and education groups. When dealing with the oldest (66–80 -years-old) patients, the doctors worked more scattered according to the patient law and the *Kaypa hoito* -recommendation of dyslipidemias than when dealing with younger patients. The level of the respondent's education showed in the answers and those schooled for eleven years regarded more critical to doctor's working than those who were schooled for ten years. Although the results of this survey can't be generalized, individual doctors can nevertheless evaluate their own work by way of these results.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 VEREN KOLESTEROLI	6
3 SYDÄN- JA VERISUONITAUDIT JA DYSLIPIDEMIA KANSANTERVEYSONGELMANA	7
4 SYDÄN- JA VERISUONITAUTIEN EHKÄISEMINEN	9
4.1 Sydän- ja verisuonitautien kokonaisriskin arvioiminen	10
4.2 Ruokavalio	12
4.3 Liikunta	13
4.4 Painonhallinta.....	14
4.5 Tupakointi	14
4.6 Verenpaine	15
4.7 Diabetes	15
5 DYSLIPIDEMIAN STATIINIHOITO	16
5.1 Yleistä statiineista	16
5.2 Statiinien hyödyt	17
5.3 Statiinien haittavaikutukset	18
5.4 Statiinien yhteisvaikutukset	19
6 POTILASLAIN JA KÄYPÄ HOITO -SUOSITUSTEN TAVOITTEET	20
7 POTILASLAIN JA KÄYPÄ HOITO -SUOSITUKSEN ASETTAMAT EDELLYTYKSET DYSLIPIDEMIAN STATIINIHOIDOLLE	21
8 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET	22
8.1 Asenteet Käypä hoito -suosituksia kohtaan ja niiden noudattaminen.....	22
8.2 Potilaslain toteutuminen	24
9 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET	24
10 AINEISTO JA MENETELMÄT	25
11 EETTISET KYSYMYKSET JA TIETOSUOJA.....	25
12 TULOKSET	26
12.1 Vastaanotoilla käydyt keskustelut.....	26
12.2 Lääkäreiden mielipiteiden ja perusteluiden selkeys	32
12.3 Potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutuminen	36
12.4 Dyslipidemioiden Käypä hoito -suosituksen noudattaminen	40
12.5 Yhteenveto	58

13 POHDINTA	59
LÄHTEET.....	65
LIITTEET	
Liite 1. Tutkimuksessa käytetty kyselylomake	

1 JOHDANTO

Suomalaisten kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin on vähentynyt merkittävästi 70-luvulta alkaen (Vartiainen ym. 2010a). Tästä huolimatta ne aiheuttavat edelleen noin 40 prosenttia kaikista kuolemista Suomessa ja ovat yleisin kuolinsyy sekä miehillä että naisilla (Suomen Sydänliitto ry 2011c). Vuonna 2010 verenkiertoelinsairauksiin kuoli 9 900 miestä ja 10 575 naista, yhteensä 20 475 henkilöä (Tilastokeskus 2011). Dyslipidemia, eli lyhyesti määriteltynä veren kohonnut kolesterolipitoisuus, lukeutuu sydän- ja verisuonisairauksien merkittävimpiin riskitekijöihin (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2009). Lähes 60 %:lla suomalaisista aikuisista veren kokonaiskolesteroli on yli 5,0 mmol/l, eli heidän kolesterolinsa määritellään kohonneeksi (Peltonen ym. 2008). Statiinit - HGO-CoA-reduktaasin estäjät - ovat dyslipidemioiden hoidossa eniten käytetty lääkeryhmä (Strandberg ja Vanhanen 2008c). Niistä sai vuonna 2010 sairausvakuutuskorvausta 680 611 henkilöä (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos 2011), mikä on 22 175 enemmän kuin vuonna 2009 (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos 2010). Yhteiskunnalle yksi statiinilääkitystä käyttävä henkilö maksoi vuonna 2010 keskimäärin 64 euroa, jolloin kokonaiskustannuksia kertyi noin 43 402 000 euroa (Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos 2011). Kolesterolilääkkeiden käyttö lisääntyy keskimäärin 20 prosentin vuosivauhdilla (Salminen 2009). Tämän tutkielman tavoitteena on selvittää, kuinka dyslipidemioiden statiinihoidossa noudatetaan hyvästä ja eettisesti oikeanlaisesta lääketieteellisestä hoidosta säättävää potilaslakia ja hoitokäytäntöjen yhtenäistämiseen pyrkivää dyslipidemioiden Käypä hoito -suositusta. Potilaslain toteutumisesta on tehty vain joitakin paikallisia selvityksiä ja Käypä hoito -suositukseen liittyvissä tutkimuksissa tutkimusaineisto on koostunut pääasiassa terveydenhuollon ammattilaisten mielipiteistä – toisin kuin tässä tutkimuksessa.

2 VEREN KOLESTEROLI

Veren rasva-aineista eli lipideistä kolesteroli ja triglyseridit vaikuttavat verenkiertoelimistön terveyteen. Veren kolesterolipitoisuus määritetään verikokein, jolloin mitataan sekä HDL-kolesterolin suhdetta kokonaiskolesteroliin että triglyseridejä. Kokonaiskolesterolilla tarkoitetaan kaikkea veressä kulkevaa kolesterolia (Töyry 2008). Koska kolesteroli on rasva, se ei voi liueta veteen. Jotta se pystyisi kulkemaan verenkierrossa, se pitää pakata erityisten kuljetusproteiinien sisään. Näitä kolesterolin kuljetuspakkauksia on kahdentyypisiä. LDL-pakkaukset kuljettavat suurinta osaa veren kolesterolista, ja niiden sisällä kolesteroli pääsee verestä kudoksiin (Mustajoki 2010) ja valtimoiden seinämiin (Töyry 2008). Jos LDL-kolesterolia on runsaasti, sitä siirtyy

haitallisia määriä valtimoiden sisäkalvon alle (Mustajoki 2010), mikä aiheuttaa verisuonten ahtautumista eli ateroskleroosia (Töyry 2008). Ateroskleroosi aiheuttaa sepelvaltimotautia ja johtaa pahimmillaan sydäninfarktiin ja äkkikuolemaan (Kervinen 2008).

HDL-kolesteroli on toinen tärkeä kuljetuspakkaus. Veressä HDL-pakkauksia on vähemmän. Niiden avulla kolesteroli kulkeutuu pois kudoksista (Mustajoki 2010) ja verisuonten seinämistä maksaan, josta ylimääräinen kolesteroli erittyy sappinesteeseen ja poistuu sitä kautta ulosteen mukana elimistöstä (Töyry 2008). Koska LDL-kolesterolin liiallinen määrä veressä on haitallista, sitä kutsutaan pahaksi kolesteroliksi. Hyödyllisen HDL-kolesterolin kansankielinen nimitys sen sijaan on hyvä kolesteroli (Mustajoki 2010). Triglyseridit ovat kolmas rasvatyyppi, joiden määrää verikokeessa mitataan. Triglyseridit ovat tavallisin ravinnossa ja ihmisvartalossa oleva rasvan muoto; myös rasvakudokseen varastoitunut rasva on triglyserideinä. Veren korkea triglyseridipitoisuus lisää valtimotaudin riskiä (Matikainen 2009, Töyry 2008). Triglyserideihin liittyvä valtimotaudin vaara on kuitenkin huomattavasti pienempi kuin LDL-kolesteroliin liittyvä (Matikainen 2009).

3 SYDÄN- JA VERISUONITAUDIT JA DYSLIPIDEMIA KANSANTERVEYSONGELMANA

Yleisimpiä sydän- ja verisuonisairauksia ovat sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta ja aivoverenkiertohäiriöt. Dyslipidemia kuuluu näiden sairauksien tavallisimpiin riskitekijöihin yhdessä ravinnon rasvapitoisuuden, perinnöllisten tekijöiden ja tupakoinnin kanssa (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2009). Dyslipidemia määritellään tilanteeksi, jossa seerumin LDL-kolesterolipitoisuus on yli 3 mmol/l tai triglyseridipitoisuus on yli 2 mmol/l tai HDL-kolesterolipitoisuus on pieni (alle 1.0 mmol/l), etenkin suhteutettuna kokonaiskolesterolipitoisuuteen (kokonaiskolesterolin ja HDL-kolesterolin suhde on yli 4) tai jokin edellä mainittujen yhdistelmä. On tavallista, että dyslipidemiapotilaalla on kaksi tai useampia edellä mainituista poikkeavuuksista (Dyslipidemiat 2009).

Suomalaisten miesten kuolleisuus sepelvaltimotautiin oli 1960-luvun lopussa maailman korkeinta. Kuusikymmentäluvun huippulukemista suomalaisten sepelvaltimotautikuolleisuus on kuitenkin vähentynyt noin 80 % (Vartiainen ym. 2010a). Sepelvaltimotaudin ilmaantuvuus ei ole laskenut yhtä nopeasti kuin sepelvaltimotautikuolleisuus, minkä ansiosta sepelvaltimotaudin vallitsevuus on kasvanut. Nämä seikat ovat johtaneet siihen, että aikaisemmin hyvin tappava keski-ikäisten miesten tauti on muuttunut paljon hoitoa vaativaksi iäkkäiden naisten krooniseksi sairaudeksi (Salomaa 2006). Valtaosa vuosittaisista sydän- ja verisuonitautikuolemista tapahtuu tällä hetkellä kehitysmaissa (Fuster ym. 2011). Suomalaisten sepelvaltimotautikuolleisuudessa tapahtuneen suotuisan kehityksen taustalla ovat sekä parantuneet riskitekijätasot että parantunut hoito (Kattainen ja Reunanen 2005). Suomalaisten terveystyöskäytymiseen ja sitä kautta sydän- ja verisuonitautien riskitekijätasoihin on vaikuttanut mm. tarmokkaasti harjoitettu primaari- ja sekundaaripreventio (Salomaa ym. 2003, Vartiainen ym. 2010a). Yksi tunnetuimmista Suomessa toteutetuista hankkeista on niin kutsuttu Pohjois-Karjala -projekti. Vuonna 1972 aloitetun ohjelman päämääränä oli vähentää sepelvaltimotaudista johtuvaa sairastavuutta ja kuolleisuutta. Pohjois-Karjala -projektin alussa pohjoiskarjalaisten miesten seerumin kolesterolipitoisuuden keskiarvo oli 6.9 mmol/l ja naisten 6.8 mmol/l. Pohjoissavolaisilla miehillä ja naisilla pitoisuudet olivat aavistuksen alhaisemmat: 6.7 mmol/l. Pohjois-Karjala -projektin lanseeraamisen jälkeen suomalaisten kolesterolipitoisuudet alkoivat laskea (Vartiainen ym. 2010a).

Useita kymmeniä vuosia jatkunut seerumin kolesterolipitoisuuden väheneminen pysähtyi vuosien 1997 ja 2002 välillä. Vuosina 2002–2007 sekä miesten että naisten kolesterolitaso kääntyi kuitenkin jälleen laskuun. Suomalaisten 30–59 -vuotiaiden miesten seerumin kolesterolipitoisuuden keskiarvo oli vuonna 2002 5,7 mmol/l ja vuonna 2007 5,4 mmol/l. Saman ikäluokan naisilla keskiarvot olivat vuonna 2002 5,4 mmol/l ja vuonna 2007 5,2 mmol/l. Vuonna 2007 59 %:lla 25–74 -vuotiaista miehistä ja 57 %:lla saman ikäluokan naisista kokonaiskolesteroli oli yli 5,0 mmol/l, joka on tämän hetkinen raja-arvo kohonneelle kolesterolille (Peltonen ym. 2008).

4 SYDÄN- JA VERISUONITAUTIEN EHKÄISEMINEN

Pyrittäessä sydän- ja verisuonitautien ehkäisemiseen on tärkeää syödä terveellisesti, liikkua tarpeeksi sekä välttää ylipainoa ja tupakointia. Lisäksi erityisesti kohonneen verenpaineen omaavien ja diabeetikoiden on tavoiteltava mahdollisimman hyvää hoitotasapainoa. Ennen kuin ryhdytään kolesterolia laskeviin toimiin, seerumin kolesteroli tulisi mitata ainakin kaksi kertaa, jotta hoitoratkaisu perustuu luotettaviin tuloksiin. Hoidon valintaan vaikuttavat kolesteroliarvo ja muut samaan aikaan esiintyvät sepelvaltimotaudin vaaratekijät (Mustajoki 2010): ikä, sukupuoli, tupakointi, kohonnut verenpaine ja lähisukulaisten sairastamat sepelvaltimotaudit eli sepelvaltimotaudin sukurasitus (Strandberg ja Vanhanen 2008a). Hoidon yleisenä päämääränä on saada kokonaiskolesterolin arvo alle 5 mmol/l (LDL-kolesteroli alle 3,0 mmol/l). Kolesterolin haitallisuus kuitenkin riippuu muista valtimotautien riskitekijöistä (kuten tupakointi, verenpaine, fyysinen inaktiivisuus). Tällöin arvon 5 lievä tai kohtalainen ylittyminen on monilla muuten terveillä vaaraton (Mustajoki 2010). Suuren riskin henkilöillä kolesterolitavoite on tiukempi: kokonaiskolesterolin tulisi olla 4,5 mmol/l (alle 4,0 mmol/l, jos mahdollista) ja LDL-kolesteripitoisuuden alle 2,5 mmol/l (alle 2 mmol/l, jos mahdollista) (Dyslipidemia 2009). Erittäin suuren riskin henkilöillä (eli niillä joilla on sekä valtimotauti että diabetes) LDL-kolesterolin tavoitearvo on alle 1,8 mmol/l (Diabetes 2011, Dyslipidemia 2009).

Suuren riskin henkilöitä ovat valtimotautia sairastavat, tyypin 2 diabeetikot ja tyypin 1 diabeetikoista yli 40-vuotiaat sekä sellaiset 18–39-vuotiaat, joiden sairauteen liittyy muita vaaratekijöitä (Dyslipidemia 2009). Suuren riskin ryhmään lukeutuvat myös oireettomat henkilöt, joiden kokonaisriski sairastua valtimotautiin on suuri. Heillä on jokin seuraavista tekijöistä: a) vähintään viiden prosentin suuruinen riski kuolla valtimotautiin kymmenen vuoden sisällä [tähän ryhmään kuuluvat yleensä metabolista oireyhtymää (MBO) sairastavat henkilöt, joilla suurentuneeseen triglyseridipitoisuuteen ja pieneen HDL-kolesterolipitoisuuteen liittyy häiriintynyt glukoosiaineenvaihdunta, korkea verenpaine ja keskivartalolihavuus (Dyslipidemia 2009)], b) perinnöllinen dyslipidemia (familiaalinen hyperkolesterolemia, tyypin III hyperlipidemia tai familiaalinen kombinoitunut hyperlipidemia), c) seerumin erittäin korkea kolesterolipitoisuus (kokonaiskolesteroli vähintään 8,0 mmol/l, LDL-kolesteroli vähintään 6,0 mmol/l), d) valtimotaudin sukurasitus: ensimmäisen asteen sukulaisella aikaisin todettu valtimotauti (mies alle 55 vuotta, nainen alle 65 vuotta) tai muuten painavat syyt epäillä sukurasitusta (Dyslipidemia 2009, Tikkanen 2004).

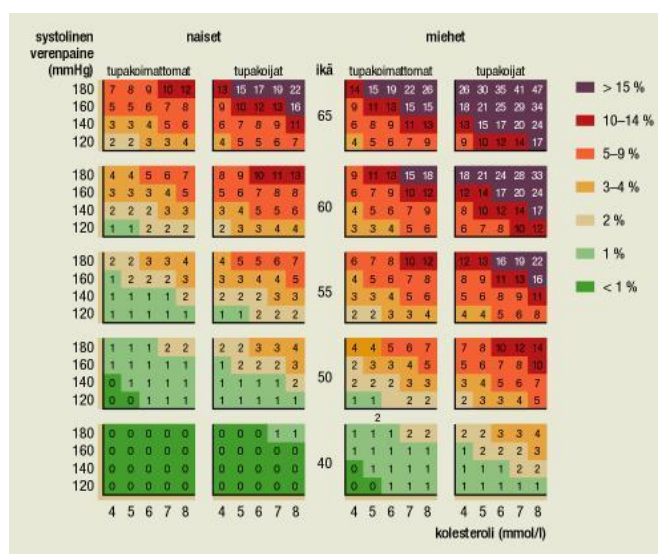
Jos terveen henkilön ainoa riskitekijä on korkea kolesteroli (kokonaiskolesteroli 5,0–6,4 mmol/l ja LDL-kolesteroli 3,0-4,9 mmol/l), voidaan tyytyä pelkkiin ruokavaliomuutoksiin ja tilannetta seurataan rauhassa. Ruokavalion muuttaminen on ensisijainen toimenpide myös silloin, jos arvot ovat korkeammat. Uusi kolesterolipitoisuuden mittausta 3-6 kuukauden kuluttua kertoo, kuinka paljon kolesteroliarvo pieneni ruokavaliomuutoksilla. Jos kolesteroliarvo ei ruokavalioidolla muutu tarpeeksi, harkitaan lääkehoitoa. Hoitopäätös tehdään tapauskohtaisesti ja siihen vaikuttaa kolesteroliarvon lisäksi valtimotaudin kokonaisriski, joka riippuu muistakin valtimotaudin vaaratekijöistä (Mustajoki 2010).

4.1 Sydän- ja verisuonitautien kokonaisriskin arvioiminen

Sydän- ja verisuonisairauksien kokonaisriskin arvioiminen auttaa hoidon tarpeen määrittämisessä (Dyslipidemat 2009) ja kohdentamisessa sekä näennäisesti terveiden henkilöiden sairastumisriskin arvioimisessa (Sydän- ja verisuonitautien ehkäisy käytännön lääkärintyössä: Yhteenveto 2008). Sydän- ja verisuonisairauksien kokonaisriskillä tarkoitetaan tässä todennäköisyyttä, että yksilö sairastuu valtimotautiin tietyssä määrääjassa. Kokonaisriskin arvioiminen on tärkeää, koska lääkärit hoitavat ihmistä kokonaisuutena, eivät pelkästään yksittäistä vaaratekijää. Henkilön kokonaisriski kuvastaa useiden samaan aikaan vaikuttavien riskitekijöiden yhteisvaikutusta ja nämä voivat myös vaikuttaa keskenään, usein toistensa vaikutuksia lisäten (Sydän- ja verisuonitautien ehkäisy käytännön lääkärintyössä: Yhteenveto 2008). Kun oireettomalla yksilöllä on monia riskitekijöitä, joiden vaikeusaste on vähäinen, on kokonaisriskin arviointi ainoa mahdollisuus ennustaa hänen sairastumisriskiään (Viikari ja Kovanen 2009).

Sydän- ja verisuonisairauksien kokonaisriskin arvioinnissa käytetään Suomessa pääasiassa kolmea erilaista riskinarviointimenetelmää: amerikkalaiseen aineistoon pohjautuvaa Framinghamin riskinarviointimenetelmää, suomalaisen aineistoon pohjautuvaa FINRISKI-laskuria ja eurooppalaiseen aineistoon perustuvaa SCORE-mallia (Vartiainen ym. 2010b). Suomen oloihin validoituja mittareita ovat FINRISKI- ja SCORE-laskurit, mutta dyslipidemioiden Käypä hoito -suosituksessa sydän- ja verisuonisairauksien suuren riskin alarajana pidetään nimenomaan SCORE-mittarilla laskettua 5 %:n todennäköisyyttä kuolla sydän- ja verisuonisairauksiin kymmenen seuraavan vuoden aikana (Dyslipidemat 2009). Eri menetelmiä käytettäessä on tärkeää ottaa huomioon, että SCORE-mallin 5 %:n riski vastaa Framinghamin mallin 20 %:n riskiä ja FINRISKI-laskurin 10 %:n riskiä (Vartiainen ym. 2010b).

Graafisena taulukkona esitetty, kuolemaa sepelvaltimotautiin tai muuhun sydän- tai verisuonisairauteen seuraavien 10 vuoden aikana ennustava SCORE-malli pohjautuu 12 eurooppalaiseen kohorttiin, joissa on tutkittu yhteensä 117098 miestä ja 88080 naista. SCORE-tutkijat loivat erilliset taulukot pienen ja suuren valtimotautiriskin alueille (Conroy ym. 2003). Suomessa käytetään suuren riskin taulukkoa (Sydän- ja verisuonitautien ehkäisy käytännön lääkärintyössä: Yhteenveto 2008). SCORE-taulukon riskin arviointi perustuu sukupuoleen, tupakointiin, ikään, systoliseen verenpaineeseen ja kokonaiskolesteroliin (katso Kuvio 1). Taulukkoa käytetään etsimällä siitä ruutu, joka on lähinnä yksilön ikää, kolesteroliarvoa ja verenpainearvoa (Conroy ym. 2003).



Kuvio 1 (alkuperäinen lähde: Conroy ym. 2003, suomenkielinen käännös: Sydän- ja verisuonitautien ehkäisy käytännön lääkärintyössä: Yhteenveto 2008)

Nuorten ihmisten absoluuttinen sydän- ja verisuonisairauksien riski on hyvin pieni. Nuoren riskin arvioinnissa on mahdollista käyttää projisointia 60 vuoden ikään: mikä on hänen todennäköisyytensä sairastua seuraavan kymmenen vuoden aikana, jos hänellä on 60-vuotiaana sama riskitekijätaso kuin nyt (Vartiainen ym. 2010b). SCORE-taulukko ei ota huomioon valtimotaudin sukurasitusta, heikentynyttä glukoosin sietoa, triglyseridejä, veren hyytymistäipumusta (Conroy ym. 2003) tai ylipainoa (Dyslipidemia 2009), joten niiden merkitys sairastumisriskiin on arvioitava erikseen (Conroy ym. 2003). Riskilaskurit eivät milloinkaan korvaa lääkäriä (Strandberg 2007). Sydän- ja verisuonisairauksien kokonaisriskiä vähennetään vaikuttamalla yksittäisiin riskitekijöihin (Dyslipidemia 2009).

4.2 Ruokavalio

Pelkällä ruokavaliolla saadaan kokonaiskolesterolipitoisuutta pienennettyä keskimäärin 3-6 % (Brunner ym. 1997, Strandberg ja Vanhanen 2008b, Tang ym. 1998). Ruokavaliomuutosten vaikutus on kuitenkin yksilöllinen, ja joissakin tapauksissa veren kolesterolipitoisuus voi vähentyä jopa yli 30 % (Strandberg ja Vanhanen 2008b, Suomen Sydänliitto ry 2006).

