



**Maailma
Terviseorganisatsioon**

Euroopa Regionaalbüroo

Kõrge vererõhk – WHO Euroopa regiooni riikide kogemused ja tõhusad sekkumismeetmed

CONTROL YOUR BLOOD PRESSURE

CUT YOUR RISK OF HEART ATTACK AND STROKE

World Health Day 2013



Märksõnad

Vererõhk
Kroonilised haigused ja nende ärahoidmine
Tervisepoliitika
Tervisedendus
Kõrgvererõhktõbi
Riskitegurid

Trükiste taotlused palume saata