Dyslipidemia-potilaiden on kiinnitettävä erityistä huomiota rasvan laatuun ja määrään (Töyry 2008). Kovaa rasvaa (tydyttyneitä ja trans-rasvahappoja) sisältävät elintarvikkeet korvataan vähärasvaisilla ja pehmeää rasvaa (tydyttymättömiä rasvahappoja) sisältävillä elintarvikkeilla (Dyslipidemiat 2009, Harju 2007, Suomen Sydänliitto ry 2006). Tällöin HDL-kolesterolipitoisuus pysyy samana, mutta LDL-kolesterolipitoisuus pienenee (Dyslipidemiat 2009). Rasvaisissa maitovalmisteissa, voissa, voita sisältävissä levitteissä, juustoissa, rasvaisissa makkaroissa, lihassa, leivonnaisissa ja trooppisissa kasvisrasvoissa (kuten palmu- ja kookosöljyssä) on eniten kovaa rasvaa (Dyslipidemiat 2009, Suomen Sydänliitto ry 2006). Kasviöljyt, kasvismargariinit ja kalat sen sijaan sisältävät runsaasti pehmeää rasvaa (Dyslipidemiat 2009, Harju 2007, Suomen Sydänliitto ry 2006, Töyry 2008). Rasvojen osuus päivittäisestä energiansaannista tulisi olla korkeintaan 30 %, josta pehmeää rasvaa tulisi olla vähintään 2/3 ja kovaa rasvaa korkeintaan 1/3 (Strandberg ja Vanhanen 2008b, Suomen Sydänliitto ry 2006). Elintarvikkeiden rasvan laatu ja määrä tulevat yleensä ilmi pakkausmerkinnöistä (Suomen Sydänliitto ry 2006).

Runsaskuituisesta ruokavaliosta on hyötyä dyslipidemia-potilaille, sillä liukoiset ravintokuidut sitovat suolistossa tehokkaasti kolesterolia. Liukenemattomat kuidut sen sijaan parantavat suolen toimintaa. Käytännössä samat ruoka-aineet sisältävät molempia kuitutyyppejä (Suomen Sydänliitto ry 2006). Ruokavalion kuitupitoisuutta voi lisätä suosimalla täysjyväviljatuotteita sekä kasviksia, marjoja ja hedelmiä (Dyslipidemiat 2009, Strandberg ja Vanhanen 2008b, Suomen Sydänliitto ry 2006, Töyry 2008). Myös pavuissa, linsseissä, herneissä, leseissä ja siemenissä on paljon kuitua (Suomen Sydänliitto ry 2006). Liukenemattomien kuitujen lähteitä, eli kasviksia, marjoja ja hedelmiä, tulisi suositusten mukaan syödä päivittäin noin puoli kiloa (Dyslipidemiat 2009, Suomen Sydänliitto ry 2006). Liukenevien kuitujen saantisuositus täyttyy esimerkiksi silloin, jos syö joka päivä 6-9 viipaletta täysjyväleipää (Suomen Sydänliitto ry 2006).

Dyslipidemiassa munankeltuaisen käyttöä tulisi rajoittaa. Tämä siksi, että yksi keltuainen sisältää kolesterolia 300 mg, mikä on päivittäisen kolesterolinsaannin suositeltu maksimimäärä. Katkarapuja ja muita äyriäisiä dyslipidemia-potilas voi niiden korkeasta kolesterolipitoisuudesta

huolimatta nauttia silloin tällöin, koska kokonaisvaikutukset veren lipideihin ovat edullisia (Dyslipidemiat 2009).

Kaikkien dyslipidemia-potilaiden kannattaa suunnitella ateriansa niin sanotun lautasmallin mukaisesti (Dyslipidemiat 2009, Töyry 2008). Siinä puoli lautasellista täytetään kasviksilla, neljänneslautasellinen perunalla, riisillä tai pastalla ja toinen neljänneslautasellinen rasvasuositukset täyttävällä lihalla, kanalla tai kalalla tai kasvisruokavaliossa palkoviljalla, pähkinöillä ja siemenillä (Suomen Sydänliitto ry 2006). Käytännössä ravitsemus on sydänystävällistä silloin, kun päivittäin syödään runsaasti kasviksia sisältävää, kohtuullisen vähärasvaista ja vain vähän kovaa rasvaa sisältävää ruokaa (Suomen Sydänliitto ry 2006).

4.3 Liikunta

Dyslipidemioiden elintapahoidossa ravitsemustottumusten muuttaminen on keskeisintä, mutta myös liikunta on tärkeä osa hoitoa (Aikuisten liikunta 2010). Kohtuukuormitteinen kestävyysliikuntaharjoittelu voi lisätä vähän liikkuvilla terveillä henkilöillä HDL-kolesterolin pitoisuutta (keskimäärin noin 5 % lähtötilanteesta) (Aikuisten liikunta 2010, Dyslipidemiat 2011, Kodama ym. 2007, Kukkonen-Harjula 2003, Leon ym. 2001, Suomen Sydänliitto ry 2006, 2011a) sekä vähentää LDL-kolesterolin (5 %) ja triglyseridien (4 %) pitoisuuksia (Aikuisten liikunta 2010, Dyslipidemiat 2009, Kukkonen-Harjula 2003, Leon ym. 2001, Suomen Sydänliitto ry 2006, 2011a). HDL-kolesterolin edullisen muutoksen aikaansaamiseksi liikunnan tulee olla säännöllistä ja ripeää ja sen tulee jatkua useiden kuukausien ajan (Aikuisten liikunta 2010, Dyslipidemiat 2009, Kukkonen-Harjula 2003). Käytännössä tämä tarkoittaa 20–60 minuuttia kestävästä, lähes päivittäin toistuvaa reipasta kävelyä tai vastaavaa liikuntaa (Dyslipidemiat 2009, Kukkonen-Harjula 2003, Suomen Sydänliitto ry 2006), joka kuluttaa 1000-2000 kaloria energiaa viikossa (Kukkonen-Harjula 2003, Suomen Sydänliitto ry 2006).

Lisääntyneen fyysisen aktiivisuuden aikaansaamat lipoproteiinien muutokset johtuvat siitä, että liikunta lisää elimistön energiankulutusta. Tällöin rasvakudoksen lipolyysi eli triglyseridipartikkeleiden hajoaminen rasvahapoiksi nopeutuu ja niitä siirtyy verenkiertoon lihassoluihin kuljetettavaksi. Liikunta muuttaa lipoproteiiniaineenvaihduntaa säätelevien avainentsyymien aktiivisuutta. Liikunnan vaikutukset näkyvät ensin akuutissa kuormituksessa (yksi liikuntakerta), mutta toistuessaan liikunnan harrastaminen johtaa adaptaation kautta pysyviin muutoksiin veren lipoproteiinien pitoisuuksissa. Triglyserideissä tapahtuvat muutokset selittyvät enemmän akuuttina vaikutuksena (Kukkonen-Harjula 2003). Valtaosa lipoproteiineihin ja

liikuntaharjoitteluun keskittyneistä tutkimuksista on tehty terveillä (Kukkonen-Harjula 2003), ja tieto liikunnan optimaalisesta määrästä dyslipidemioissa osana muuta hoitoa on edelleen puutteellista (Dyslipidemia 2009, Kukkonen-Harjula 2003).

4.4 Painonhallinta

Dyslipidemia on tavallista ylipainoisilla ihmisillä (Aikuisten lihavuuden hoito 2011). Ylipainolla tarkoitetaan kehon ylimääräistä rasvakudosta (Niskanen 2008). Ylipaino määritellään tilanteeksi, jossa henkilön painoindeksi (BMI) on yli 25, sillä sen ylittyminen lisää useiden sairauksien riskiä (Aikuisten lihavuuden hoito 2011). BMI lasketaan jakamalla paino pituuden neliöllä (Mustajoki 2007). Painoindeksin laskemisen lisäksi ylipainon haitallisuutta voidaan arvioida mittaamalla vyötärön ympäryys (Niskanen 2008). Vatsaonteloon kertynyt rasva on aineenvaihdunnallisesti aktiivisempaa kuin lantion ja reisien alueille keskittynyt, minkä vuoksi se on terveydelle haitallisempaa kuin ihonalaisrasva. Miesten vyötärölihavuuden alaraja on 100 cm ja naisten 90 cm (Aikuisten lihavuuden hoito 2011). Ylipainoisten dyslipidemia-potilaiden tulisi pyrkiä pysyvään 5-10 % suuruiseen laihtumiseen (Dyslipidemia 2009). Painonpudottaminen vähentää veren triglyseridipitoisuutta ja lisää HDL-kolesterolipitoisuutta (Aikuisten lihavuuden hoito 2011, Dyslipidemia 2009, Mustajoki 2007, Niskanen 2008).

4.5 Tupakointi

Tupakoinnin lopettaminen on tärkeää pyrittäessä vähentämään sydän- ja verisuonitautivaaraa (Dyslipidemia 2009, Suomen Sydänliitto ry 2011b). Tupakointi nostaa veren LDL-kolesterolin ja triglyseridien määrää ja laskee HDL-kolesterolipitoisuutta (Suomen Sydänliitto ry 2011b). Etenkin suuren riskin lääkitystä käyttävien potilaiden tulisi pyrkiä lopettamaan tupakointi, sillä tupakoivien kuolleisuusriski on lääkityksestä huolimatta suurempi kuin tupakoimattomilla. Tupakoinnin lopettaminen vähentää sydän- ja verisuonitauteihin liittyvää kuolemanvaaraa jopa 36 % (Dyslipidemia 2009). Tupakoinnin lopetus vaikuttaa suotuisasti veren lipideihin; erityisesti HDL-kolesteripitoisuus nousee (Dyslipidemia 2009, Maeda ym. 2003).

4.6 Verenpaine

Henkilön riski sairastua ja kuolla sydän- tai verisuonisairauteen kasvaa sitä mukaa, mitä korkeampi verenpaine hänellä on (Kohonnut verenpaine 2009). Kohonneen verenpaineen hoito tukee dyslipidemian hoitoa ja pienentää sydän- ja verisuonisairauksien kokonaisriskiä (Dyslipidemiat 2009). Ihanteellinen systolinen (eli sydämen supistumisvaiheeseen liittyvä) verenpainetaso on alle 120 mmHg ja ihanteellinen diastolinen (eli sydämen veltostumisvaiheeseen liittyvä) verenpainetaso alle 80 mmHg. Normaali verenpaine on alle 130/85 mmHg ja normaalin verenpaineen ylärajana pidetään arvoa 140/90 mmHg. Kohonneen verenpaineen hoidolla pyritään saavuttamaan verenpainetaso, joka on alle 140/85 mmHg. Hoitotavoite on 130/80 mmHg jos henkilöllä on munuaissairaus tai diabetes tai jos hän on sairastanut sydäninfarktin tai aivohalvauksen. Vielä tiukempi hoitotavoite, 127/75 mmHg, on henkilöllä, jonka munuaissairauteen liittyy yli yhden gramman suuruinen virtsan valkuaispitoisuus vuorokaudessa. Kohonneen verenpaineen merkittävimpiä muutettavissa olevia vaaratekijöitä ovat ylipaino, suolan (natriumin) ja alkoholin liiallinen nauttiminen sekä fyysinen inaktiivisuus, joihin kohonneen verenpaineen elämäntapahoidossa pyritään vaikuttamaan. Lääkehoito aloitetaan silloin, kun toistetuissa mittauksissa systolinen verenpaine on vähintään 160 mmHg tai diastolinen verenpaine 100 mmHg tai korkeampi. Jos henkilöllä on diabetes, munuaissairaus, kliinisesti merkittävä sydän- tai verisuonitauti tai viitteitä kohde-elinvaurioista, lääkehoito aloitetaan systolisen paineen ollessa 140 mmHg tai enemmän tai diastolisen paineen ollessa vähintään 90 mmHg. Kohonneella kolesterolilla ei ole merkitystä verenpainelääkettä valittaessa (Kohonnut verenpaine 2009).

4.7 Diabetes

Tämänhetkisen dyslipidemioiden Käypä hoito -suosituksen mukaan tyypin 2 diabeetikoilla ja tyypin 1 diabeetikoista yli 40-vuotiailla sekä 18–39-vuotiaista sellaisilla, joiden sairauteen liittyy muita vaaratekijöitä (kuten mikroalbuminuria, nefropatia, huono glukoositasapaino, retinopatia, kohonnut verenpaine, hyperkolesterolemia, merkkejä metabolisesta oireyhtymästä tai valtimotaudin sukurasitus), on suurentunut riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin (Dyslipidemiat 2009). Diabetes on sairaus, jolle on ominaista veren korkea glukoosipitoisuus (Diabetes 2011, Töyry 2007). Veren korkea glukoosipitoisuus voi johtua insuliinin puutteesta, insuliinin heikentyneestä vaikutuksesta tai kummastakin. Kun pyritään hyvään elämänlaatuun ja diabeteksen komplikaatioiden, kuten sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyyn, on tavoiteltava mahdollisimman hyvää hoitotasapainoa. Kaikilla diabeetikoilla pitäisi olla selkeät numeeriset tavoitteet:

glykolysoituneen hemoglobiinin (glukoositasapainon seuraamiseksi verestä mitattava yhdiste) tulisi yleensä olla alle 7 %, paastoglukoosin 4-6 mmol/l ja syömisen jälkeisen glukoosin alle 8 mmol/l. Diabeetikoiden on myös pyrittävä edellä esiteltyihin kolesterolin ja verenpaineen hoitotavoitteisiin. Lisäksi diabetesta sairastavien on tärkeää noudattaa sydänystävällistä ruokavaliota, harrastaa säännöllisesti liikuntaa ja välttää ylipainoa, tupakointia sekä runsasta alkoholinkäyttöä (Diabetes 2011).

5 DYSLIPIDEMIAN STATIINIHOITO

5.1 Yleistä statiineista

Dyslipidemian lääkehoito aloitetaan silloin, kun kokonaisriski on suuri eikä elämäntapamuutoksilla päästä hoitotavoitteisiin. Lääkehoito on tarpeen myös silloin, kun pyritään estämään jo syntyneen sydän- tai verisuonisairauden etenemistä tai uusia sairauskohtauksia (Dyslipidemat 2009). Vuonna 1987 markkinoille tulleet (Dyslipidemat 2009) hydrokxy-3-metyylyglutaryyli-koentsyymi-A-reduktaasi-inhibiittorit, eli statiinit (Sydän- ja verisuonitautien ehkäisy käytännön lääkärintyössä: Yhteenveto 2008) ovat yleisin dyslipidemioiden hoidossa käytetty lääkeryhmä (Strandberg ja Vanhanen 2008c). Maksassa kolesterolin synteesin alussa 3-hydroksi-3-metyylyglutaryylikoentsyymi A:sta (HMG-CoA), kolesterolin synteesin avainentsyymistä, muodostuu mevalonaattia HMG-CoA-reduktaasin (pelkistävän entsyymin) toimiessa katalyyttina, eli kemiallisen reaktion nopeuttajana. Statiinien vaikutus pohjautuu HMG-CoA-reduktaasin estoon, joka on luonteeltaan kilpailevaa. Maksan kolesterolimäärän pienenemisen seurauksena maksasolujen LDL-reseptorit lisääntyvät, ja tämä pyrkii kompensoimaan maksan vähentyntä sterolipitoisuutta. LDL-reseptorien määrän kasvamisen takia maksa ottaa verenkierrosta enemmän LDL-kolesterolia, jolloin veren LDL-kolesterolipitoisuus vähenee. Kolesterolisynteesin eston ansiosta kokonais- ja LDL-kolesterolipitoisuudet pienenevät. Koska kolesterolin muodostuminen on vilkkainta yöllä, nautitaan statiinit yleensä iltaisin (Rouru ja Koulu 2007).

Lipidivaikutukset eivät kuitenkaan välttämättä ole ainoa mekanismi, jolla statiinit pienentävät sydän- ja verisuonisairauksien riskiä. On nimittäin olemassa vahvaa näyttöä siitä että elimistön tulehdustila lisää sydän- ja verisuonisairauksien todennäköisyyttä (Kones ym. 2010, Willerson ja Ridker 2004) ja että statiinilääkitys vähentää veressä olevan C-reaktiivisen proteiinin eli CRP:n määrää, jota käytetään tulehdustilan osoittimena (Albert ym. 2001, Horiuchi ym. 2010, Willerson ja Ridker 2004). Lipidivaikutusten lisäksi statiineilla näyttää siis olevan myös tulehdusta estäviä ja lievittäviä vaikutuksia (Albert ym. 2001).

Statiineja on olemassa useita erilaisia (Mustajoki 2010). Vaikka eri valmisteilla on pieniä keskinäisiä eroja (Mustajoki 2010), ovat kaikki statiinit hoitovasteen kannalta samanarvoisia (Rouru ja Koulu 2001). Suomessa myynnissä olevat statiinivalmisteet ovat nimeltään simvastatiini, atorvastatiini, rosuvastatiini, lovastatiini, pravastatiini ja fluvastatiini (Peura ym. 2007). Statiineja nautitaan kerran vuorokaudessa ja ne on tarkoitettu jatkuvaan käyttöön. Lääkehoito aloitetaan yleensä pienellä annoksella, jota tarpeen vaatiessa suurennetaan (Mustajoki 2010).

5.2 Statiinien hyödyt

Statiinit vähentävät veren LDL-kolesterolipitoisuutta 20–60 % ja triglyseridipitoisuutta 10–20 % yksilöllisten erojen, valmisteiden ja annoksen mukaan vaihdellen (Rouru ja Koulu 2007). Statiineilla on myös lievä HDL-kolesterolipitoisuuden määrää nostava vaikutus (Mustajoki 2010, Ruoru ja Koulu 2007, Strandberg ja Vanhanen 2008c). Yli 90000 potilasta sisältäneen meta-analyysin mukaan keskimäärin viisi vuotta kestänyt statiinilääkitys vähensi lumelääkkeeseen verrattuna ja yhden mmol/l LDL-kolesterolin laskua kohden kokonaiskuolleisuutta 12 %, sydäninfarkteja tai koronaarikuolleisuutta 23 % sekä kuolemaan johtavia, eli fataaleja tai ei-fataaleja aivoinfarkteja 17 % (Baigent ym. 2005).

Statiinihoidon hyöty tuli esille kaikissa merkittävässä alaryhmissä (miehillä ja naisilla, diabeetikoilla ja ei-diabeetikoilla, yli ja alle 65-vuotiailla, sepelvaltimotautia sairastavilla ja sairastamattomilla) (Dyslipidemat 2011, Baigent ym. 2005). Statiinien teho ilmaistuna hoidettavien potilaiden lukumääränä, jotta yksi vakava tautitapahtuma tulisi estetyksi (number needed to treat -luku, NNT) oli pienin infarktin sairastaneilla, 18, ja suurin henkilöillä, joilla ei ollut sepelvaltimotautia sekä naisilla, 48. Kokonaiskuolleisuuteen statiinit vaikuttivat siten, että hoitamalla 86 potilasta viiden vuoden ajan saatiin ehkäistyksi yksi kuolemantapaus (Uhari 2006).

5.3 Statiinien haittavaikutukset

Statiinit ovat hyvin siedetty lääkeyhmä. Yleisimmät haittavaikutukset ovat päänsärky, ihottumat ja ruoansulatuskanavan oireet. Noin yhdellä prosentilla statiinilääkitystä käyttävistä maksan toimintaa kuvaavat seerumin transaminaasiarvot suurenevät (Rouru ja Koulu 2007). Maksaentsyymiarvojen oireettoman kohoamisen kliininen merkitys on kuitenkin yleensä epävarma (Dyslipidemiat 2009, Strandberg ja Vanhanen 2008c). Jos maksaentsyymiarvojen suurenemiset ovat selviä (yli kolme kertaa viitealueen yläraja), on hoito lopetettava. Maksaan kohdistuvan haitan todennäköisyys kasvaa annoskoon kasvaessa, ja pienillä annoksilla maksan toiminnanhäiriöt ovat harvinaisia. Maksasairauksia sairastavat ihmiset eivät voi käyttää statiineja (Rouru ja Koulu 2007).

Statiinilääkitys lisää noin joka kymmenennellä potilaalla seerumin kreatiniinikinaasia merkinä lihaksiin kohdistuvasta vaikutuksesta (Rouru ja Koulu 2007). Erilaiset lihasoireet ovatkin yksi merkittävimpiä syitä statiinihoidon keskeyttämiseen (Dyslipidemiat 2009). Myopatiasta eli eräänlaisesta lihassairaudesta, lihasheikkoudesta ja lihaskivuista kärsii noin 0,1 % potilaista. Myopatia voi pahimmassa tapauksessa johtaa rabdomyolyysiin, mikä on statiinien vakavin mutta erittäin harvinainen haittavaikutus (Dyslipidemiat 2009, Huupponen ym. 2001). Rabdomyolyysi tarkoittaa poikkijuovaisten lihasten vauriota, joka voi aiheuttaa akuutin munuaisten vajaatoiminnan, ellei hoitotoimenpiteitä aloiteta tarpeeksi aikaisin (Saha 2008). Rabdomyolyysi liittyy usein lääkkeiden yhteisvaikutuksiin ja statiinipitoisuuden huomattavan suureen nousuun. Tilalle altistaa mahdollisesti myös hyvin korkea ikä, useiden sairauksien esiintyminen yhtä aikaa ja kilpirauhasen vajaatoiminta (Dyslipidemiat 2009). Edellä mainittujen haittojen lisäksi statiinien on myös raportoitu aiheuttaneen keskushermosto-oireita, kuten keskittymisvaikeuksia, painajaisunia ja univaikeuksia (Rouru ja Koulu 2007), tosin ainoastaan hyvin harvoin (Dyslipidemiat 2009). Statiineja ei suositella käytettäväksi raskausaikana, sillä eläintutkimusten mukaan ne aiheuttavat epämuodostumia (Rouru ja Koulu 2007).

5.4 Statiinien yhteisvaikutukset

Monilla yleisillä lääkkeillä on mahdollisia yhteisvaikutuksia eri statiinien kanssa (Dyslipidemiaat 2009). CYP-entsyymit vaikuttavat merkittävästi statiinien eliminaatioon pravastatiinia lukuun ottamatta (Huupponen ym. 2001, Neuvonen ym. 2006). Ainakin itrakonatsoli, ketokonatsoli, flukonatsoli, verapamiili, diltiatsemiini, erytromysiini, klaritromysiini, siklosporiini (Huupponen ym. 2001, Rouru ja Koulu 2007), fluoksetiini, nifedipiini (Rouru ja Koulu 2007), greippimehu ja HIV-proteaasin inhibiittorit voivat lisätä CYP3A4:n kautta kulkevien statiinien pitoisuuksia estämällä niiden metaboliaa (Huupponen ym. 2001, Rouru ja Koulu 2007). CYP3A4:ää estävien lääkkeiden yhtäaikainen käyttö lisää merkittävästi statiinien haittavaikutusten vaaraa, jollei statiinien annosta pienennetä huomattavasti. Rifampisiini, karbamatsepiini, fenytoiini ja barbituraatit voivat puolestaan heikentää statiinien tehoa metabolian kiihdyttämisen kautta (Rouru ja Koulu 2007). Statiineista vain fluvastatiini metaboloituu pääasiassa CYP2C9:n kautta (Huupponen ym. 2001, Neuvonen ym. 2006), jolloin samanaikainen käyttö CYP2C9:n estäjän kanssa (mm. tsafirlukasti, metronidatsoli, flukonatsoli, disulfiraami, amiodaroni) voi lisätä fluvastatiinin haittavaikutuksia (Rouru ja Koulu 2007).

Ellei hoitotavoitteita saavuteta pelkällä statiinilla, voidaan statiinihoitoon yhdistää etsetimibi, resiini, fibraatti tai nikotiinihappo (Dyslipidemiaat 2009). Statiinien ja fibraattien samanaikaiseen käyttöön liittyy kohtalaisesti lisääntynyt myopatian ja joskus myös rbdomyolyysin riski. Siksi tätä yhdistelmähoitoa saavat potilaat on valittava huolellisesti ja heitä on ohjeistettava mahdollisten varoittavien oireiden varalta. Nämä haittavaikutukset ovat kuitenkin erittäin harvinaisia, eivätkä ne ole vasta-aiheita yhdistelmähoitoon potilailla, jotka ovat todella sen tarpeessa (Sydän- ja verisuonitautien ehkäisy käytännön lääkärintyössä: Yhteenveto 2008). Suurin osa statiineihin liittyvistä yhteisvaikutuksista voidaan välttää lääkkeiden huolellisella valinnalla ja annostelulla (Neuvonen ym. 2006).

6 POTILASLAIN JA KÄYPÄ HOITO -SUOSITUSTEN TAVOITTEET

Potilaslaki, eli laki potilaan asemasta ja oikeudesta, tuli voimaan maaliskuun alussa 1993 (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, Hinkka 2003, Järvi 2003, Partanen 1994, Sosiaali- ja terveysministeriö 2003). Voimaan astuessaan potilaslaki oli laadultaan ensimmäisiä maailmassa ja sisällöltään hyvin edistyksellinen (Järvi 2003). Potilaslain tavoitteena on taata kaikille suomalaisille laadukas terveydenhuolto (Partanen 1994). Se sisältää hyvän ja eettisesti korkealuokkaisen hoidon periaatteet (Järvi 2003). Päämääränä on potilaan oikeusturvan selkiinnyttäminen ja parantaminen sekä luottamuksellisen hoitosuhteen syntymisen tukeminen (Kokkonen 1996). Laissa määritellään mm. oikeus hoitoon, tiedonsaantiin liittyvät oikeudet ja velvollisuudet sekä potilaan oikeus päättää henkilökohtaisesta koskemattomuudestaan (Järvi 2003).

Käypä hoito -projekti aloitettiin vuonna 1994 erikoislääkäriyhdistysten ja Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin toimesta. Kehittämistyön taustalla oli tietoisuus ja huoli hoitokäytäntöjen kirjavuudesta, terveydenhuollon kustannusten kasvusta, lääketieteellisen tiedon nopeasta lisääntymisestä ja terveydenhuollon työntekijöiden vaikeuksista tietojensa päivittämisessä. Edellä mainittujen ongelmien ratkaisemiseksi Käypä hoito -projektissa aloitettiin valtakunnallisten, tieteelliseen tutkimustietoon pohjautuvien hoitosuosituksen laatiminen kansanterveydellisesti merkittävistä sairauksista (Miettinen ja Korhonen 2005). Ensimmäinen Käypä hoito -suositus julkaistiin vuonna 1997 (Miettinen ja Korhonen 2005) ja toukokuuhun 2011 mennessä suosituksia oli ilmestynyt jo sadasta eri aiheesta (Sadas suositus valmistui: Käypää hoitoa – terveydenhuollon tueksi, potilaan parhaaksi 2011).

Käypä hoito -suositusten tavoitteena on tukea lääkärin ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten työtä. Hoitosuosituksen avulla pyritään turvaamaan ajantasainen lääketieteellisen hoidon saanti kaikkialla Suomessa. Suositukset ja niihin perustuvat helppotajuiset potilasversiot tarjoavat tietoa niin sairauksien hoidosta kuin niiden ehkäisystäkin. Käypä hoito -suosituksia laativat työryhmät, jotka koostuvat alan parhaista asiantuntijoista. Työryhmien vastuulla on paitsi suositusten laatiminen, myös niiden säännöllinen päivittäminen. Suositukset ja niiden potilasversiot ovat kaikkien saatavilla internetissä osoitteessa www.kaupahoito.fi (Sadas suositus valmistui: Käypää hoitoa – terveydenhuollon tueksi, potilaan parhaaksi 2011).

Potilaslailla on virallinen asema ja kaikkien lääkäreiden tulisi sitä noudattaa. Suositukset sen sijaan ovat nimensä mukaisesti ainoastaan suosituksia, eikä niitä voi lukea kuten lakia. Minkäänlainen

suositus ei tee turhaksi lääkärin ammattitaitoa: teoretietoa, kliinistä kokemusta, käden tuntumaa ja vastuuta (Kaivola ja Myllymäki 2004).

7 POTILASLAIN JA KÄYPÄ HOITO -SUOSITUKSEN ASETTAMAT EDELLYTYKSET DYSLIPIDEMIAN STATIINIHOIDOLLE

Statiinilääkitystä potilaalleen määrätessään lääkärin tulisi toimia sekä potilaslain (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992) että dyslipidemioiden Käypä hoito -suosituksen (Dyslipidemiat 2009) mukaisesti. Potilaslain 4 a § mukaan ”Terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa.” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.) Itsemääräämisoikeuden suhteen lain 6 § säädetään, että ”Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, hänen on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Potilaan itsemääräämisoikeus tarkoittaa lääkärin hänelle suositteleman hoidon hyväksymistä, valintaa suositeltujen hoitomahdollisuuksien välillä tai suositellusta tai jo aloitetusta hoidosta kieltäytymistä (Pahlman 2001, Sosiaali- ja terveysministeriö 2003). Potilaslaissa painotetaan potilaan tietoon perustuvaa päätöksentekoa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003). Jotta potilas voisi tehdä tietoon perustuvia ratkaisuja oman hoitonsa suhteen, hänelle on potilaslain 5 § mukaan ”annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Selvitystä ei kuitenkaan tule antaa vastoin potilaan tahtoa tai silloin, kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön.” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Niin potilaslaissa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992) kuin dyslipidemioiden Käypä hoito -suosituksessakin (Dyslipidemiat 2009) korostetaan sitä, että hoitoa suunniteltaessa lääkärin on toimittava yhteistyössä potilaan kanssa, jolloin hän kuuntelee tämän mielipiteitä. Statiinilääkityksen aloittamista suunnitellessaan lääkäri ei voi keskittyä ainoastaan muutama asiaan, vaan hänen on

huomioitava potilaan terveydentila ja siihen vaikuttavat tekijät hyvin laajasti. On myös äärimmäisen tärkeää että lääkäri statiinilääkityksen aloittamista suositellessaan perustelee kantansa ja tekee sen selkeästi. Lisäksi lääkärin on kerrottava potilaalle statiinien vaikutusmekanismeista sekä niiden mahdollisista hyödyistä ja haittavaikutuksista (Dyslipidemiat 2009, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992).

Dyslipidemioiden Käypä hoito -suosituksessa (2009) korostetaan, että lääkityksen määräämisen yhteydessä lääkärin tulisi kannustaa potilastaan terveellisiin elämäntapoihin. Tämä tarkoittaa yksilöllisten ruokavalio- ja liikuntaohjeiden antamista ja tupakoinnin lopettamisessa tukemista. Elämäntapaohjeita antaessaan lääkärin ei pitäisi olla määräälevä, vaan pikemminkin neuvotteleva. Terveellisiin elämäntapoihin liittyen lääkärin pitäisi suullisten neuvojen lisäksi antaa potilaalleen myös kirjallisia ohjeita (Dyslipidemiat 2009).

8 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

8.1 Asenteet Käypä hoito -suosituksia kohtaan ja niiden noudattaminen

Lääkäreiden asenteita Käypä hoito -suosituksia kohtaan sekä suositusten käytön aktiivisuutta on tutkittu jonkin verran (esim. Elovaara ym. 2010, Hokkinen ym. 2009, Jousilahti ym. 2007, Karppi ym. 2010, Kuronen ym. 2006). Kurosen ja kollegoiden (2006) valtimotautiriskejä koskevien hoitosuositusten käyttöönottoa selvittäneessä tutkimuksessa 80 % tutkimukseen osallistuneista lääkäreistä (n=59) ilmoitti käyttäneensä dyslipidemioiden Käypä hoito -suositusta ja 34 % oli sitä mieltä, että suositus nopeuttaa käytännön työtä. Yksittäisistä valtimotautien riskitekijöiden hoitosuosituksista (dyslipidemiat, kohonnut verenpaine, lihavuus ja tupakointi) juuri dyslipidemioiden hoitosuositusta pidettiin lääkäreiden keskuudessa kaikkein toimivimpana (Kuronen ym. 2006). Samansuuntaisiin tuloksiin päädyttiin myös Jousilahden ja kumppaneiden (2007) tutkimuksessa. Perusterveydenhuollossa työskennelleistä 119 lääkäristä 77 % ilmoitti tuntevansa dyslipidemioiden Käypä hoito -suosituksen ja että se vaikuttaa heidän päätöksentekoonsa joko paljon (60 %) tai kohtalaisesti (17 %). Yhdeksän kymmenestä lääkäristä oli sitä mieltä, että Käypä hoito -suositukset ovat hyödyllisiä tai erittäin hyödyllisiä työkaluja heidän ammattiryhmälleen (Jousilahti ym. 2007).

Miettinen ja Korhonen (2005) tutkivat teemahaastattelujen avulla Käypä hoito -suositusten käyttöä ja niiden vaikutusta perusterveydenhuollossa työskentelevien ammattilaisten päätöksentekoon.

Yhdeksästä haastatellusta neljä oli lääkäreitä. Tutkimukseen osallistuneet kokivat, että Käypä hoito -suositukset hyödyttävät heitä eniten silloin, kun on tarkistettava jonkin tietyn sairauden hoitokäytäntöä ja sen yksityiskohtia. Haastatellut kuitenkin painottivat suositusten soveltamista eli sitä että ne sisältävät vain suuntaa antavia linjauksia, joiden noudattamista on punnittava potilaskohtaisesti. Lääkäreiden suhtautuminen Käypä hoito -suositukseen olikin Miettisen ja Korhosen (2005) tulkinnan mukaan ”maltillisen positiivista”, kun taas osa hoitohenkilökunnasta suhtautui niihin hyvin myönteisesti. Tutkimukseen osallistuneet lääkärit kertoivat tietävänsä, etteivät kaikki kollegat käytä Käypä hoito -suosituksia tai ole niistä kovin tietoisia. Paitsi lääkärit, myös muiden terveydenhuollon ammattiryhmien edustajat olivat huolissaan hoitokäytäntöjen vaihtelusta (Miettinen ja Korhonen 2005). Huoli Käypä hoito -suositusten noudattamisesta ei ole täysin aiheetonta (Hokkinen ym. 2009).

Vuorman ja kumppaneiden (2007) tutkimuksessa havaittiin, että valtaosalla astmaa, sepelvaltimotautia, masennusta ja polven tai lonkan nivelrikkoa sairastavista hoitoa ei ollut järjestetty hoitosuositusten mukaisesti (Vuorma ym. 2007). Karpin ja kollegoiden (2010) tutkimuksessa selvitettiin Alzheimerin taudin Käypä hoito -suosituksen pohjalta laadittujen alueellisten muistipotilaiden tutkimukseen ja hoitoon liittyvien ohjeiden toteutumista Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Tutkimusaineisto koostui hoitokäytäntöihin liittyvistä lomakkeista, joita täytettiin kaikista Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin vuonna 2008 tutkimuksiin tulleista uusista muistipotilaista. Aineisto paljasti, että suositeltuja seulontatestejä ja laboratoriotutkimuksia toteutettiin vaihtelevasti, vaikkakin puutteet korjattiin ennen lopullista diagnoosia laboratoriotutkimusten ollessa kyseessä (Karppi ym. 2010). Toivottavia eivät olleet myöskään Hokkisen ja kumppaneiden (2009) tupakointiin, nikotiiniriippuvuuteen ja vieroitushoitoihin liittyvän Käypä hoito -suosituksen tuntemusta ja käyttöä koskevan tutkimuksen tulokset. Tutkimukseen osallistuneista 1 805 lääkäristä ainoastaan 3 % oli perehtynyt tupakointiin liittyvään Käypä hoito -suositukseen huolellisesti ja vain 13 % ilmoitti käyttäneensä sitä työssään. Vastaajista kolmannes ei tuntenut tupakointiin liittyvää Käypä hoito -suositusta lainkaan ja neljännes oli tietoinen suosituksesta, mutta ei ollut tutustunut siihen (Hokkinen ym. 2009). Edellä käsiteltyjen tutkimustulosten valossa vaikuttaa siltä, että lääkäreiden asenteet Käypä hoito -suosituksia kohtaan ovat pääosin myönteisiä, mutta suositusten noudattaminen vaihtelee.

8.2 Potilaslain toteutuminen

Potilaslaista on sanottu, että sen kautta jo aikaisemmin voimassa olleet lääkintäeettiset periaatteet muokattiin laiksi. Tästä huolimatta lain säätäminen oli tarpeellista, sillä vaikka sen sisältämät periaatteet olivat jo yleisesti hyväksytyjä, niitä ei vielä järjestelmällisesti noudatettu. Vuonna 1996 sosiaali- ja terveysministeriö teetti selvityksen siitä, kuinka potilaslaki oli siihen mennessä toteutunut. Tuolloin todettiin, että lailla oli ollut toivottuja vaikutuksia terveydenhuollon toimintoihin, mutta parantamisen varaa oli edelleen. Puutteita havaittiin etenkin potilaan tiedonsaantioikeuden toteutumisessa (Lötjönen 2004). Myös tuoreempien selvitysten mukaan vaikuttaa siltä, että potilaan tiedonsaantioikeuteen liittyy edelleenkin ongelmia. Lisäksi on havaittu, että terveydenhuollon asiakkaat eivät aina tiedä, mistä asioista he saavat potilaina itse päättää (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003).

Potilaslain 6 §:n uudistamistarpeita selvittäneen projektiryhmän muistion (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003) mukaan potilaan itsemääräämisoikeus on toteutunut Suomessa suhteellisen hyvin. Kentältä tulee kuitenkin jatkuvasti päinvastaisia viestejä (Kokkonen 1996, Perheentupa 2003). Vuonna 2009 tehdyn kyselyn mukaan potilaat tuntevat oikeutensa melko huonosti (Mäkinen 2010). Edellä käsitellyn perusteella on oletettavaa, ettei potilaslaki toteudu systemaattisesti.

9 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tutkia, toimivatko lääkärit potilaslain ja dyslipidemioiden Käypä hoito -suosituksen mukaisesti silloin, kun he määräävät statiinilääkitystä potilailleen. Potilaslain suhteen tavoitteena on selvittää a) keskustellaanko vastaanotoilla kaikista niistä asioista, jotka ovat statiinilääkitystä aloitettaessa oleellisia, b) tuovatko lääkärit mielipiteensä ja perustelunsa esiin ymmärrettävällä tavalla ja c) toteutuuko potilaiden itsemääräämisoikeus, eli otetaanko heidät mukaan hoitosuunnitelmien laatimiseen ja saavatko he itse päättää hoidostaan. Käypä hoito -suosituksen osalta tavoitteena on tutkia, järjestetäänkö potilaiden statiinihoito Käypä hoito -suositusta noudattaen.

Sekä Käypä hoito -suositusten (esim. Elovaara ym. 2010, Hokkinen ym. 2009, Jokinen ym. 2007, Kuronen ym. 2006) että potilaslain (Lötjönen 2004) noudattamiseen liittyviä tutkimuksia on tehty pääasiassa lääkärin keskuudessa. Tässä tutkimuksessa asetelma on päinvastainen:

dyslipidemioiden Käypä hoito -suosituksen ja potilaslain noudattamista selvitetään potilaiden vastausten kautta.

10 AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimuksen aineisto kerättiin strukturoiduilla kyselylomakkeilla (katso Liite 1.). Kyselylomakkeet toimitettiin alkukesällä 2011 kolmeen kuopiolaiseen apteekkiin. Apteekkien henkilökunta jakoi kyselylomakkeen ja ennalta maksetun palautuskuoren niille apteekissa asioiville, jotka tulivat kesäelokuussa 2011 noutamaan heille määrättyjä statiineja ja olivat halukkaita osallistumaan tutkimukseen. Kyselylomakkeen saatekirjeessä tutkimukseen osallistuneita pyydettiin muistelemaan sitä lääkärin vastaanottoa, jolloin heille ensimmäisen kerran kirjoitettiin statiiniresepti. Kyselylomakkeita jaettiin 200 kappaletta ja niitä palautui 94 kappaletta. Tutkimuksen lopullinen aineisto koostui 93 kyselylomakkeen tiedoista, sillä yhden kyselylomakkeen tiedot jätettiin puutteellisen vastaamisen takia pois analyyseista.

Aineisto analysoitiin SPSS for Windows -ohjelmalla (versio 17.0) ja sen kuvauksessa käytettiin suoria frekvenssejä, ristiintaulukointia ja tilastollisen merkitsevyyden testausta. Useimmissa kyselylomakkeen kysymyksissä tutkittavat valitsivat tilanteeseensa sopivan vastauksen vastausvaihtoehdoista ”kyllä”, ”ei” tai ”en muista” (katso Liite 1.). Koska tuloksissa haluttiin vertailla vain mahdollisimman varmoja muistikuvia, ”en muista” -vastausvaihtoehdon valinneet tutkittavat jätettiin pois ristiintaulukoinneista. Kyselylomakkeen kahdeksannen kysymyksen kohdalla analyysit tehtiin niin, että vastausvaihtoehdot ”en osaa sanoa” suljettiin pois ristiintaulukoinneista. Kolme Likert-asteikollista kysymystä (kysymykset 20, 21 ja 24) käsiteltiin ristiintaulukoinneissa siten, että vastausvaihtoehdon yksi tai kaksi valinnea tutkittavia verrattiin vastausvaihtoehdon kolme, neljä tai viisi valinneisiin tutkittaviin. Kysymysten 17 ja 23 kohdalla ristiintaulukoinneista poistettiin vastausvaihtoehdot yksi ja neljä ja kysymysten 18 ja 19 ollessa kyseessä vastausvaihtoehdot kolme ja neljä.

11 EETTISET KYSYMYKSET JA TIETOSUOJA

Tutkimukseen ei sisälly eettisiä ongelmia. Tutkimuksen kyselylomakkeissa ei kysytä tunnistetietoja, joten tutkittavien henkilöllisyys pysyy salassa tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tutkimukseen osallistuminen on ollut tutkittaville vapaaehtoista ja he ovat halutessaan voineet ottaa yhteyttä tutkijaan.

12 TULOKSET

Tutkimusjoukon muodostaneista 93 henkilöstä 62 % oli miehiä ja 38 % naisia. Nuorin tutkimukseen osallistunut oli 39-vuotias ja vanhin 80-vuotias. Keski-ikä tutkimukseen osallistuneilla oli 61 vuotta. Vajaa puolet tutkittavista oli 55–65 -vuotiaita. Tutkimukseen osallistuneista 43 % oli elämänsä aikana käynyt koulua ja opiskellut 11–15 vuotta, 36 % neljästä kymmeneen vuotta ja 21 % 16–25 vuotta. Tutkittavien koulutuksen pituuden keskiarvo oli 13 vuotta. Tutkimushenkilöistä 66 % oli käyttänyt statiineja vähintään neljä vuotta ja 34 % korkeintaan kolme vuotta. Nuorimpaan (39–55 -vuotiaat) ikäluokkaan kuuluneiden tutkittavien keskuudessa oli eniten (23 %) niitä, jotka olivat käyttäneet statiinilääkitystä alle vuoden ja vanhimpaan (66–80 -vuotiaat) ikäluokkaan kuuluneiden tutkittavien keskuudessa eniten (35 %) niitä, jotka olivat käyttäneet statiinilääkitystä yli kymmenen vuotta. Vanhimmassa ikäluokassa ei ollut yhtään sellaista henkilöä, joka olisi käyttänyt statiineja alle vuoden.

12.1 Vastaanotoilla käydyt keskustelut

Sitä, keskustelivatko lääkärit potilaidensa kanssa kaikista niistä asioista, jotka ovat statiinilääkitystä aloitettaessa oleellisia, mittasivat tutkimuslomakkeen kysymykset 9, 10, 12, 16, 17, 22 ja 23 (katso Liite 1.).

Valtaosa (84 %) tutkimushenkilöistä ilmoitti keskustelleensa lääkäriensä kanssa kokonaiskolesterolipitoisuudestaan. Muita yleisimpiä keskustelunaiheita olivat potilaan verenpaine (69 %), paino (57 %) ja LDL-kolesterolipitoisuus (55 %). Edellä mainitut puheenaiheet lukeutuivat potilaiden tavallisimpiin sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöihin: statiinireseptin kirjoittamisen aikaan 58 %:lla tutkimushenkilöistä oli suuri kokonaiskolesterolipitoisuus, 50 %:lla kohonnut verenpaine, 41 %:lla seerumin suuri LDL-kolesterolipitoisuus ja 30 %:lla ylipainoa.

Neljä viidestä tutkittavasta koki, että lääkäri oli tuonut esille, mitkä tekijät potilaan terveydentilassa saivat tämän suosittamaan statiinilääkityksen aloittamista (Taulukko 1.). Tarkasteltuna siten, että ”en muista” -vastausvaihtoehdon valinneet tutkittavat jätettiin pois analyyseista, miehet (92 %) ja 39–55 -vuotiaat (100 %) olivat tätä mieltä useammin kuin naiset (84 %) ja 56–80 -vuotiaat (84 %). Yksi kymmenestä vastaajasta ilmoitti, ettei lääkäri ollut kertonut, miksi suositteli statiinilääkityksen aloittamista. Kieltävän vastauksen antaminen oli sitä yleisempää, mitä enemmän tutkittavalla oli koulutusta.

Taulukko 1. Statiinilääkityksen suosittelun perustelevinen *

	Kyllä %	Ei %	En muista %
Sukupuoli			
Miehet (n=56)	82	7	11
Naiset (n=33)	79	15	6
Ikäluokka			
39–55 -vuotiaat (n=22)	86	0	14
56–65 -vuotiaat (n=43)	86	12	2
66–80 -vuotiaat (n=24)	67	17	17
Statiinilääkityksen käyttö vuosina			
< 1 vuotta (n=9)	89	0	11
1–3 vuotta (n=22)	68	18	14
4–10 vuotta (n=38)	84	8	8
> 10 vuotta (n=21)	86	10	5
Koulutuksen kesto vuosina			
≤ 10 vuotta (n=31)	87	3	10
11–15 vuotta (n=38)	82	8	11
≥ 16 vuotta (n=19)	74	21	5
Yhteensä (n=90)	81	10	9
Yhteensä ilman vastausvaihtoehdon ”en muista” valinnoita (n=82)	89	11	

* Toiko lääkäri esille, mitkä tekijät Teidän tilanteessanne saivat hänet suosittamaan kolesterolilääkityksen aloittamista (tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi korkea ikä, miessukupuoli, kohonnut verenpaine, tupakointi, valtimotauti, diabetes tai lähisukulaisten sairastamat valtimotaudit)?

Tutkittavista 82 %:lle oli ja 11 %:lle ei ollut asetettu kolesterolin tavoitearvoja (Taulukko 2.). Tutkimukseen osallistuneista kahdeksan prosenttia ei muistanut, oliko näin tehty. Kun viimeksi mainitut kahdeksan prosenttia poistettiin analyseista, kolesterolin tavoitearvojen määrittäminen oli yleisintä 39–55 -vuotiaiden ikäluokassa (90 %) ja vähiten yleistä 66–80 -vuotiaiden ikäluokassa (86 %). Lisäksi kolesterolin tavoitearvot oli asetettu useammin miehille (98 %) kuin naisille [73 % (p-arvo 0,001)].

Taulukko 2. Kolesterolin tavoitearvojen asettaminen *

	Kyllä %	Ei %	En muista %
Sukupuoli			
Miehet (n=57)	88	2	10
Naiset (n=34)	71	26	3
Ikäluokka			
39–55 -vuotiaat (n=22)	86	9	4
56–65 -vuotiaat (n=43)	84	12	5
66–80 -vuotiaat (n=26)	73	12	15
Statiinilääkityksen käyttö vuosina			
< 1 vuotta (n=9)	78	22	0
1–3 vuotta (n=23)	91	9	0
4–10 vuotta (n=38)	74	16	10
> 10 vuotta (n=22)	86	0	14
Yhteensä (n=92)	82	11	8
Yhteensä ilman vastausvaihtoehdon ”en muista” valinnoita (n=85)	88	12	

* Kertoiko lääkäri Teille, minkälaisia kolesteroliarvoja kolesterolihoitolla Teidän kohdallanne tavoitellaan?

Kysyttäessä vastaajilta, oliko heillä statiinien määräämisen aikaan ollut korkean kolesterolin lisäksi muita valtimotautien riskitekijöitä ja oliko niistä keskusteltu, lähes kolmasosa ilmoitti korkean kolesterolin olleen heidän ainoa valtimotautien riskitekijönsä. Noin puolet vastaajista oli sitä mieltä, että lääkäri oli ottanut esiin korkean kolesterolin lisäksi myös muiden valtimotautien riskitekijöiden hoidon (Taulukko 3.). Tarkasteltaessa ainoastaan ”kyllä” tai ”ei” vastanneita tutkittavia, lääkäri oli ottanut esille korkean kolesterolin lisäksi myös muiden valtimotautien riskitekijöiden hoidon useammin miesten (80 %) ja lääkkeitä vähintään neljä vuotta käyttäneiden ryhmässä (86 %) kuin naisten (76 %) ja lääkkeitä korkeintaan kolme vuotta käyttäneiden ryhmässä (67 %). Ikäluokittain vertailtuna valtimotautien riskitekijöistä keskusteleminen oli yleisintä 56–65 -vuotiaiden (90 %) keskuudessa ja vähiten yleistä 39–55 -vuotiaiden (60 %) keskuudessa. Koulutuksen pituuden mukaan tarkasteltuna valtimotautien riskitekijöiden hoito oli otettu puheeksi useammin 16–25 vuotta koulua käyneiden kanssa (92 %) kuin 11–15 vuotta koulua käyneiden kanssa [61 % (p-arvo 0,036)].

Taulukko 3. Valtimotautien riskitekijöiden hoidosta keskusteleminen *

	Korkea kolesteroli oli ainoa valtimotautien riskitekijäni %	Kyllä keskusteli %	Ei keskustellut %	En muista %
Sukupuoli				
Miehet (n=57)	23	49	12	16
Naiset (n=35)	34	46	14	6
Ikäluokka				
39–55 -vuotiaat (n=22)	18	41	27	14
56–65 -vuotiaat (n=44)	30	59	7	4
66–80 -vuotiaat (n=26)	31	35	12	23
Statiinilääkityksen käyttö vuosina				
< 1 vuotta (n=9)	22	44	33	0
1–3 vuotta (n=23)	30	44	17	9
4–10 vuotta (n=39)	26	51	10	13
> 10 vuotta (n=22)	32	46	4	18
Koulutuksen kesto vuosina				
≤ 10 vuotta (n=33)	27	54	6	12
11–15 vuotta (n=39)	31	36	23	10
≥ 16 vuotta (n=19)	21	58	5	16
Yhteensä (n=93)	28	47	13	12
Yhteensä ilman vastausvaihtoehdon yksi tai neljä valinnea (n=56)				
		79	21	

* Jos Teillä oli kolesterolilääkkeiden määräämisen yhteydessä korkean kolesterolin lisäksi muita valtimotautien riskitekijöitä, keskusteliko lääkäri kanssanne myös niiden hoidosta?

Yli puolet tutkittavista raportoi, ettei lääkäri ollut kertonut heille statiinien mahdollisista haittavaikutuksista (Taulukko 4.). Kun analyyseista poistettiin ne, jotka olivat vastanneet kyseistä asiaa mittaavaan kysymykseen ”en muista”, saatiin tulokseksi, että lääkärit olivat kertoneet statiinien haittavaikutuksista useammin naisille (42 %) ja 39–55 -vuotiaille (58 %) kuin miehille (37 %) ja 56–80 -vuotiaille (32 %). Statiinilääkitystä korkeintaan kolme vuotta käyttäneille oli kerrottu haittavaikutuksista yleisemmin (64 %) kuin statiinilääkitystä vähintään neljä vuotta käyttäneille [25 % (p-arvo 0,000)].

Taulukko 4. Statiinien haittavaikutuksista keskusteleminen*

	Kyllä %	Ei %	En muista %
Sukupuoli			
Miehet (n=57)	32	54	14
Naiset (n=35)	40	54	6
Ikäluokka			
39–55 -vuotiaat (n=22)	50	36	14
56–65 -vuotiaat (n=44)	34	52	14
66–80 -vuotiaat (n=26)	23	73	4
Statiinilääkityksen käyttö vuosina			
< 1 vuotta (n=8)	89	11	0
1–3 vuotta (n=23)	52	44	4
4–10 vuotta (n=39)	20	62	18
> 10 vuotta (n=22)	23	68	9
Yhteensä (n=93)	36	54	11
Yhteensä ilman vastausvaihtoehdon ”en muista” valinnea (n=83)	40	60	

* Kertoiko lääkäri Teille, minkälaisia haittavaikutuksia kolesterolilääkkeet voivat aiheuttaa?

Lähes kolmannes tutkittavista raportoi, ettei heillä ollut statiinireseptin saamisen aikaan käytössään muita lääkkeitä. Lisäksi 14 % vastaajista ei muistanut, oliko vastaanotolla puhuttu statiineihin liittyvistä yhteisvaikutuksista (Taulukko 5.). Kun näitä kahta ryhmää ei huomioitu analyysseissa, saatiin tulokseksi, että lääkärit olivat kertoneet statiineihin liittyvistä yhteisvaikutuksista yleisemmin miehille (39 %) ja statiineja vähintään neljä vuotta täyttäneille (36 %) kuin naisille (27 %) ja statiineja korkeintaan kolme vuotta käyttäneille (31 %). Tutkittavista 55–66 -vuotiaat olivat kuulleet statiinilääkitykseen liittyvistä yhteisvaikutuksista kaikkein useimmin (43 %) ja 66–80 -vuotiaat kaikkein harvimminkin (13 %).

Taulukko 5. Statiineihin liittyvistä yhteisvaikutuksista keskusteleminen *

	Käytössäni ei ollut muita lääkkeitä %	Kyllä %	Ei %	En muista %
Sukupuoli				
Miehet (n=57)	25	23	35	18
Naiset (n=35)	29	17	46	9
Ikäluokka				
39–55 -vuotiaat (n=22)	27	23	32	18
56–65 -vuotiaat (n=44)	27	27	36	9
66–80 -vuotiaat (n=26)	23	8	50	19
Statiinilääkityksen käyttö vuosina				
< 1 vuotta (n=9)	33	22	44	0
1–3 vuotta (n=23)	30	13	30	26
4–10 vuotta (n=39)	31	18	38	13
> 10 vuotta (n=22)	14	32	46	9
Yhteensä (n=93)	27	20	39	14
Yhteensä ilman vastausvaihtoehdon yksi tai neljä valinnea (n=55)				
		34	66	

* Jos Teillä oli kolesterolilääkkeiden määräämisen aikaan käytössäni muita lääkkeitä, kertoiko lääkäri Teille, minkälaisia haittavaikutuksia kolesterolilääkkeet voivat aiheuttaa, kun niitä käytetään samaan aikaan muiden lääkkeiden kanssa?

12.2 Lääkäreiden mielipiteiden ja perusteluiden selkeys

Tutkimuslomakkeen 20. ja 21. kysymys (katso Liite 1.) mittasivat sitä, kuinka selkeästi lääkärit ilmaisivat mielipiteitään ja perustelujaan statiinilääkitystä määrätessään. Edellä mainittujen kysymysten kautta saatuja tuloksia käsitellään seuraavaksi siten, että vastausvaihtoehdon yksi tai kaksi valinnea tutkittavia verrataan vastausvaihtoehdon kolme, neljä tai viisi valinneisiin tutkittaviin.

Suurin osa (94 %) tutkittavista oli sitä mieltä, että heillä oli erittäin tai jokseenkin selkeä käsitys siitä, miksi lääkäri suositteli statiinilääkityksen aloittamista (Taulukko 6.). 39–55 -vuotiaista ja 66–80 -vuotiaista tutkittavista vain 4 % ei ottanut kantaa asiaan tai piti käsitystään joko jokseenkin tai erittäin epäselvänä. Sen sijaan 56–65 -vuotiaista lähes joka kymmenes ei ilmaissut mielipidettään tai oli sitä mieltä, että heidän käsityksensä oli jokseenkin tai erittäin epäselvä. Alle 10 vuotta koulua käyneistä vastaajista jokainen katsoi että heidän käsityksensä siitä, miksi lääkäri piti statiinilääkityksen aloittamista hyvänä ideana, oli erittäin tai jokseenkin selkeä. Vähintään 11 vuotta opiskelleiden keskuudessa vastaava osuus oli 90 %. Vastaavasti tutkittavat joiden kanssa oli tarkasteltu jotain valtimotautien kokonaisriskin arviointivälinettä, olivat kaikki sitä mieltä, että heidän käsityksensä statiinilääkityksen määräämisen syystä oli erittäin tai jokseenkin selkeä. Samaa mieltä oli 93 % niistä tutkittavista, joiden kanssa ei ollut tarkasteltu minkäänlaista valtimotautien kokonaisriskin arviointivälinettä (Taulukko 6.).

Kaikki statiinireseptin kirjoittamisen aikaan valtimotautia, metabolista oireyhtymää tai perinnöllistä dyslipidemiaa sairastaneet ja lähes kaikki tutkittavat, joilla oli kohonnut verenpaine, pitivät käsitystään statiinilääkityksen määräämisen perusteista erittäin tai jokseenkin selkeänä. Näin ei kuitenkaan ollut yhtä usein niiden tutkimukseen osallistuneiden keskuudessa, joilla kyseisiä sairauksia ei tuohon aikaan ollut. Ne tutkittavat, joilla oli statiinireseptin saamisen aikaan diabetes, pitivät käsitystään erittäin tai jokseenkin selkeänä harvemmin kuin tutkittavat, jotka eivät diabetesta tuolloin sairastaneet (Taulukko 6.).

Taulukko 6. Potilaan käsitys statiinilääkityksen määräämisen syystä *

	Erittäin tai jokseenkin selkeä %	Ei selkeä eikä epäselvä tai jokseenkin tai erittäin epäselvä %
Sukupuoli		
Miehet (n=57)	93	7
Naiset (n=35)	94	6
Ikäluokka		
39–55 -vuotiaat (n=22)	96	4
56–65 -vuotiaat (n=44)	91	9
66–80 -vuotiaat (n=26)	96	4
Statiinilääkityksen käyttö vuosina		
< 1 vuotta (n=9)	100	0
1–3 vuotta (n=23)	91	9
4–10 vuotta (n=39)	92	8
> 10 vuotta (n=22)	96	4
Koulutuksen kesto vuosina		
≤ 10 vuotta (n=33)	100	0
11–15 vuotta (n=39)	90	10
16–25 vuotta (n=19)	90	10
Valtimotautien kokonaisriskin arviointivälineiden tarkastelu		
Kyllä, SCOREA (n=6)	100	0
Kyllä, jotain muuta (n=7)	100	0
Ei tarkastellut (n=56)	93	7
En muista (n=22)	91	9
Valtimotauti		
Kyllä (n=15)	100	0
Ei (n=78)	92	8
Diabetes		
Kyllä (n=10)	90	10
Ei (n=83)	94	6
MBO		
Kyllä (n=10)	100	0
Ei (n=83)	93	7
Perinnöllinen dyslipidemia		
Kyllä (n=6)	100	0
Ei (n=87)	93	7
Kohonnut verenpaine		
Kyllä (n=46)	98	2
Ei (n=47)	89	11
Yhteensä (n=93)	94	6

* Minkäläinen käsitys Teillä on siitä, miksi lääkäri suositteli kolesterolilääkkeiden käytön aloittamista kohdallanne?

Enemmistö (86 %) tutkittavista ilmoitti lääkärin perustelleen statiinilääkityksen aloittamisen tarpeellisuutta erittäin tai jokseenkin hyvin (Taulukko 7.). Naiset (91 %), 55–65 -vuotiaat (89 %) ja statiinilääkitystä vähintään neljä vuotta käyttäneet (88 %) olivat ajattelivat näin useammin kuin miehet (82 %), 39–55 -vuotiaat (82 %), 66–80 -vuotiaat (85 %) ja statiinilääkitystä korkeintaan kolme vuotta käyttäneet (81 %). Mitä enemmän henkilöllä oli koulutusta, sitä todennäköisempää oli, että hän piti lääkärin perustelua statiinilääkityksen tarpeellisuudesta jokseenkin tai erittäin huonona tai ei ottanut kantaa kysymykseen. Valtimotautia, diabetesta, metabolista oireyhtymää tai kohonnutta verenpainetta statiinireseptin kirjoittamisen aikaan sairastaneet tutkittavat olivat tyytyväisiä lääkärinsä perusteluihin useammin kuin ne tutkittavat, joilla ei kyseisiä sairauksia tuolloin ollut. Trendistä poikkeaa ainoastaan perinnöllistä dyslipidemiaa sairastaneiden ryhmä (Taulukko 7.).

Taulukko 7. Statiinilääkityksen aloittamisen tarpeellisuuden perustelevinen *

	Erittäin tai jokseenkin hyvin %	Ei hyvin eikä huonosti tai jokseenkin tai erittäin huonosti %
Sukupuoli		
Miehet (n=57)	82	18
Naiset (n=35)	91	9
Ikäluokka		
39–55 -vuotiaat (n=22)	82	18
56–65 -vuotiaat (n=44)	89	11
66–80 -vuotiaat (n=26)	85	15
Statiinilääkityksen käyttö vuosina		
< 1 vuotta (n=9)	89	11
1–3 vuotta (n=23)	78	22
4–10 vuotta (n=39)	87	13
> 10 vuotta (n=22)	91	9
Koulutuksen kesto vuosina		
≤ 10 vuotta (n=33)	94	6
11–15 vuotta (n=39)	85	15
16–25 vuotta (n=19)	74	26
Valtimotauti		
Kyllä (n=15)	93	7
Ei (n=78)	85	15
Diabetes		
Kyllä (n=10)	90	10
Ei (n=83)	86	14
MBO		
Kyllä (n=10)	100	0
Ei (n=83)	84	16
Perinnöllinen dyslipidemia		
Kyllä (n=6)	83	17
Ei (n=87)	86	14
Kohonnut verenpaine		
Kyllä (n=46)	96	4
Ei (n=47)	77	23
Yhteensä (n=93)	86	14

* Miten lääkäri mielestänne perusteli kolesterolilääkityksen aloittamisen tarpeellisuutta kohdallanne?

12.3 Potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutuminen

Potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutumisesta selvittivät tutkimuslomakkeen kysymykset 24 ja 25 (katso Liite 1.). Kuten oli laita edellistenkin samanlaisten kysymysten kohdalla kappaleessa 6.2, myös tässä kappaleessa Likert-asteikollisen kysymyksen (tutkimuslomakkeen 24. kysymys) tulokset esitetään niin, että vastausvaihtoehdon yksi tai kaksi valinnea tutkittavia verrataan vastausvaihtoehdon kolme, neljä tai viisi valinneisiin tutkittaviin.

Noin 60 % tutkittavista koki, että lääkäri oli ottanut huomioon heidän oman mielipiteensä statiinilääkityksen aloittamisesta erittäin tai jokseenkin hyvin. Reilu 40 % tutkittavista ei ilmaissut asiasta selkeää mielipidettä tai oli sitä mieltä, että lääkäri oli huomioinut heidän oman kantansa jokseenkin tai erittäin huonosti (Taulukko 8.).

Ikäluokkiin 39–55 -vuotiaat ja 56–65 -vuotiaat kuuluneista tutkittavista yli 60 % katsoi, että lääkäri otti heidän oman mielipiteensä huomioon jokseenkin tai erittäin hyvin. Ikäluokkaan 66–80 -vuotiaat kuuluneiden tutkittavien keskuudessa vastaava prosenttiosuus oli alle 40. Statiinilääkitystä korkeintaan kolme vuotta käyttäneistä 67 % oli sitä mieltä, että heidän mielipidettään statiinilääkityksen aloittamisen suhteen oli kuunneltu erittäin tai jokseenkin hyvin. Ainakin neljä vuotta statiinilääkitystä käyttäneiden joukossa kyseinen osuus oli 53 %. Vähintään 11 vuotta opiskelleiden tutkittavien mielipide oli huomioitu erittäin tai jokseenkin hyvin useammin kuin alle kymmenen vuotta opiskelleiden tutkittavien (Taulukko 8.).

Noin 60 % niistä tutkittavista, joiden oma näkemys oli huomioitu vähintään jokseenkin hyvin, pitivät käsitystään statiinilääkityksen määräämisen syistä erittäin tai jokseenkin selkeänä. Samaa mieltä oli 39 % niistä tutkittavista, jotka eivät ottaneet kantaa asiaan tai kokivat mielipiteensä huomioidun jokseenkin tai erittäin huonosti (p-arvo 0,011). Lisäksi ne tutkittavat, jotka kokivat että heidän omaa mielipidettään oli kunnioitettu, olivat tyytyväisiä lääkärin perusteluihin statiinilääkityksen tarpeellisuudesta useammin kuin tutkittavat, jotka kokivat mielipiteensä jätetyn huomiotta tai eivät tuoneet julki selkeää näkemystään [p-arvo 0,013 (Taulukko 8.)].

Taulukko 8. Potilaan mielipiteen huomioiminen *

	Erittäin tai jokseenkin hyvin %	Ei hyvin eikä huonosti tai jokseenkin tai erittäin huonosti %
Sukupuoli		
Miehet (n=53)	57	43
Naiset (n=34)	59	41
Ikäluokka		
39–55 –vuotiaat (n=22)	68	32
56–65 –vuotiaat (n=41)	63	37
66–80 –vuotiaat (n=24)	38	62
Statiinilääkityksen käyttö vuosina		
< 1 vuotta (n=9)	44	56
1– 3vuotta (n=21)	76	24
4–10 vuotta (n=36)	50	50
> 10 vuotta (n=22)	59	41
Koulutuksen kesto vuosina		
≤ 10 vuotta (n=30)	53	47
11–15 vuotta (n=37)	62	38
16–25 vuotta (n=19)	58	42
Potilaan käsitys statiinilääkityksen määräämisen syystä		
Erittäin tai jokseenkin selkeä (n=87)	61	39
Ei selkeä eikä epäselvä tai jokseenkin tai erittäin epäselvä (n=6)	0	100
Kuinka lääkäri perusteli statiinilääkityksen aloittamisen tarpeellisuutta		
Erittäin tai jokseenkin hyvin (n=80)	63	37
Ei hyvin eikä huonosti tai jokseenkin tai erittäin huonosti (n=13)	25	75
Yhteensä (n=88)	58	42

* Kuinka lääkäri otti Teidän oman mielipiteenne huomioon kolesterolilääkityksen aloittamisesta?

Päätöksen statiinilääkityksen aloittamisesta oli tehnyt itse 15 % tutkittavista ja useampi kuin joka kolmas oli päättänyt statiinilääkityksen aloittamisesta yhdessä lääkärin kanssa (Taulukko 9.). Lähes joka toisen tutkimukseen osallistuneen kohdalla lääkäri oli tehnyt lopullisen hoitopäätöksen. Miehet olivat päättäneet lääkityksestään itsenäisesti useammin kuin naiset, mutta heidän joukossaan oli myös enemmän niitä, joiden kohdalla lääkäri oli tehnyt hoitopäätöksen. Naiset sen sijaan olivat päättäneet miehiä useammin statiinilääkityksen aloittamisesta yhdessä lääkärin kanssa. Verrattuna heitä nuorempiin tutkittaviin, 66–80 -vuotiaiden tutkittavien keskuudessa oli vähemmän niitä, jotka olivat tehneet päätöksen lääkityksestään itse tai yhdessä lääkärin kanssa ja enemmän niitä, jotka kokivat lääkärin päättäneen asiasta. Mitä pidempään tutkittava oli käynyt koulua, sitä todennäköisemmin hän oli itse päättänyt lääkityksestään. Alle kymmenen vuotta koulua käyneissä oli vähintään 11 vuotta koulua käyneisiin verrattuna enemmän niitä, joiden tilanteessa lääkäri oli tehnyt hoitopäätöksen (Taulukko 9.).

Lähes puolet niistä tutkittavista, joiden mielestä lääkäri oli huomionut heidän statiinilääkitykseen liittyvän mielipiteensä jokseenkin tai erittäin hyvin, koki päättäneensä statiinilääkityksen aloittamisesta yhdessä lääkärin kanssa. Vastaavasti noin 80 % tutkittavista, jotka ajattelivat lääkärin huomioineen heidän statiinilääkitykseen liittyvän mielipiteensä jokseenkin tai erittäin huonosti tai eivät ottaneet kantaa kysymykseen, oli sitä mieltä että päätöksen statiinilääkityksen aloittamisesta oli tehnyt lääkäri (p-arvo 0,000). Niillä tutkimukseen osallistuneilla, joiden kohdalla lääkäri oli itsenäisesti tehnyt ratkaisun statiinireseptin kirjoittamisesta, oli kuitenkin erittäin tai jokseenkin selkeä kuva statiinireseptin saamiseen johtaneista syistä useammin kuin niillä, jotka olivat itse tai yhdessä lääkärin kanssa päättäneet statiinilääkityksen aloittamisesta. Lisäksi lääkärin perusteluihin statiinilääkityksen aloittamisen tarpeellisuudesta olivat kaikkein useimmin tyytyväisiä ne, jotka kokivat lääkärin yksin tehneen ratkaisun statiinilääkityksen aloittamisesta ja kaikkein harvimmin tyytyväisiä ne, jotka olivat tehneet päätöksen statiinilääkityksen aloittamisesta itse [p-arvo 0,041 (Taulukko 9.)].

Taulukko 9. Vastaanoton päätöksentekijä *

	Minä itse %	Lääkäri %	Minä ja lääkäri yhdessä %
Sukupuoli			
Miehet (n=56)	18	52	30
Naiset (n=35)	11	46	43
Ikäluokka			
39–55 -vuotiaat (n=22)	18	50	32
56–65 -vuotiaat (n=44)	18	39	43
66–80 -vuotiaat (n=25)	8	68	24
Statiinilääkityksen käyttö vuosina			
< 1 vuotta (n=9)	22	44	33
1–3 vuotta (n=23)	26	44	30
4–10 vuotta (n=39)	3	59	38
> 10 vuotta (n=21)	24	38	38
Koulutuksen kesto vuosina			
≤ 10 vuotta (n=32)	6	62	31
11–15 vuotta (n=39)	18	38	44
16–25 vuotta (n=19)	26	47	26
Kuinka lääkäri huomioi potilaan oman mielipiteen statiinilääkityksen aloittamisesta			
Erittäin tai jokseenkin hyvin (n=51)	28	26	46
Ei hyvin eikä huonosti tai jokseenkin tai erittäin huonosti (n=37)	0	81	19
Potilaan käsitys statiinilääkityksen määräämisen syystä			
Erittäin tai jokseenkin selkeä (n=87)	16	46	37
Ei selkeä eikä epäselvä tai jokseenkin tai erittäin epäselvä (n=6)	0	83	17
Kuinka lääkäri perusteli statiinilääkityksen aloittamisen tarpeellisuutta			
Erittäin tai jokseenkin hyvin (n=80)	15	44	40
Ei hyvin eikä huonosti tai jokseenkin tai erittäin huonosti (n=13)	15	77	8
Yhteensä (n=92)	15	49	36

* Kuka viime kädessä päätti kolesterolilääkityksen aloittamisesta?

12.4 Dyslipidemioiden Käypä hoito -suosituksen noudattaminen

Dyslipidemioiden Käypä hoito -suosituksen noudattamiseen liittyivät tutkimuslomakkeen kysymykset 5, 6, 7, 8, 11, 13, 14, 15, 18, 19, 26 ja 27 (katso Liite 1.).

Noin joka toinen tutkimukseen osallistunut ilmoitti, ettei heidän kohdallaan ollut kokeiltu lääkkeettömiä hoitoja ennen statiinilääkityksen aloittamista. Lähes yhtä moni raportoi, että dyslipidemiaa oli yritetty hoitaa lääkkeettömästi ennen statiinilääkitykseen päätymistä (Taulukko 10.). Kun analyyseissa ei otettu huomioon niitä tutkittavia, jotka olivat vastanneet kyselylomakkeen 5. kysymykseen ”en muista”, saatiin tulokseksi että lääkkeettömiä hoitoja oli kokeiltu yleisemmin statiinilääkitystä korkeintaan kolme vuotta käyttäneiden (70 %) keskuudessa kuin statiinilääkitystä vähintään neljä vuotta käyttäneiden (38 %) keskuudessa (p-arvo 0,005). Sukupuolen mukaan vertailtuna naiset (56 %) olivat kokeilleet lääkkeettömiä hoitoja miehiä (43 %) useammin. Dyslipidemian hoitaminen lääkkeettömästi ennen statiinireseptin saamista oli sitä tavallisempaa, mitä nuorempaan ikäluokkaan tutkittava kuului (p-arvo 0,001). Lisäksi lääkkeettömien hoitojen kokeileminen oli harvinaisempaa niiden tutkittavien joukossa, joilla oli statiinilääkityksen määräämisen aikaan valtimotauti, diabetes, perinnöllinen dyslipidemia tai kohonnut verenpaine kuin niiden tutkittavien joukossa, joilla edellä mainittuja sairauksia ei tuohon aikaan ollut. Näin ei kuitenkaan voida todeta metabolista oireyhtymää sairastaneista tutkimushenkilöistä.

Taulukko 10. Lääkkeettömien hoitojen kokeileminen *

	Kyllä %	Ei %	En muista %
Sukupuoli			
Miehet (n=57)	40	53	7
Naiset (n=35)	54	43	3
Ikäluokka			
39–55 -vuotiaat (n=22)	68	23	9
56–65 -vuotiaat (n=44)	50	46	4
66–80 -vuotiaat (n=26)	19	77	4
Statiinilääkityksen käyttö vuosina			
< 1 vuotta (n=9)	89	11	0
1–3 vuotta (n=23)	61	39	0
4–10 vuotta (n=39)	28	64	8
> 10 vuotta (n=22)	46	46	9
Koulutuksen kesto vuosina			
≤ 10 vuotta (n=33)	42	54	3
11–15 vuotta (n=39)	51	44	5
≥ 16 vuotta (n=19)	42	47	10
Valtimotauti			
Kyllä (n=15)	7	93	0
Ei (n=78)	54	40	6
Diabetes			
Kyllä (n=10)	10	70	20
Ei (n=83)	51	46	4
MBO			
Kyllä (n=10)	50	50	0
Ei (n=83)	46	48	6
Perinnöllinen dyslipidemia			
Kyllä (n=6)	33	67	0
Ei (n=87)	47	47	6
Kohonnut verenpaine			
Kyllä (n=46)	37	54	9
Ei (n=47)	55	43	2
Yhteensä (n=93)	46	48	5
Yhteensä ilman vastausvaihtoehdon ”en muista” valinnoita (n=88)	49	51	

*Kokeiltiin kohdallanne lääkkeettömiä (esim. ruokavalio-) hoitoja ennen kolesterolilääkkeiden määräämistä?

Joka kymmenes tutkimukseen osallistunut ilmoitti, että heidän kolesteroliarvonsa oli mitattu ennen statiinilääkityksen määräämistä joko kerran tai ei yhtään kertaa. Noin viidesosa raportoi, että kolesteroliarvot oli mitattu kaksi kertaa. Valtaosalta arvot oli mitattu vähintään kolme kertaa. Verrattuna statiinilääkkeitä korkeintaan kolme vuotta käyttäneisiin tutkittaviin, statiinilääkkeitä vähintään neljä vuotta käyttäneiden tutkittavien keskuudessa oli enemmän niitä, joilta oli mitattu kolesteroliarvot korkeintaan kerran (12 % vs. 6 %) ja vähemmän niitä, joilta kolesteroliarvot oli tarkistettu ainakin kolme kertaa (70 % vs. 75 %). Mitä enemmän tutkittavalla oli koulutusta, sitä todennäköisemmin hän ilmoitti, että hänen kolesteroliarvonsa oli mitattu korkeintaan kerran ennen statiinilääkityksen aloittamista.

Yhdeksän kymmenestä vastaajasta oli sitä mieltä, että heidän kokonaiskolesterolinsa oli ollut yli 5 mmol/l statiinilääkityksen määräämisen aikaan. Kahdeksan prosenttia tutkittavista ei muistanut kokonaiskolesteroliarvoaan ja kaksi prosenttia oli sitä mieltä, että se oli ollut alle 5 mmol/l (Taulukko 11.). Kun ”en muista” -vastausvaihtoehdon valinneet tutkittavat poistettiin analyyseista, kokonaiskolesterolia oli ollut yli 5 mmol/l useammin naisilla (100 %) ja statiinilääkkeitä korkeintaan kolme vuotta käyttäneillä (100 %) kuin miehillä (96 %) ja statiinilääkkeitä vähintään neljä vuotta käyttäneillä (96 %). Kaikilla diabetesta, metabolista oireyhtymää ja perinnöllistä dyslipidemiaa sairastaneilla ja lähes kaikilla kohonnutta verenpainetta poteneilla kokonaiskolesterolia oli statiinireseptin kirjoittamisen aikaan ollut yli 5 mmol/l. Valtimotautia sairastaneista tutkittavista 14 % oli sellaisia, joiden kokonaiskolesteroliarvo ei ollut ylittänyt 5 mmol/l:ssa silloin, kun heille määrättiin statiinilääkitys (p-arvo 0,025).

Taulukko 11. Potilaan kokonaiskolesterolipitoisuus *

	Kyllä %	Ei %	En muista %
Sukupuoli			
Miehet (n=57)	84	4	12
Naiset (n=35)	100	0	0
Ikäluokka			
39–55 -vuotiaat (n=22)	86	0	14
56–65 -vuotiaat (n=44)	91	4	4
66–80 -vuotiaat (n=26)	92	0	8
Statiinilääkityksen käyttö vuosina			
< 1 vuotta (n=9)	100	0	0
1–3 vuotta (n=23)	100	0	0
4–10 vuotta (n=39)	82	5	13
> 10 vuotta (n=22)	91	0	9
Koulutuksen kesto vuosina			
≤ 10 vuotta (n=33)	94	0	6
11–15 vuotta (n=39)	90	3	8
≥ 16 vuotta (n=19)	84	5	10
Valtimotauti			
Kyllä (n=15)	80	13	7
Ei (n=78)	92	0	8
Diabetes			
Kyllä (n=10)	80	0	20
Ei (n=83)	92	2	6
MBO			
Kyllä (n=10)	90	0	10
Ei (n=83)	90	2	7
Perinnöllinen dyslipidemia			
Kyllä (n=6)	100	0	0
Ei (n=87)	90	2	8
Kohonnut verenpaine			
Kyllä (n=46)	87	2	11
Ei (n=47)	94	2	4
Yhteensä (n=93)	90	2	8
Yhteensä ilman vastausvaihtoehdon ”en muista” valinnea (n=86)	98	2	

* Kun teille määrättiin kolesterolilääkkeet, oliko kokonaiskolesterolinne yli 5 mmol/l?

Lähes 40 % tutkimukseen osallistuneista oli ymmärtänyt, että lääkäri oli määrännyt heille statiinilääkityksen ainoastaan kohonneen kolesterolin perusteella. Tutkittavista 6 % oli tulkinut, että statiinilääkitys oli aloitettu pelkästään korkean valtimotautien kokonaisriskin perusteella. Joka toinen vastaajista oli käsittänyt, että statiinilääkitys oli määrätty sekä kohonneen kolesterolin että korkean valtimotautien kokonaisriskin perusteella. Tutkimukseen osallistuneista 4 % ei osannut sanoa, mikä oli statiinilääkityksen määräämisen taustalla oleva syy (Taulukko 12.). Kun viimeksi mainittuja ei huomioitu analyyseissa, saatiin tulokseksi, että statiinilääkityksen määrääminen ainoastaan kohonneen kolesterolin perusteella oli yleisintä 39–55 -vuotiaiden keskuudessa (57 %), toiseksi yleisintä 56–65 -vuotiaiden keskuudessa (35 %) ja harvinaisinta 66–80 -vuotiaiden keskuudessa (26 %). Mitä vanhempaan ikäluokkaan tutkittava kuului, sitä yleisempää oli että hänelle oli määrätty statiinilääkkeet joko pelkästään korkean valtimotautien kokonaisriskin perusteella tai kohonneen kolesterolin sekä korkean valtimotautien kokonaisriskin perusteella. Verrattuna statiinilääkitystä vähintään neljä vuotta käyttäneisiin tutkittaviin, statiinilääkitystä korkeintaan kolme vuotta käyttäneiden tutkittavien ryhmässä oli vähemmän niitä, jotka ajattelivat että statiinilääkitys oli määrätty pelkästään kohonneen kolesterolin perusteella (37 % vs. 40 %) ja enemmän niitä, joiden mukaan lääkäri oli määrännyt statiinilääkityksen pelkästään korkean valtimotautien kokonaisriskin perusteella (13 % vs. 3 %).

Mitä vähemmän tutkittavalla oli koulutusta, sitä todennäköisemmin hän vastasi että statiinilääkitys oli määrätty pelkästään korkean valtimotautien kokonaisriskin perusteella tai kohonneen kolesterolin sekä korkean valtimotautien kokonaisriskin perusteella. Vähintään 11 vuotta opiskelleiden joukossa oli korkeintaan kymmenen vuotta opiskelleisiin verrattuna enemmän niitä, joiden mukaan statiinilääkitys oli määrätty ainoastaan kohonneen kolesterolin takia. Lisäksi verrattaessa kyseisten sairauksien suhteen terveitä ja niitä, joilla oli statiinilääkityksen määräämisen aikaan valtimotauti, diabetes, metabolinen oireyhtymä tai kohonnut verenpaine, sairaisissa oli enemmän niitä, jotka olivat käsittäneet että statiinilääkitys oli määrätty sekä kohonneen kolesterolin että korkean valtimotautien kokonaisriskin perusteella. Perinnöllistä dyslipidemiaa statiinilääkityksen määräämisen aikaan sairastaneiden joukossa sen sijaan oli kyseisen taudin suhteen terveisiin verrattuna enemmän niitä, joiden kohdalla statiinilääkitys oli määrätty pelkästään kohonneen kolesterolin perusteella.

Taulukko 12. Potilaan käsitys statiinilääkityksen aloittamisen perusteista *

	Pelkästään kohonneen kolesterolin perusteella %	Pelkästään korkean valtimotautien kokonaisriskin perusteella %	Sekä kohonneen kolesterolin että korkean valtimotautien kokonaisriskin perusteella %	En osaa sanoa %
Sukupuoli				
Miehet (n=56)	36	7	54	4
Naiset (n=35)	37	6	51	6
Ikäluokka				
39–55 -vuotiaat (n=22)	54	0	41	4
56–65 -vuotiaat (n=44)	34	7	57	2
66–80 -vuotiaat (n=25)	24	12	56	8
Statiinilääkityksen käyttö vuosina				
< 1 vuotta (n=9)	33	0	56	11
1–3 vuotta (n=23)	35	17	44	4
4–10 vuotta (n=38)	32	5	60	3
> 10 vuotta (n=22)	50	0	46	4
Koulutuksen kesto vuosina				
≤ 10 vuotta (n=32)	25	12	53	9
11–15 vuotta (n=39)	41	3	54	3
≥ 16 vuotta (n=19)	47	0	53	0
Valtimotauti				
Kyllä (n=15)	0	27	73	0
Ei (n=77)	44	3	48	5
Diabetes				
Kyllä (n=10)	30	0	60	10
Ei (n=82)	38	7	51	4
MBO				
Kyllä (n=10)	0	0	90	10
Ei (n=82)	42	7	48	4
Perinnöllinen dyslipidemia				
Kyllä (n=6)	67	0	33	0
Ei (n=86)	35	7	54	5
Kohonnut verenpaine				
Kyllä (n=45)	16	2	76	7
Ei (n=47)	57	11	30	2
Yhteensä (n=92)	37	6	52	4
Yhteensä ilman vastausvaihtoehdon ”en osaa sanoa” valinneita (n=88)				
	39	7	54	

* Millä perusteella Teille määrättiin kolesterolilääkkeet?

Tutkittavista 15 % oli tarkastellut lääkärinsä kanssa SCORE-taulukkoa tai jotain muuta valtimotautien kokonaisriskin arvioimiseksi luotua välinettä. Reilu 60 % tutkimukseen osallistuneista ilmoitti, ettei lääkäri ollut tarkastellut heidän kanssaan mitään valtimotautien kokonaisriskin arviointivälinettä ja lähes neljännes tutkittavista ei muistanut, miten vastaanotolla oli niiden suhteen menetelty (Taulukko 13.). Kun ”en muista” -vastausvaihtoehdon valinneet tutkittavat poistettiin analyyseista, lääkärit olivat käyttäneet valtimotautien kokonaisriskin arvioimiseen tarkoitettuja työkaluja useammin miesten (24 %) ja korkeintaan kymmenen vuotta opiskelleiden (26 %) kohdalla kuin naisten (11 %) ja vähintään 11 vuotta opiskelleiden (14 %) kohdalla. Ikäluokittain vertailtuna jotain valtimotautien kokonaisriskin arviointivälinettä oli käytetty yleisimmin 56–65 -vuotiaiden ollessa kyseessä (24 %) ja harvimmin 66–80 -vuotiaiden kohdalla (14 %).

Diabetesta, metabolista oireyhtymää tai perinnöllistä dyslipidemiaa statiinilääkityksen määräämisen aikaan sairastaneiden tutkittavien kanssa oli tarkasteltu jotain valtimotautien kokonaisriskin arviointivälinettä useammin kuin niiden tutkittavien kanssa, jotka eivät edellä mainittuja sairauksia tuolloin sairastaneet. Statiinireseptin saamisen aikaan tupakoineet tai jo puhjennutta valtimotautia, kohonnutta verenpainetta tai suurta kokonaiskolesterolipitoisuutta sairastaneet tutkittavat sen sijaan olivat tarkastelleet jotain valtimotautien kokonaisriskin arviointivälinettä lääkärinsä kanssa harvemmin kuin tutkittavat, joilla ei kyseisiä valtimotautien riskitekijöitä tuohon aikaan ollut.

Taulukko 13. Valtimotautien kokonaisriskin arviointivälineiden tarkasteleminen *

	Kyllä, SCOREA %	Kyllä, jotain muuta %	Ei tarkastellut %	En muista %
Sukupuoli				
Miehet (n=57)	9	9	54	28
Naiset (n=33)	3	6	73	18
Ikäluokka				
39–55 -vuotiaat (n=22)	9	4	68	18
56–65 -vuotiaat (n=42)	7	10	52	31
66–80 -vuotiaat (n=26)	4	8	69	19
Statiinilääkityksen käyttö vuosina				
< 1 vuotta (n=9)	11	11	78	0
1–3 vuotta (n=23)	4	9	70	17
4–10 vuotta (n=37)	8	0	62	30
> 10 vuotta (n=22)	4	18	46	32
Koulutuksen kesto vuosina				
≤ 10 vuotta (n=32)	9	12	56	22
11–15 vuotta (n=38)	8	3	66	24
≥ 16 vuotta (n=19)	0	10	58	32
Valtimotauti				
Kyllä (n=15)	7	0	67	27
Ei (n=76)	7	9	60	24
Diabetes				
Kyllä (n=9)	11	11	44	33
Ei (n=82)	6	7	63	23
MBO				
Kyllä (n=10)	20	0	50	30
Ei (n=81)	5	9	63	24
Perinnöllinen dyslipidemia				
Kyllä (n=5)	40	0	60	0
Ei (n=86)	5	8	62	26
Kohonnut verenpaine				
Kyllä (n=46)	11	2	59	28
Ei (n=45)	2	13	64	20
Suuri kokonaiskolesterolipitoisuus				
Kyllä (n=54)	4	7	61	28
Ei (n=37)	11	8	62	19
Tupakointi				
Kyllä (n=14)	7	0	71	21
Ei (n=77)	6	9	60	25
Yhteensä (n=91)	7	8	62	24
Yhteensä ilman vastausvaihtoehdon ”en muista” valinneita (n=69)	9	10	81	

* Tarkasteliko lääkäri kanssanne oheista SCORE-taulukkoa (katso taulukko lomakkeen lopusta) tai jotain muuta valtimotautien kokonaisriskin arviointivälinettä?

Kolme neljästä tutkittavasta oli saanut vastaanotolla selvityksen ominaispiirteistä, jotka johtavat siihen, että henkilöllä on suuri riski sairastua valtimotauteihin. Joka kymmenes tutkittava ei muistanut, oliko lääkäri kertonut aiheesta (Taulukko 14.). Kun viimeksi mainittuja ei sisällytetty analyysiin, lääkärit olivat kuvailleet valtimotautien suuren riskin henkilöiden ominaispiirteitä yleisemmin statiinilääkitystä vähintään neljä vuotta käyttäneille (90 %) kuin statiinilääkitystä korkeintaan kolme vuotta käyttäneille [69 % (p-arvo 0,012)]. Vastaajista 39–65 -vuotiaat (87 %) ja korkeintaan kymmenen vuotta opiskelleet (89 %) olivat kuulleet suuren riskin henkilöistä 66–80 -vuotiaita (67 %) ja vähintään 11 vuotta opiskelleita (80 %) useammin. Ne tutkittavat joilla oli statiinilääkityksen määräämisen aikaan mikä tahansa muu valtimotautien riskitekijä kuin jo puhjennut valtimotauti (katso Liite 1.: kysymys 10), olivat saaneet selvityksen valtimotautien suuren riskin henkilöistä useammin kuin tutkittavat, joilla kyseistä riskitekijää ei ollut. Jo puhjennutta valtimotautia statiinilääkityksen määräämisen aikaan sairastaneet tutkittavat sen sijaan olivat saaneet edellä mainitun selvityksen harvemmin (62 %) kuin ne tutkittavat, joilla ei valtimotautia tuolloin ollut [86 % (p-arvo 0,050)].

Taulukko 14. Valtimotautien suuren riskin henkilöiden määrittelyminen *

	Kyllä %	Ei %	En muista %
Sukupuoli			
Miehet (n=57)	74	16	10
Naiset (n=35)	74	17	9
Ikäluokka			
39–55 -vuotiaat (n=22)	82	14	4
56–65 -vuotiaat (n=44)	82	11	7
66–80 -vuotiaat (n=26)	54	27	19
Statiinilääkityksen käyttö vuosina			
< 1 vuotta (n=9)	78	22	0
1–3 vuotta (n=23)	65	35	0
4–10 vuotta (n=39)	77	10	13
> 10 vuotta (n=22)	77	4	18
Koulutuksen kesto vuosina			
≤ 10 vuotta (n=33)	76	9	15
11–15 vuotta (n=39)	77	20	3
≥ 16 vuotta (n=19)	68	16	16
Yhteensä (n=93)	74	16	10
Yhteensä ilman vastausvaihtoehdon ”en muista” valinnoita (n=84)	82	18	

* Toiko lääkäri esille, minkälaisilla ihmisillä on suuri riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin?

Noin joka toisella tutkimukseen osallistuneella oli se käsitys, että hän oli statiinilääkityksen määräämisen aikaan ollut lääkärin mielestä suuressa vaarassa sairastua valtimotauteihin. Neljäsosa tutkittavista vastaavasti koki, ettei lääkäri ollut pitänyt heidän valtimotautiriskiään suurena (Taulukko 15.). Tarkasteltuna siten, että ”en muista” -vastausvaihtoehdon valinneet tutkittavat poistettiin analyyseista, lääkärit pitivät tutkittavan valtimotauteihin sairastumisen vaaraa suurena statiineja vähintään neljä vuotta käyttäneiden (78 %) ja korkeintaan kymmenen vuotta koulua käyneiden (73 %) joukossa useammin kuin statiineja korkeintaan kolme vuotta käyttäneiden [(56 %) p-arvo 0,48] ja vähintään 11 vuotta koulua käyneiden (68 %) joukossa. Se, oliko tutkittavalla ollut statiinireseptin kirjoittamisen aikaan suuri kokonaiskolesterolipitoisuus, ei vaikuttanut lääkärin mielipiteeseen potilaan valtimotautiriskistä. Jos tutkittavalla sen sijaan oli ollut mikä tahansa muu valtimotautien vaaratekijä (Katso Liite 1.: kysymys 10), lääkäri oli pitänyt hänen valtimotautiriskiään suurena todennäköisemmin kuin sellaisen tutkittavan riskiä, jolla kyseistä valtimotautien vaaratekijää ei ollut.

Taulukko 15. Potilaan valtimotautiriski *

	Kyllä %	Ei %	En muista %
Sukupuoli			
Miehet (n=54)	54	24	22
Naiset (n=35)	57	26	17
Ikäluokka			
39–55 -vuotiaat (n=22)	64	14	23
56–65 -vuotiaat (n=43)	58	23	19
66–80 -vuotiaat (n=24)	42	38	21
Statiinilääkityksen käyttö vuosina			
< 1 vuotta (n=9)	67	22	11
1–3 vuotta (n=22)	43	48	10
4–10 vuotta (n=39)	62	15	23
> 10 vuotta (n=21)	52	19	29
Koulutuksen kesto vuosina			
≤ 10 vuotta (n=32)	59	22	19
11–15 vuotta (n=37)	51	24	24
≥ 16 vuotta (n=19)	58	26	16
Yhteensä (n=90)	56	24	20
Yhteensä ilman vastausvaihtoehdon ”en muista” valinnea	69	31	

* Oliko lääkäri sitä mieltä, että Te olette suuressa vaarassa sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin?

Lääkärit olivat kertoneet 36 %:lle vastaajista, ettei kohonnut kolesteroli välttämättä tarkoita sitä, että henkilö tarvitsee kolesterolilääkityksen. Lähes 40 % tutkittavista sen sijaan vastasi, ettei lääkäri ollut tuonut asiaa esille. Reilu viidennes tutkittavista ei muistanut, oliko vastaanotolla puhuttu siitä, ettei kohonnut kolesteroli automaattisesti vaadi kolesterolilääkitystä (Taulukko 16.). Kun analyysieihin sisällytettiin pelkästään ”kyllä” tai ”ei” vastanneet, naiset (52 %), 56–80 -vuotiaat (50 %), statiinilääkitystä korkeintaan kolme vuotta käyttäneet (52 %) ja korkeintaan kymmenen vuotta koulutusta hankkineet (60 %) tutkittavat olivat kuulleet kyseisestä asiasta yleisemmin kuin miehet (46 %), 39–55 -vuotiaat (45 %), statiinilääkitystä vähintään neljä vuotta käyttäneet (46 %) ja vähintään 11 vuotta koulutusta hankkineet (50 %) tutkittavat.

Taulukko 16. Kohonneen kolesterolin haitallisuudesta keskusteleminen *

	Kyllä %	Ei %	En muista %
Sukupuoli			
Miehet (n=56)	32	38	30
Naiset (n=32)	44	41	16
Ikäluokka			
39–55 -vuotiaat (n=22)	41	50	9
56–65 -vuotiaat (n=42)	36	36	29
66–80 -vuotiaat (n=24)	33	33	33
Statiinilääkityksen käyttö vuosina			
< 1 vuotta (n=9)	56	33	11
1–3 vuotta (n=23)	39	44	17
4–10 vuotta (n=36)	28	42	31
> 10 vuotta (n=21)	38	29	33
Koulutuksen kesto vuosina			
≤ 10 vuotta (n=31)	39	26	36
11–15 vuotta (n=38)	32	53	16
≥ 16 vuotta (n=19)	42	26	32
Yhteensä (n=89)	36	38	26
Yhteensä ilman vastausvaihtoehdon ”en muista” valinnoita (n=66)	48	52	

* Kertoiko lääkäri Teille, että kohonnut kolesterolin taso ei automaattisesti tarkoita sitä, että henkilö tarvitsee kolesterolilääkkeitä?

Vastaanotolla oli määritetty verenpaineen tavoitearvot 42 %:lle tutkittavista, mutta noin joka kymmenennen kohdalla näin ei ollut tehty. Lisäksi 41 % vastaajista ilmoitti, ettei heidän verenpaineensa ollut koholla statiinilääkityksen määräämisen aikaan ja 6 % ei muistanut, oliko lääkäri asettanut verenpaineen tavoitearvot vai ei (Taulukko 17.). Kun kaksi viimeksi mainittua ryhmää suljettiin pois analyyseista, verenpaineen tavoitearvot oli määritetty useammin miehille (82 %), 39–55 -vuotiaille (85 %) ja statiineja vähintään neljä vuotta käyttäneille (82 %) kuin naisille (75 %), 56–80 -vuotiaille (78 %) ja statiineja korkeintaan kolme vuotta käyttäneille (75 %). Lääkärit olivat asettaneet verenpaineen tavoitearvot valtaosalle (87 %) niistä tutkittavista, jotka ilmoittivat verenpaineensa olleen vastaanoton aikaan koholla (p-arvo 0,033).

Taulukko 17. Verenpaineen tavoitearvojen asettaminen *

	Kyllä %	Ei %	En muista %	Verenpaineeni ei ollut koholla %
Sukupuoli				
Miehet (n=57)	47	10	5	37
Naiset (n=35)	34	11	9	46
Ikäluokka				
39–55 -vuotiaat (n=22)	50	9	0	41
56–65 -vuotiaat (n=44)	41	11	4	43
66–80 -vuotiaat (n=26)	38	12	15	35
Statiinilääkityksen käyttö vuosina				
< 1 vuotta (n=9)	11	33	0	56
1–3 vuotta (n=23)	48	4	0	48
4–10 vuotta (n=39)	46	13	3	38
> 10 vuotta (n=22)	41	4	23	32
Koulutuksen kesto vuosina				
≤ 10 vuotta (n=33)	46	6	15	33
11–15 vuotta (n=39)	44	13	3	41
≥ 16 vuotta (n=19)	37	16	0	47
Kohonnut verenpaine				
Kyllä (n=46)	72	11	11	6
Ei (n=47)	13	11	2	74
Yhteensä (n=93)	42	11	6	41
Yhteensä ilman vastausvaihtoehdon kolme tai neljä valinnea (n=49)	80	20		

* Jos Teillä oli kolesterolilääkkeiden määräämisen aikaan korkea verenpaine, asettiko lääkäri verenpaineen tavoitearvot?

Lääkärit olivat asettaneet verensokeripitoisuuksien tavoitearvot yhdelle kymmenestä tutkittavasta. Vastaajista seitsemälle prosentille ei ollut määritetty verensokeripitoisuuksien tavoitearvoja, ja kaksi prosenttia ei muistanut, oliko näin tehty. Kahdeksan kymmenestä tutkittavasta ilmoitti, ettei hänellä ollut statiinilääkityksen määräämisen aikaan ollut diabetesta. Kun viimeksi mainittuja ja vastausvaihtoehdon ”en muista” valinnoita tutkittavia ei otettu mukaan analyyseihin, verensokeripitoisuuksien tavoitearvot oli asetettu yleisemmin naisille (75 %) ja statiinilääkitystä vähintään neljä vuotta käyttäneille (69 %) kuin miehille (54 %) ja statiinilääkitystä korkeintaan kolme vuotta käyttäneille (0 %). Mitä nuorempaan ikäluokkaan tutkittava kuului, sitä todennäköisempää oli, että lääkäri oli määrittänyt hänelle verensokeripitoisuuksien tavoitearvot. Lisäksi mitä pidempään tutkittava oli opiskellut, sitä todennäköisemmin hänelle oli asetettu verensokeripitoisuuksien tavoitearvot. Vastanoitoilla oli määritetty verensokeripitoisuuksien tavoitearvot 90 %:lle niistä tutkittavista, jotka ilmoittivat sairastaneensa statiinilääkityksen määräämisen aikaan diabetesta (p-arvo 0,011).

Taulukko 18. Verensokeripitoisuuksien tavoitearvojen asettaminen *

	Kyllä %	Ei %	En muista %	Minulle ei ollut diabetesta %
Sukupuoli				
Miehet (n=54)	11	9	4	76
Naiset (n=34)	9	3	0	88
Ikäluokka				
39–55 -vuotiaat (n=22)	9	0	0	91
56–65 -vuotiaat (n=42)	10	5	2	83
66–80 -vuotiaat (n=24)	12	17	4	67
Statiinilääkityksen käyttö vuosina				
< 1 vuotta (n=9)	0	0	0	100
1–3 vuotta (n=21)	0	10	0	90
4–10 vuotta (n=38)	18	5	3	74
> 10 vuotta (n=21)	10	10	5	76
Koulutuksen kesto vuosina				
≤ 10 vuotta (n=32)	16	12	6	66
11–15 vuotta (n=36)	3	6	0	92
≥ 16 vuotta (n=19)	16	0	0	84
Diabetes				
Kyllä (n=10)	80	10	10	0
Ei (n=79)	1	6	1	91
Yhteensä (n=89)	10	7	2	81
Yhteensä ilman vastausvaihtoehdon kolme tai neljä valinnea (n=15)				
	60	40		

* Jos Teillä oli kolesterolilääkkeiden määräämisen aikaan sokeritauti (diabetes), asettiko lääkäri veren sokeripitoisuuksillenne tavoitearvot?

Suurin osa tutkittavista raportoi, että lääkäri oli painottanut terveellisten elintapojen noudattamisen tärkeyttä statiinireseptin kirjoittamisen yhteydessä. Yksi kymmenestä vastaajasta ilmoitti, ettei vastaanotolla ollut keskusteltu terveellisten elämäntapojen merkityksestä (Taulukko 19.). Tarkasteltuna siten, että vain kaksi edellä mainittua ryhmää sisällytettiin analyysiin, lääkärit olivat puhuneet terveellisten elintapojen tärkeydestä useammin miehille (91 %), 39–55 -vuotiaille (96 %) ja statiineja vähintään neljä vuotta käyttäneille (91 %) kuin naisille (85 %), 56–80 -vuotiaille (86) ja statiineja korkeintaan kolme vuotta käyttäneille (84 %). Lisäksi terveellisistä elämäntavoista oli keskusteltu useammin korkeintaan kymmenen vuotta koulua käyneiden tutkittavien (93 %) kanssa, kuin vähintään 11 vuotta koulua käyneiden tutkittavien kanssa (86 %). Jos tutkittava ilmoitti, että hänen kohdallaan oli ennen statiinilääkityksen määräämistä kokeiltu lääkkeettömiä hoitoja, vastaanotolla oli keskusteltu terveellisistä elämäntavoista todennäköisemmin (95 %) kuin silloin, jos lääkkeettömien hoitojen tehoa ei ollut kokeiltu [(80 %) p-arvo 0,044].

Taulukko 19. Terveellisistä elämäntavoista keskusteleminen *

	Kyllä %	Ei %	En muista %
Sukupuoli			
Miehet (n=57)	86	9	5
Naiset (n=35)	80	14	6
Ikäluokka			
39–55 -vuotiaat (n=22)	96	4	0
56–65 -vuotiaat (n=44)	82	14	4
66–80 -vuotiaat (n=26)	77	12	12
Statiinilääkityksen käyttö vuosina			
< 1 vuotta (n=9)	89	11	0
1–3 vuotta (n=23)	83	17	0
4–10 vuotta (n=39)	82	10	8
> 10 vuotta (n=22)	86	4	9
Koulutuksen kesto vuosina			
≤ 10 vuotta (n=33)	85	6	9
11–15 vuotta (n=39)	85	15	0
≥ 16 vuotta (n=19)	79	11	11
Oliko lääkkeettömiä hoitoja kokeiltu ennen statiinilääkityksen aloittamista			
Kyllä (n=43)	95	5	0
Ei (n=45)	71	18	11
En muista (n=5)	100	0	0
Yhteensä (n=93)	84	11	5
Yhteensä ilman vastausvaihtoehdon ”en muista” valinnea (n=88)	89	11	

* Keskustelitteko lääkärin kanssa kolesterolilääkitystä aloitettaessa siitä, että myös terveellisiä elämäntapoja on noudatettava kolesterolilääkkeistä huolimatta?

Lähes 60 % tutkimukseen osallistuneista oli saanut lääkäriltään kirjallisia ohjeita terveellisiin elämäntapoihin liittyen. Noin joka kolmas tutkittava sen sijaan ilmoitti, ettei lääkäri ollut antanut terveellisiä elintapoja käsitteleviä esitteitä (Taulukko 20.). Kun analyysseissa ei otettu huomioon niitä tutkittavia, jotka vastasivat kyselylomakkeen 27. kysymykseen ”en muista”, vastaanotoilla oli annettu kirjallisia elämäntapaohjeita useammin miehille (64 %), 39–65 -vuotiaille (65 %) ja statiinilääkitystä vähintään neljä vuotta käyttäneille (64 %) kuin naisille (58 %), 66–80 -vuotiaille (49 %) ja statiinilääkitystä korkeintaan kolme vuotta käyttäneille (58 %). Jos tutkittavan kohdalla oli kokeiltu lääkkeettömiä hoitoja ennen statiinilääkityksen määräämistä, hänelle annettiin kirjallisia elämäntapaohjeita todennäköisemmin kuin sellaiselle tutkittavalle, jonka tapauksessa lääkkeettömien hoitojen tehoa valtimotautiriskin vähentämisessä ei ollut kokeiltu (p-arvo 0,024).

Lisäksi tutkittavat, joille oli statiinireseptin kirjoittamisen yhteydessä painotettu terveellisten elintapojen merkitystä, olivat saaneet kirjallisia elämäntapaohjeita useammin (68 %) kuin sellaiset tutkittavat, joiden kanssa terveellisten elintapojen tärkeydestä ei ollut keskusteltu [(30 %), p-arvo 0,031].

Taulukko 20. Kirjallisten elämäntapaohjeiden antaminen *

	Kyllä %	Ei %	En muista %
Sukupuoli			
Miehet (n=57)	60	33	7
Naiset (n=35)	54	40	6
Ikäluokka			
39–55 -vuotiaat (n=22)	59	36	4
56–65 -vuotiaat (n=44)	66	30	4
66–80 -vuotiaat (n=26)	42	46	12
Statiinilääkityksen käyttö vuosina			
< 1 vuotta (n=9)	56	44	0
1–3 vuotta (n=23)	56	39	4
4–10 vuotta (n=39)	54	38	8
> 10 vuotta (n=22)	68	23	9
Koulutuksen kesto vuosina			
≤ 10 vuotta (n=33)	58	39	3
11–15 vuotta (n=39)	59	33	8
≥ 16 vuotta (n=19)	53	37	10
Oliko lääkkeettömiä hoitoja kokeiltu ennen statiinilääkityksen aloittamista			
Kyllä (n=43)	70	26	5
Ei (n=45)	44	47	9
En muista (n=5)	80	20	0
Keskusteltiinko vastaanotolla terveellisten elämäntapojen noudattamisen tärkeydestä			
Kyllä (n=78)	64	30	6
Ei (n=10)	30	70	0
En muista (n=5)	20	60	20
Yhteensä (n=93)	58	36	6
Yhteensä ilman vastausvaihtoehdon ”en muista” valinnoita (n=87)	62	38	

* Oletteko saanut lääkäriltä kirjallisia ohjeita terveellisiin elämäntapoihin liittyen?

12.5 Yhteenveto

Statiineihin liittyviä haittavaikutuksia ja yhteisvaikutuksia lukuun ottamatta valtaosa lääkäreistä oli keskustellut potilaidensa kanssa kaikista niistä aiheista, joita tulisi statiinilääkitystä aloitettaessa käsitellä. Näitä olivat a) tutkittavien yleisimmät valtimotautien riskitekijät, b) statiinilääkityksen suosittelemisen perustelu, c) kolesterolin tavoitearvot ja d) valtimotautien riskitekijöiden hoitaminen. Statiinien mahdollisista haittavaikutuksista lääkärit olivat kertoneet noin joka kolmannelle tutkittavalle ja statiineihin liittyvistä yhteisvaikutuksista joka viidennelle tutkittavalle.

Useampi kuin yhdeksän kymmenestä tutkittavasta piti käsitystään statiinilääkityksen määräämisen syistä erittäin tai jokseenkin selkeänä ja useampi kuin kahdeksan kymmenestä raportoi lääkärin perustelleen statiinilääkityksen aloittamisen tarpeellisuutta erittäin tai jokseenkin hyvin. Toisin sanoen enemmistö tutkittavista oli sitä mieltä, että lääkäri oli esittänyt mielipiteensä ja perustelunsa selkeästi ja ymmärrettävästi.

Neljä kymmenestä tutkittavasta koki, että lääkäri oli huomionnut heidän oman mielipiteensä statiinilääkityksen aloittamisesta jokseenkin tai erittäin huonosti tai ei ilmaissut asiasta selkeää mielipidettään. Lisäksi lähes joka toinen tutkittava oli sitä mieltä, että lopullisen päätöksen statiinilääkityksen aloittamisesta oli tehnyt lääkäri. Näin ollen vastaanotoilla käydyistä keskusteluista, lääkäreiden mielipiteiden ja perusteluiden selkeydestä sekä potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamisesta toteutui potilaslain mukaisesti heikoimmin potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen.

Dyslipidemioiden Käypä hoito -suositukseen kirjattuja suosituksia vastaanotoilla oli noudatettu vaihtelevasti. Vähintään seitsemän kymmenestä lääkäreistä oli toiminut Käypä hoito -suosituksen mukaisesti kolesteroliarvojen mittaamisen, potilaan kokonaiskolesterolipitoisuuden, valtimotautien suuren riskin henkilöiden ominaispiirteiden selventämisen, verenpaineen sekä verensokeripitoisuuksien tavoitearvojen asettamisen ja terveellisistä elämäntavoista keskustelemisen ollessa kyseessä. Heikommin Käypä hoito -suositusta sen sijaan noudatettiin lääkkeettömien hoitojen kokeilemisen, statiinilääkityksen perusteiden, valtimotautien kokonaisriskin arviointivälineiden tarkastelun, potilaan valtimotautiriskin arvioimisen, kohonneen kolesterolin haitallisuuden selventämisen ja kirjallisten elämäntapaohjeiden antamisen kohdalla. Viimeksi mainittujen asioiden suhteen Käypä hoito -suosituksen mukaisesti oli toiminut korkeintaan kuusi kymmenestä lääkäristä.

13 POHDINTA

Tämän pro gradu -tutkielman tavoitteena oli tutkia, kuinka lääkärit noudattavat työssään potilaslakia ja dyslipidemioiden Käypä hoito -suositusta statiinilääkitystä potilailleen määrätessään. Tavoite täyttyi – tutkimuksen avulla pystyttiin vastaamaan niihin kysymyksiin, joita oli tarkoitus selvittää. Saadut tulokset myötäilivät osittain niitä tietoja, mitä potilaslain ja Käypä hoito -suositusten noudattamisesta jo aikaisemmin tiedettiin. Potilaslain toteutumista ei kuitenkaan ole tutkittu kovin runsaasti ja dyslipidemioiden Käypä hoito -suositukseen liittyvät tutkimukset on tehty lääkärien keskuudessa, jolloin tutkimustuloksista puuttuu potilaiden näkökulma. Suotuisista vaikutuksistaan huolimatta potilaslakia noudatetaan Suomessa sekä tutkimusten että käytännön kokemusten mukaan edelleen puutteellisesti (Kokkonen 1996, Lötjönen 2004, Perheentupa 2009, Sosiaali- ja terveysministeriö 2003). Erityisesti ongelmia on ollut potilaiden tiedonsaantioikeuden toteutumisessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003). Lisäksi tuoreen selvityksen mukaan suomalaiset tuntevat potilaan oikeudet melko huonosti (Mäkinen 2010).

Edellä käsitellyn perusteella oli odotettavissa, että potilaslain noudattamiseen liittyvät tulokset ovat ainakin osittain kielteisiä. Oletus täyttyi, sillä statiinien haittavaikutuksista ja yhteisvaikutuksista oli kuullut alle puolet tutkittavista. Tästä huolimatta kaikki potilaslakiin liittyvät tulokset eivät suinkaan olleet negatiivisia, vaan päinvastoin. Vastaanotoilla oli käsitelty valtaosaa niistä aiheista, joista potilaslain mukaan lääkärin tulisi potilaansa kanssa keskustella. Tässä mielessä tulokset siis poikkesivat Sosiaali- ja terveysministeriön (2003) julkaisemista tuloksista. Enemmistö potilaista oli myös tyytyväisiä siihen, kuinka lääkäri esitti mielipiteitään ja perustelujaan. Lääkärit olivat siis onnistuneet esittämään asiansa selkeästi ja ymmärrettävästi. Tulos on lupaava, mutta se voi olla harhaanjohtava. Vaikka suurin osa tutkittavista ajattelikin ymmärtäneensä kaiken, mitä lääkäri puhui, ei tämän tutkimuksen avulla ollut mahdollisuutta selvittää ymmärryksen todellista astetta. On tutkittu, että jo pelkästään yksittäisten lääketieteellisten termien ymmärtäminen on haasteellista (Rytkönen 2010).

Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sen sijaan toteutui potilaslain mukaisesti merkittävästi huonommin kuin vastaanotoilla käydyt keskustelut tai lääkäreiden mielipiteiden ja perusteluiden selkeys. Tämä on kuitenkin ehkä liian yksipuolinen tulkinta. Tiedämme, että potilaalla pitäisi olla oikeus päättää hoidostaan. Tämän tutkimuksen mukaan lähes joka toinen tutkittava koki lääkärin päättäneen statiinilääkityksen aloittamisesta. Aineiston avulla ei kuitenkaan pystytty selvittämään sitä, antoivatko potilaat lääkäreille päätösvallan omasta tahdostaan. Mikäli

näin on, lääkärit toimivat täysin oikein. Tämän mahdollisuuden todennäköisyyttä puoltaa se, että tutkittavat, joiden kohdalla lääkäri oli päättänyt statiinilääkityksen aloittamisesta, olivat usein vähintään 66-vuotiaita ja vain vähän koulutusta hankkineita. Iäkkäät ja vähän koulutetut luottavat todennäköisesti lääkäreihin enemmän kuin nuoret ja korkeasti koulutetut. Tämä mm. siksi, että ikäihmisillä ja vähän koulutetuilla on luultavasti heikompi tietopohja ja terveydenlukutaito kuin nuorilla ja korkeasti koulutetuilla.

Ennen tätä tutkimusta tiedettiin, että lääkärit suhtautuvat Käypä hoito -suositukseen vähintäänkin varovaisen myönteisesti (Jousilahti ym. 2007, Miettinen ja Korhonen 2005) ja että suositusten noudattaminen vaihtelee (Hokkinen ym. 2010, Jousilahti 2007, Karppi ym. 2010, Kuronen ym. 2006, Vuorma ym. 2007). Tämän pro gradu -tutkielman tulokset olivat samansuuntaisia: lääkärit eivät noudattaneet dyslipidemioiden Käypä hoito -suositusta systemaattisesti. Tuloksia tulkittaessa pitää kuitenkin muistaa se, että osa tutkittavista oli käyttänyt statiinilääkitystä yli kymmenen vuotta ja että dyslipidemioiden Käypä hoito -suositus julkaistiin vasta vuonna 2004 (Suositukset ilmestymisjärjestyksessä 2011). Toisin sanoen osa vastaajista oli käynyt lääkärin vastaanotolla aikana, jolloin dyslipidemioiden Käypä hoito -suositusta ei ollut olemassakaan. Hoitokäytäntöjen yhtenäisyyteen pyrittäessä ei sinällään ole myönteistä, että dyslipidemioiden Käypä hoito -suositusta ei järjestelmällisesti tämän tutkimuksen mukaan noudatettu. Suosituksen noudattamisen vaihtelu ei kuitenkaan välttämättä ole negatiivinen asia, vaan merkki siitä, että lääkärit ovat pikkutarkan seuraamisen sijaan pikemminkin soveltaneet suositusta. Kuten sanottu, lääketieteellistä hoitoa ei voida tarjota tuijottamalla pelkkiin riskilaskureihin tai hoitosuositukseen (Strandberg 2007). Lääkäri tarvitsee työssään aina omaa ammattitaitoaan ja kokemustaan, eikä lääketieteestä koskaan voikaan tulla niin sanottua keittokirjalääketiedettä, jolloin jokaiseen ongelmaan olisi olemassa valmis ratkaisu.

Aineistoa analysoitaessa vertailtiin ryhmien välisiä eroja, kuten sitä, eroavatko naisten ja miesten vastaukset toisistaan. Näistä ryhmien välisistä vertailuista nousivat erityisen selkeästi esille ikä- ja koulutusryhmien väliset erot. Kaikkein vanhimpaan ikäluokkaan kuuluneet tutkittavat olivat tulosten mukaan useassa suhteessa altavastajaan asemassa verrattuna nuorempiin tutkittaviin. Heille oli muun muassa annettu statiinilääkityksen aloittamiseen liittyvää informaatiota harvemmin kuin nuorempiin ikäluokkiin kuuluville ja heidän itsemääräämisoikeuttaan ei kunnioitettu yhtä usein kuin nuorempien itsemääräämisoikeutta. Näin ei tietenkään pitäisi olla. Iäkkyys ei tarkoita sitä, ettei henkilön tarvitse tietää kaikkea terveyteensä ja hoitoonsa liittyvää tai sitä, ettei hänen omaa mielipidettään tarvitse huomioida. Tuloksia pohdittaessa on kuitenkin hyvä muistaa, että kolmasosa

vanhimpaan ikäluokkaan kuuluneista tutkittavista oli tähän tutkimukseen osallistuessaan saanut statiinireseptin yli kymmenen vuotta sitten. Positiivinen tulkinta ikäryhmien välisistä eroista onkin se, että lääkärit toimivat nykyään eettisemmin kuin vuosikymmen sitten. Näin ajateltuna ikäryhmien väliset erot voivat kuvastaa potilaslain tuomia muutoksia: potilaslain voimaantumisen jälkeen statiinireseptin saaneita (nuorempia tutkittavia) on kohdeltu eri tavoin kuin ennen potilaslakia reseptinsä saaneita (vanhimpia tutkittavia).

Koulutustaso näkyi tutkittavien vastauksissa siten, että vähintään 11 vuotta opiskelleet tutkittavat arvioivat lääkärin toimia kriittisemmin kuin korkeintaan kymmenen vuotta opiskelleet tutkittavat. Tulokset antavat sen vaikutelman, että vähintään 11 vuotta kouluttautuneet arvioivat lääkärin sanomisia hyvin tarkasti, kun taas korkeintaan kymmenen vuotta koulua käyneet pitivät niitä automaattisesti riittävinä. Tämä asettaa koulutustaustaltaan erilaiset ihmiset eriarvoiseen asemaan: korkeasti koulutetut pystyvät arvioimaan lääkärin toimintatapoja ja siten myös vaatimaan itselleen laadukasta hoitoa; mikä ei välttämättä pidä paikkaansa vähemmän koulutettujen ollessa kyseessä. Tätä käsitystä tukee se havainto, että vähintään 11 vuotta koulua käyneiden tutkittavien itsemääräämisoikeutta oli kunnioitettu useammin kuin vähemmän koulua käyneiden. Toisaalta näyttää siltä, että dyslipidemioiden Käypä hoito- suosituksen noudattamisen suhteen potilaiden koulutustausta vaikutti lääkäreiden toimintaan toivottavalla tavalla: vastaanotoilla oli selvitetty sydän- ja verisuonitautiriskiin liittyviä asioita kaikkein useimmin korkeintaan kymmenen vuotta koulutusta hankkineille. Juuri vähiten koulutetut olivat todennäköisesti niitä henkilöitä, joille kyseiset selvitykset olivat kaikkein tarpeellisimpia. Näin siksi, että vähän koulutettujen elintavat ovat tutkitusti korkeasti koulutettuja epäterveellisempiä (esim. Helakorpi ym. 2010, Rahkonen ym. 2004). Sukupuolittaiset erot eivät olleet merkittäviä, mutta miespuolisten tutkittavien kanssa oli käsitelty elämäntapoihin ja sydän- ja verisuonitautiriskiin liittyviä asioita useammin kuin naispuolisten tutkittavien kanssa. Tämä on luonnollista, sillä miehillä on naisia epäterveellisemmät elämäntavat (Helakorpi ym. 2010).

Verrattuna statiinilääkityksen vähintään neljä vuotta sitten aloittaneisiin tutkittaviin, statiinilääkityksen korkeintaan kolme vuotta sitten aloittaneiden tutkittavien vastaukset eivät olleet kaikilta osin lääkäreitä mairittelevia. Jotain edistystä lääkäreiden toimintatavoissa on tämän tutkimuksen mukaan kuitenkin viime vuosina tapahtunut. Tärkeimpiä myönteisiä muutoksia olivat statiinien haittavaikutuksista kertomisen, lääkkeettömien hoitojen kokeilemisen, kolesteroliarvojen riittävän usein tapahtuneen mittaamisen sekä potilaan oman mielipiteen huomioimisen yleistyminen. Se, että statiinien haittavaikutuksista kertominen ja potilaan mielipiteen

huomioiminen ovat yleistyneet, on parhaassa tapauksessa merkki siitä että lääkärit ovat alkaneet kiinnittää enemmän huomiota potilaan oikeuksien toteutumiseen. Tämä taas voi selittyä sillä, että potilaiden oikeuksiin liittyvistä asioista on viime aikoina käyty kiihkeää yhteiskunnallista keskustelua.

Lääkkeettömien hoitojen kokeilemisen ja kolesteroliarvojen riittävän usein tapahtuneen mittaamisen yleistymisen sen sijaan kertovat toivottavasti siitä, että osa lääkäreistä haluaa välttää medikalisaatiota. Pyrittäessä vaikuttamaan dyslipidemiaan, terveellisten elämäntapojen harjoittaminen on usein riittävä toimenpide niiden ihmisten kohdalla, joilla on pieni sydän- ja verisuonitautiriski (Dyslipidemiat 2009). Kolesteroliarvojen riittävän usein (eli dyslipidemioiden Käypä hoito -suosituksen mukaan vähintään kaksi kertaa) tapahtuvan mittaamisen yleistymisen liittyy mahdollisesti samaan aiheeseen. Jos lääkäriellä on halu varmistua siitä, että potilaan kolesteroliarvot ovat todella sydän- ja verisuonitautiriskin kannalta hälyttäviä, hän todennäköisesti haluaa mitata ne useammin kuin kerran.

Tämän pro gradu -tutkielman tutkimusjoukko (n=93) on pienehkö, joten saatuja tuloksia ei voida suoraan yleistää. Pienen aineiston takia eroavaisuudet esimerkiksi luokkamuuttujien prosentiosuuksissa voivat näyttää huomattavilta, vaikka yksilötasolla erot olisivat vain muutaman henkilön suuruisia. Tutkimukseen osallistuneet olivat todennäköisesti kaikki kuopiolaisia. Näin ollen myös alueelliset, mahdollisesti koulutuksesta johtuvat erot lääkäreiden toimintatavoissa saattavat vaikuttaa tuloksiin. Lisäksi tutkija ei ole voinut selvittää, eroavatko tutkimukseen osallistuneet jollain oleellisella tavalla niistä henkilöistä, jotka kieltäytyivät osallistumasta tutkimukseen. Oletuksena voidaan kuitenkin pitää sitä, että tutkimusjoukko on jossain suhteessa valikoitunut.

Tässä tutkielmassa aineistonkeruumenetelmänä käytetty kyselylomake liittyi siihen lääkärin vastaanottoon, jonka aikana tutkittavalle oli kirjoitettu statiiniresepti. Kaikkiin retrospektiivisiin tutkimuksiin liittyy muistivirheiden vaara. Tässä tutkimuksessa ne ovat erittäin todennäköisiä, sillä useampi kuin kuusi kymmenestä tutkittavasta oli käyttänyt statiineja vähintään neljä vuotta – toisin sanoen tutkittavia pyydettiin muistelemaan useiden vuosien takaista tapahtumaa. On mahdollista, että tutkittavien vastaukset kuvastavat useista vastaanotoista muodostunutta muistikuvaa eivätkä ainoastaan sitä vastaanottoa, jolloin heille määrättiin statiinilääkkeet. Lisäksi on hyvin tavallista, että tutkittavat pyrkivät miellyttämään tutkijaa, mikä tarkoittaa tutkijan arvioitujen toiveiden mukaisesti vastaamista. Tämän ”miellyttämiseffektin” välttämiseksi tutkimuslomakkeet tai

vaihtoehtoisesti haastattelukysymykset on muokattava mahdollisimman vähän johdatteleviksi. Tässä tutkimuksessa käytetyn kyselylomakkeen kysymykset saatiin muodostettua kohtalaisen neutraaleiksi.

Muotoilultaan sopivien kysymysten muodostaminen oli haasteellista, ja kyselylomakkeesta tehtiinkin lukuisia versioita ennen lopullisen lomakkeen valmistumista. Useista muokkauksista huolimatta lomakkeesta ei tullut virheetön. Ensinnäkin se sisälsi joitakin sanoja, joita valtaväestö ei todennäköisesti tunnista. On aiheellista kysyä, ymmärsivätkö kaikki vastaajat, mitä esimerkiksi perinnöllinen dyslipidemia tarkoittaa. Kyselylomaketta tehtäessä luotettiin kuitenkin siihen, että ne tutkittavat, joiden elämään kyseinen sairaus kuuluu, tunnistavat ilmaisun. Toisekseen lomakkeessa käytettiin samasta asiasta kahta ilmaisua. Nämä ilmaisut olivat sydän- ja verisuonitauti ja valtimotauti. Selkeyden kannalta olisi ollut parempi, että kyseisestä sairaudesta olisi puhuttu vain yhdellä nimellä. Kolmanneksi aineiston analysointivaiheessa kävi ilmi, että kysymysten 17 ja 18 vastausvaihtoehdot olivat epäloogisessa järjestyksessä. Kysymysten avulla oli tavoitteena selvittää, oliko diabetesta ja/tai kohonnutta verenpainetta sairastaneille tutkittaville asetettu verensokeripitoisuuksien ja/tai verenpainetasojen tavoitearvot. Oli tarkoitus, että ”kyllä” tai ”ei” vastausvaihtoehdon valitsevat ainoastaan sellaiset tutkittavat, joilla oli diabetes ja/tai kohonnut verenpaine. Näitä vastausvaihtoehtoja valitsivat kuitenkin myös kyseisten sairauksien suhteen terveet tutkittavat (eli tutkittavat, jotka eivät kysymyksessä kymmenen olleet ilmoittaneet sairastaneensa vastaanoton aikaan diabetesta tai kohonnutta verenpainetta). Tämä johtui siitä, että vastausvaihtoehdot ”verenpaineeni ei ollut koholla” ja ”minulla ei ollut diabetesta” oli sijoitettu viimeisiksi vastausvaihtoehtoiksi.

Käsillä olevan kyselylomakkeen kysymykset olivat strukturoituja. Strukturoitujen kysymysten analysoiminen on nopeampaa kuin avointen kysymysten analysoiminen, mutta niiden tarjoama tieto ei ole kovin syvällistä. Tutkimustuloksista olisikin tullut rikkaampia, jos tutkimuksessa olisi ollut myös laadullisia elementtejä, kuten avoimia kysymyksiä tai haastatteluja. Niin potilaslain kuin Käypä hoito -suositustenkin noudattamiseen liittyvissä tulevissa tutkimuksissa pitäisikin ehdottomasti hyödyntää myös kvalitatiivisia tutkimusmenetelmiä. Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia, vaihteleeko potilaslain ja Käypä hoito -suosituksen noudattaminen sairauksien mukaan. Etenkään potilaslain toteutumista ei ole edelleenkään tutkittu tarpeeksi.

Vaikka tämän tutkimuksen tulokset eivät olekaan yleistämiskelpoisia, voivat yksittäiset lääkärit kuitenkin arvioida niiden avulla omaa toimintaansa. Toivottavasti tulokset herättävät heitä

kysymään itseltään ainakin seuraavia kysymyksiä: Kannatanko hoitokäytäntöjen yhtenäisyyttä? Olenko tutustunut dyslipidemioiden Käypä hoito -suositukseen? Otanko huomioon potilaideni yksilölliset tarpeet? Annanko potilailleni mahdollisuuden osallistua oman hoitonsa suunnitteluun? Ja mikä tärkeintä: kysynkö potilailtani ”Mitä mieltä olet tästä itse?”.

LÄHTEET

Aikuisten lihavuuden hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2011 (päivitetty 17.1.2011). www.kaypahoito.fi

Aikuisten liikunta. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2010 (päivitetty 8.11.2010). www.kaypahoito.fi

Albert M A, Danielson E, Rifai N, Ridker P M. Effect of statin therapy on C-reactive protein levels: the pravastatin inflammation/CRP evaluation (PRINCE): a randomized trial and cohort study. *JAMA* 2001;286:64–70.

Baigent C, Keech A, Kearney PM *ym.* Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet* 2005;366:1267–78.

Brunner E, White I, Thorogood M, Bristow A, Curle D, Marmot M. Can dietary interventions change diet and cardiovascular risk factors? A meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Public Health* 1997;87:1415–22.

Conroy R M, Pyörälä K, Fitzgerald A P *ym.* Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *European Heart Journal* 2003;24:987–1003.

Diabetes. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton lääkarineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2011 (päivitetty 30.11.2011). www.kaypahoito.fi

Dyslipidemiat. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Sisätautilääkäreiden Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2009 (päivitetty 2.4.2009). www.kaypahoito.fi

Elovaara I, Erälinna J-P, Kuusisto H *ym.* Suomalainen neurologi ottaa huomioon Käypä hoito -suosituksen MS-potilaan hoidossa. *Suomen Lääkärilehti* 2010;65:2777–84.

Fuster V, Kelly B B, Vedantham R. Global cardiovascular health: Urgent need for an intersectoral approach. *Journal of the American College of Cardiology* 2011;58:1208–10.

Harju J. Ravintoa sydämelle: ehkäise sydäntautiriskiäsi terveellisellä ravinnolla: alenna kolesteroliasi, alenna verenpainettasi, torju metabolinen oireyhtymä. 2. painos. Helsinki: WSOY 2007.

Helakorpi S, Laitalainen E, Uutela A. Suomalaisten aikuisten terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL) 2010.

Helakorpi S, Pajunen T, Jallinoja P, Virtanen S, Uutela A. Suomalaisten aikuisten terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL) 2011.

Hinkka H. Potilaan vai lääkärin arvot? *Duodecim* 2003;119:85–6.

Hokkinen L, Sandström P, Jormanainen V, Patja K, Myllykangas M. Suomalaisten lääkäreiden tupakointi ja tupakasta vieroitusta koskevan Käypä hoito -suosituksen tuntemus vuonna 2006. *Suomen Lääkärilehti* 2009;35:2784–8.

Horiuchi Y, Hirayama S, Soda S *ym.* Statin therapy reduces inflammatory markers in hypercholesterolemic patients with high baseline levels. *Journal of Atherosclerosis and Thrombosis* 2010;17:722–9.

Huupponen R, Laine K, Klaukka T. Potentiaaliset lääkeinteraktiot statiinihoidon aikana. *Suomen Lääkärilehti* 2001;56:5274–77.

Jousilahti P, Komulainen J, Hanski T, Kaila M, Ketola E. Perusterveydenhuollon lääkärit tuntevat hyvin Käypä hoito -suositukset. *Suomen Lääkärilehti* 2007;62:3319–23.

Järvi U. Potilaslaki täytti kymmenen vuotta Terveydenhuolto kaipaa yhä avointa keskustelua. *Suomen lääkäri-lehti* 2003;58:1151.

Kaivola J, Myllymäki K. Hoitosuositukset ja laki. *Duodecim* 2004;120:2971–6.

Karppi P, Rahkonen T, Rissanen A, Puuronen S, Kalliopohja K, Suhonen J. Käypä hoito -suositusten toteutuminen Keski-Suomen muistipotilaiden hoitoketjussa. *Suomen Lääkärilehti* 2010;65:1833–8.

Kattainen A, Reunanen A. Sepelvaltimotauti ja toimintakyky ; Miten kuolleisuuden, ilmaantuvuuden ja toimintakyvyn muutokset ovat muovanneet sairauden kokonaiskuvaa. Suomen Lääkärilehti 2005;60(3):273–6.

Kervinen H. Sepelvaltimotauti (CHD): oireet, diagnoosi ja hoito. Kirjassa: Kunnamo I, Alenius H, Hermanson E, Jousimaa J, Teikari M, Varonen H, toim. Lääkäriin käsikirja. 9. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2008c, s. 175–9.

Kodama S, Tanaka S, Saito K *ym.* Effect on aerobic exercise training on serum levels of high-density lipoprotein cholesterol: a meta-analysis. Archives of Internal Medicine 2007;167:999–1008.

Kohonnut verenpaine. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2009 (päivitetty 23.11.2009). www.kaypahoito.fi

Kokkonen P. Potilaslain säännösten noudattaminen ja potilaan tahdon kunnioittaminen. Suomen Lääkärilehti 1996;51:3345.

Kones R. Rosuvastatin, inflammation, C-reactive protein, JUPITER, and primary prevention of cardiovascular disease – a perspective. Drug Design, Development and Therapy 2010;4:383–413.

Kukkonen-Harjula K. Onko liikunnalla edullisia vaikutuksia veren lipoproteiineihin? Suomen Lääkärilehti 2003;58:1445–7.

Kuronen R, Jallinoja P, Ilvesmäki V, Patja K. Miten valtimotautiriskejä koskevat hoitosuositukset on otettu käyttöön? Suomen Lääkärilehti 2006;61:4571–7.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992 (luettu 16.2.2011). www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785

Leon AS, Sanchez OA. Response of blood lipids to exercise training alone or combined with dietary intervention. Medicine & Science in Sports & Exercise 2001;33(supplement 6):S502–15.

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea, Kansaneläkelaitos. Lääkekorvaukset ja -kustannukset lääkeryhmittäin. Helsinki: Lääkealan turvallisuus ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos 2011 (luettu 8.9.2011). [www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/280611165826PB/\\$File/laakeryh.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/280611165826PB/$File/laakeryh.pdf?OpenElement)

- Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea, Kansaneläkelaitos. Suomen lääketilasto 2009. Helsinki: Lääkealan turvallisuus ja kehittämiskeskus Fimea ja Kansaneläkelaitos 2010.
- Lötjönen S. Loukatun suostumuksesta potilaan itsemääräämisoikeuteen. *Lakimies* 2004;102:1398–420.
- Maeda K, Noguchi Y, Fukui T. The effects of cessation from cigarette smoking on the lipid and lipoprotein profiles: a meta-analysis. *Preventive Medicine* 2003;37:283–90.
- Matikainen N. Suurentunut triglyseridipitoisuus. *Duodecim* 2009;125:371–80.
- Miettinen M, Korhonen M. Käypä hoito-suositukset ja päätöksenteon tuki terveydenhuollon prosesseissa: tapaustutkimus Käypä hoito-suositusten käytöstä ja terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksistä päätöksenteon tuesta. Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu 2005.
- Mustajoki M. Lihavuuden hoidon tarpeen ja hyödyn arviointi. Kirjassa: Mustajoki M, Alila A, Matilainen E, Rasimus M, toim. Sairaanhoidajan käsikirja. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2007, s. 442–3.
- Mustajoki P. Kolesteroli. Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2010 (päivitetty 27.10.2010). www.terveysportti.fi
- Mäkinen T. Potilaan oikeudet. *Tehy* 2010;30:50.
- Neuvonen P, Niemi M, Backman J. Drug interactions with lipid-lowering drugs: Mechanisms and clinical relevance. *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 2006;80:565–81.
- Niskanen L. Rasvakudoksen haitalliset vaikutukset elimistössä. Kirjassa: Mäkijärvi M, Kettunen R, Kivelä A, Parikka H, Yli-Mäyry S, toim. Sydänsairaudet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2008, 84–5.
- Pahlman I. Hoitotahdon oikeudellinen merkitys. *Suomen Lääkärilehti* 2001;56(21-22):2436.
- Partanen M-L. Potilaslain velvoitteet kunnille. *Suomen Lääkärilehti* 1994;49:1057.
- Peltonen M, Harald K, Männistö S *ym.* Kansallinen FINRISKI 2007 – terveystutkimus – Tutkimuksen toteutus ja tulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B34/2008. Helsinki 2008.
- Perheentupa J. Olisiko sanonnasta ”lääkäri määrää” luovuttava? *Duodecim* 2003;119:735.

Peura P, Martikainen J, Hallinen T, Soini E, Niskanen L. Statiinien teho ja kustannusvaikuttavuus. Suomen Lääkärilehti 2007;62:3899–905.

Rahkonen O, Talala K, Laaksonen M, Lahelma E, Prättälä R, Uutela A. Suomalaisten koettu terveys parantunut, terveyden koulutuserot säilyneet 1979-2002. Suomen Lääkärilehti 2004;59:2159–63.

Rouru J, Koulu M. Lipidien aineenvaihduntaan vaikuttavat lääkeaineet. Kirjassa: Koulu M, Tuomisto J, toim. Farmakologia ja toksikologia. 7. uudistettu painos. Kuopio: Medicina 2007, s. 729–42.

Rytkönen M. Tiedotusvälineissä esiintyvien lääketieteellisten termien ymmärtäminen. Pro gradu – tutkielma. Itä-Suomen yliopisto 2010.

Sadas suositus valmistui: Käypää hoitoa – terveydenhuollon tueksi, potilaan parhaaksi. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2011 (päivitetty 31.5.2011). www.kaypahoito.fi

Saha H. Rabdomyolyysi. Kirjassa: Kunnamo I, Alenius H, Hermanson E, Jousimaa J, Teikari M, Varonen H, toim. Lääkärin käsikirja. 9. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2008, s. 399–400.

Salminen K. Veren kokonaiskolesterolipitoisuuden väestötavoite – onneton erhe. Aikakauskirja Duodecim 2009;125:802–3.

Salomaa V, Ketonen M, Koukkunen H *ym.* Trends in coronary events in Finland during 1983-1997; The FINAMI study. European Heart Journal 2003;24:311–9.

Salomaa V. Sydänsairaudet yleisempiä kuin koskaan – riskitekijät painottuvat alempiin sosiaaliryhmiin. Kansanterveys 2006;13:4–5.

Suositukset ilmestymisjärjestyksessä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2011 (luettu 5.12.2011). www.kaypahoito.fi/web/kh/ilmestymisjarj

Sosiaali- ja terveysministeriö. Potilaslain 6 §:n uudistamistarpeita selvittäneen työryhmän muistio. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2003.

Strandberg T. Riskilaskurin hyödyt ja sudenkuopat. Suomen Lääkärilehti 2007;62:4503–4.

Standberg T, Vanhanen H. Dyslipidemioiden hoidon tavoitteet ja valinta. Kirjassa: Kunnamo I, Alenius H, Hermanson E, Jousimaa J, Teikari M, Varonen H, toim. Lääkärin käsikirja. 9. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2008a, s. 881–2.

Standberg T, Vanhanen H. Suurentuneen kolesterolipitoisuuden ruokavaliohoito. Kirjassa: Kunnamo I, Alenius H, Hermanson E, Jousimaa J, Teikari M, Varonen H, toim. Lääkärin käsikirja. 9. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2008b, s. 883.

Strandberg T, Vanhanen H. Dyslipidemioiden lääkehoito. Kirjassa: Kunnamo I, Alenius H, Hermanson E, Jousimaa J, Teikari M, Varonen H, toim. Lääkärin käsikirja. 9. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2008c, s. 884–8.

Suomen Sydänliitto ry. Ravinto ja liikunta sydänterveyden edistämiseksi. 2. uudistettu painos. Helsinki: Suomen Sydänliitto 2006.

Suomen Sydänliitto ry. Liikunta ja kolesterolit. Helsinki: Suomen Sydänliitto ry 2011a (luettu 19.1.2011). www.sydanliitto.fi/liikunta-ja-kolesteroli

Suomen Sydänliitto ry. Miten tupakointi vaikuttaa sydämeen ja verenkiertoon? Helsinki: Suomen Sydänliitto ry 2011b (luettu 19.1.2011). www.sydanliitto.fi/tupakointi

Suomen Sydänliitto ry. Kuolleisuus tilastollisessa pähkinänkuoressa. Helsinki: Suomen Sydänliitto ry 2011c (luettu 20.1.2011). www.sydanliitto.fi/kuolleisuus

Sydän- ja verisuonitautien ehkäisy käytännön lääkärintyössä: Yhteenveto. Eurooppalainen suositus. Suomen Lääkärilehti 2008;63(49, liite):1–51.

Tang J L, Armitage J M, Lancaster T, Silagy C A, Fowler G H, Neil H A. Systematic review of dietary intervention trials to lower blood total cholesterol in free-living subjects. BMJ 1998;316:1213–20.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Sydän- ja verisuonisairaudet. Helsinki: THL 2009 (päivitetty 3.1.2011). [www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/terveys_ ja_sairaudet/sydan_ ja_verisuonisairaudet](http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/terveys_ja_sairaudet/sydan_ ja_verisuonisairaudet)

Tilastokeskus. Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt. Helsinki: Tilastokeskus 2011 (päivitetty 16.12.2011). www.stat.fi/til/ksyyt/2010/ksyyt_2010_2011-12-16_tie_001_fi.html

Tikkanen M J. Ketkä todella hyötyvät lipidilääkityksestä? Suomen lääkäri-lehti 2004;59:4363-66.

Töyry J. Diabetes. EU: UNIPress 2007.

Töyry J. Sydän- ja verisuonisairaudet. EU: UNIPress 2008.

Uhari M. Sydän- ja verisuonitautipotilaiden kolesterolin lääkehoito statiineilla Kuinka tehokkaita statiinit ovat? Suomen Lääkärilehti 2006;61:3209–12.

Vartiainen E, Laatikainen T, Peltonen M, Salomaa V. Verisuonisairauksien riskiarvio riippuu menetelmästä: vertailussa FINRISKI, SCORE ja Framingham. Suomen Lääkärilehti 2010b;65:2079–82.

Vartiainen E, Laatikainen T, Peltonen M *ym.* Thirty-five-year trends in cardiovascular risk factors in Finland. International Journal of Epidemiology 2010a;39:504–18.

Viikari J, Kovanen P. Valtimotaudin kokonaisriskin arviointi ja potilaan motivoiminen hoitoon. Suomen Lääkärilehti 2009;64:4449–54.

Vuorma S, Keskinen S, Koponen P, Lehtonen O-P, Koskinen S, Aromaa A. Kohtaavaatko hoitokäytäntö ja suositus? Väestötutkimus pitkäaikaissairauksien hoidosta. Suomen lääkärilehti 2007;62(44):4125–30.

Willerson J T, Ridker P M. Inflammation as a cardiovascular risk factor. Circulation 2004;109(supplement II):II-2 – 10.

LIITTEET

Liite 1. Tutkimuksessa käytetty kyselylomake. Liitteenä olevan kyselylomakkeen kysymysohjon fonttikokoa on pienennetty, koska siinä esitetään jokaisen vastausvaihtoehdon jälkeen vastanneiden lukumäärä (n) ja prosenttiosuus (%) tai keskiarvo (Ka), keskihajonta (SD) ja vaihteluväli (R).

Hyvä vastaanottaja!

Itä-Suomen yliopiston kansanterveystieteen yksikössä Kuopiossa tehdään tutkimusta, jonka tavoitteena on selvittää kolesterolilääkkeiden (statiinien) määräämiskäytäntöjä. Aiheesta tiedetään toistaiseksi vähän.

Tähän tutkimukseen on pyydetty osallistumaan kaikkia niitä tässä apteekissa asioivia, jotka tulevat kesä-elokuussa 2011 noutamaan heille määrättyjä kolesterolilääkkeitä (statiineja). Kun jatkossa puhutaan kolesterolilääkkeistä, tarkoitetaan sillä tässä tutkimuksessa nimenomaan statiineja.

Oheisessa kyselylomakkeessa Teitä pyydetään muistelemaan **sitä lääkärin vastaanottoa, jolloin Teille määrättiin kolesterolilääkkeet ensimmäisen kerran**. Kyselylomakkeen täyttämiseen kuluu aikaa noin 10 minuuttia.

Täytetty kyselylomake pyydetään palauttamaan oheisessa kuoressa, jonka postimaksu on maksettu, mahdollisimman pian lomakkeen saatuanne. Kyselylomakkeeseen ei sisälly tunnistetietoja, joten henkilöllisyytenne ei paljastu tutkimuksen missään vaiheessa.

Jokainen vastaus on tutkimuksen kannalta tärkeä. Vastaamalla lomakkeen kysymyksiin annatte arvokasta tietoa terveydenhuoltomme kehittämiseksi. Parhaat kiitokset osallistumisestanne.

Kuopiossa kesällä 2011

Piela Litmanen

Tutkija

Itä-Suomen yliopisto,

Kansanterveystieteen yksikkö

Halutessanne voitte ottaa yhteyttä tutkijaan:

Piela Litmanen, puh. 040-5764266

KYSYMYKSET

Jos toisin ei mainita, valitkaa kustakin kysymyksestä vain yksi vastausvaihtoehto ja rengastakaa se.

1. Sukupuoli

- 1 mies (n 57, 62 %)
- 2 nainen (n 35, 38 %)

2. Ikä _____ vuotta (Ka 61, SD 9, R 41)

3. Kuinka monta vuotta yhteensä olette käynyt koulua ja opiskellut elämänne aikana?

_____ vuotta (Ka 13, SD 4, R 21)

4. Kuinka kauan olette käyttänyt kolesterolilääkkeitä?

- 1 alle vuoden (n 9, 10 %)
- 2 1-3 vuotta (n 23, 25 %)
- 3 4-10 vuotta (n 39, 42 %)
- 4 yli 10 vuotta (n 22, 24 %)

5. Kokeiltiinko kohdallanne lääkkeitömiä (esim. ruokavalio-) hoitoja ennen kolesterolilääkkeiden määräämistä?

- 1 kyllä (n 43, 46 %)
- 2 ei (n 45, 48 %)
- 3 en muista (n 5, 5 %)

6. Kuinka monta kertaa kolesteroliarvonne mitattiin ennen kolesterolilääkkeiden määräämistä?

OHJE: Jos ette muista tarkkaan, arvio riittää.

_____ kertaa (Ka 4, SD 4, R 20)

7. Kun Teille määrättiin kolesterolilääkkeet, oliko kokonaiskolesterolinne yli 5 mmol/l?

- 1 kyllä (n 84, 90 %)
- 2 ei (n 2, 2 %)
- 3 en muista (n 7, 8 %)

8. Millä perusteella Teille määrättiin kolesterolilääkkeet?

- 1 pelkästään kohonneen kolesterolin (n 34, 37 %) perusteella
- 2 pelkästään korkean valtimotautien (n 6, 6 %) kokonaisriskin perusteella
- 3 sekä kohonneen kolesterolin että korkean valtimotautien kokonaisriskin perusteella (n 48, 52 %)
- 4 en osaa sanoa (n 4, 4 %)

9. Mistä seuraavista asioista lääkäri oli keskustellut kanssanne tai kysynyt Teiltä, ennen kuin hän määräsi Teille kolesterolilääkkeet?

OHJE: Rengastakaa kaikki tilanteeseenne sopivat vaihtoehdot.

- 1 ikänne (n 44, 47 %)
- 2 sukupuolenne (n 25, 27 %)
- 3 tupakointinne (n 44, 47 %)
- 4 verenpaineen (n 64, 69 %)
- 5 kokonaiskolesterolipitoisuutenne (n 78, 84 %)
- 6 LDL-kolesterolipitoisuutenne (n 51, 55 %)
- 7 triglyseridipitoisuutenne (n 34, 37 %)
- 8 HDL-kolesterolipitoisuutenne (n 47, 51 %)
- 9 painonne (n 53, 57 %)
- 10 liikuntatottumuksenne (n 43, 46 %)
- 11 Teillä todettu valtimotauti (n 13, 14 %)
- 12 Teillä todettu sokeritauti (diabetes) (n 13, 14 %)
- 13 Teillä todettu metabolinen oireyhtymä (n 12, 13 %)
- 14 Teillä todettu perinnöllinen dyslipidemia (familiaalinen hyperkolesterolemia, tyyppin 3 hyperlipidemia tai familiaalinen kombinoitunut hyperlipidemia) (n 5, 5 %)
- 15 lähisukulaisellanne nuorella iällä (mies alle 55 vuotta, nainen alle 65 vuotta) todettu valtimotauti (n 40, 43 %)

10. Mitä sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä Teillä oli lääkärin määrätessä kolesterolilääkkeet?

OHJE: Rengastakaa kaikki tilanteeseenne sopivat vaihtoehdot.

- 1 korkea ikä (n 5, 5 %)
- 2 miessukupuoli (n 22, 24 %)
- 3 tupakointi (n 14, 15 %)
- 4 kohonnut verenpaine (n 46, 50 %)
- 5 seerumin suuri kokonaiskolesterolipitoisuus (n 54, 58 %)
- 6 seerumin suuri LDL-kolesterolipitoisuus (n 38, 41 %)
- 7 seerumin suuri triglyseridipitoisuus (n 22, 24 %)
- 8 seerumin pieni HDL-kolesterolipitoisuus (n 20, 22 %)
- 9 liikapaino (n 28, 30 %)
- 10 vähäinen liikunnan harrastaminen (n 13, 14 %)
- 11 valtimotauti (n 15, 16 %)
- 12 sokeritauti (diabetes) (n 10, 11 %)
- 13 metabolinen oireyhtymä (n 10, 11 %)
- 14 perinnöllinen dyslipidemia (familiaalinen hyperkolesterolemia, tyyppin 3 hyperlipidemia tai familiaalinen kombinoitunut hyperlipidemia) (n 6, 6 %)
- 15 lähisukulaisella nuorella iällä (mies alle 55 vuotta, nainen alle 65 vuotta) todettu valtimotauti (n 37, 40 %)

11. Tarkasteliko lääkäri kanssanne oheista SCORE-taulukkoa (katso taulukko lomakkeen lopusta) tai jotain muuta valtimotautien kokonaisriskin arviointivälinettä?

- 1 kyllä, SCOREA (n 6, 7 %)
- 2 kyllä, jotain muuta (n 7, 8 %)
- 3 ei tarkastellut (n 56, 62 %)
- 4 en muista (n 22, 24 %)

12. Toiko lääkäri esille, mitkä tekijät Teidän tilanteessanne saivat hänet suosittelemaan kolesterolilääkityksen aloittamista (tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi korkea ikä, miessukupuoli, kohonnut verenpaine, tupakointi, valtimotauti, diabetes tai lähisukulaisten sairastamat valtimotaudit)?

- 1 kyllä (n 73, 81 %)
- 2 ei (n 9, 10 %)
- 3 en muista (n 8, 9 %)

13. Toiko lääkäri esille, minkälaisilla ihmisillä on suuri riski sairastua sydän- ja verisuonitauteihin?

- 1 kyllä (n 69, 74 %)
- 2 ei (n 15, 16 %)
- 3 en muista (n 9, 10 %)

14. Oliko lääkäri sitä mieltä, että Te olette suuressa vaarassa sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin?

- 1 kyllä (n 50, 56 %)
- 2 ei (n 22, 24 %)
- 3 en muista (n 18, 20 %)

15. Kertoiko lääkäri Teille, että kohonnut kolesterol ei automaattisesti tarkoita sitä, että henkilö tarvitsee kolesterolilääkkeet?

- 1 kyllä (n 32, 36 %)
- 2 ei (n 34, 38 %)
- 3 en muista (n 23, 26 %)

16. Kertoiko lääkäri Teille, minkälaisia kolesteroliarvoja kolesterolihoidolla Teidän kohdallanne tavoitellaan?

- 1 kyllä (n 75, 82 %)
- 2 ei (n 10, 11 %)
- 3 en muista (n 7, 8 %)

17. Jos Teillä oli kolesterolilääkkeiden määräämisen yhteydessä korkean kolesterolin lisäksi muita valtimotautien riskitekijöitä, keskusteliko lääkäri kanssanne myös niiden hoidosta?

- 1 korkea kolesterol oli ainoa valtimotautien riskitekijäni (n 26, 28 %)
- 2 kyllä keskusteli (n 44, 47 %)
- 3 ei keskustellut (n 12, 13 %)
- 4 en muista (11, 12 %)

18. Jos Teillä oli kolesterolilääkkeiden määräämisen aikaan korkea verenpaine, asettiko lääkäri verenpainetasoillesse tavoitearvot?

- 1 kyllä (n 39, 42 %)
- 2 ei (n 10, 11 %)
- 3 en muista (n 6, 6 %)
- 4 verenpaineeni ei ollut koholla (n 38, 41 %)

19. Jos Teillä oli kolesterolilääkkeiden määräämisen aikaan sokeritauti (diabetes), asettiko lääkäri veren sokeripitoisuuksillesse tavoitearvot?

- 1 kyllä (n 9, 10 %)
- 2 ei (n 6, 7 %)
- 3 en muista (n 2, 2 %)
- 4 minulla ei ollut diabetesta (n 72, 81 %)

20. Minkälainen käsitys Teillä on siitä, miksi lääkäri suosittelee kolesterolilääkkeiden käytön aloittamista kohdallanne?

- 1 erittäin selkeä (n 38, 41 %)
- 2 jokseenkin selkeä (n 49, 53 %)
- 3 ei selkeä eikä epäselvä (n 2, 2 %)
- 4 jokseenkin epäselvä (n 4, 4 %)
- 5 erittäin epäselvä (n 0, 0 %)

21. Miten lääkäri mielestänne perusteli kolesterolilääkityksen aloittamisen tarpeellisuutta kohdallanne?

- 1 erittäin hyvin (n 41, 44 %)
- 2 jokseenkin hyvin (n 39, 42 %)
- 3 ei hyvin eikä huonosti (n 11, 12 %)
- 4 jokseenkin huonosti (n 1, 1 %)
- 5 erittäin huonosti (n 1, 1 %)

22. Kertoiko lääkäri Teille, minkälaisia haittavaikutuksia kolesterolilääkkeet voivat aiheuttaa?

- 1 kyllä (n 33, 36 %)
- 2 ei (n 50, 54 %)
- 3 en muista (n 10, 11 %)

23. Jos Teillä oli kolesterolilääkkeiden määräämisen aikaan käytössänne muita lääkkeitä, kertoiko lääkäri Teille, minkälaisia haittavaikutuksia kolesterolilääkkeet voivat aiheuttaa, kun niitä käytetään samaan aikaan muiden lääkkeiden kanssa?

- 1 käytössäni ei ollut muita lääkkeitä (n 25, 27 %)
- 2 kyllä (n 19, 20 %)
- 3 ei (n 36, 39 %)
- 4 en muista (n 13, 14 %)

24. Kuinka lääkäri otti Teidän oman mielipiteenne huomioon kolesterolilääkityksen aloittamisesta?

- 1 erittäin hyvin (n 26, 30 %)
- 2 jokseenkin hyvin (n 25, 28 %)
- 3 ei hyvin eikä huonosti (n 29, 33 %)
- 4 jokseenkin huonosti (n 5, 6 %)
- 5 erittäin huonosti (n 3, 3 %)

25. Kuka viime kädessä päätti kolesterolilääkityksen aloittamisesta?

- 1 minä itse (n 14, 15 %)
- 2 lääkäri (n 45, 49 %)
- 3 minä ja lääkäri yhdessä (n 33, 36 %)

26. Keskustelitteko lääkärin kanssa kolesterolilääkitystä aloitettaessa siitä, että myös terveellisiä elämäntapoja on noudatettava kolesterolilääkkeistä huolimatta?

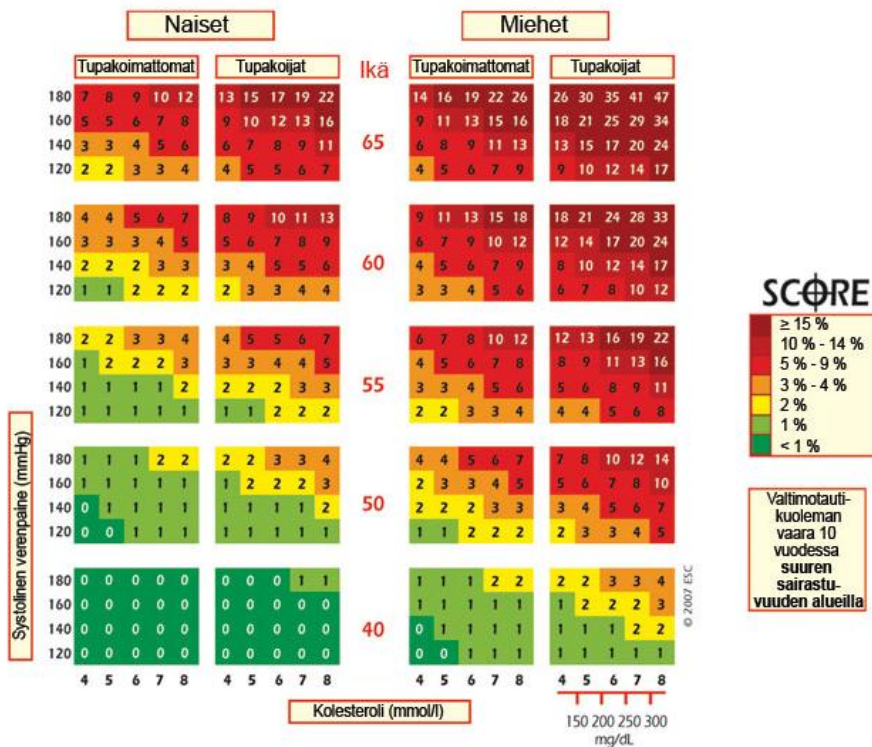
- 1 kyllä (n 78, 84 %)
- 2 ei (n 10, 11 %)
- 3 en muista (n 5, 5 %)

27. Oletteko saanut lääkäriltä kirjallisia ohjeita terveellisiin elämäntapoihin liittyen?

- 1 olen (n 54, 58 %)
- 2 en ole (n 33, 36 %)
- 3 en muista (n 6, 6 %)

Kiitos tutkimukseen osallistumisesta!

SCORE-taulukko



Julkaistaan European Society of Cardiology ja Suomen Lääkärilehden luvalla.
© 2007 European Society of Cardiology

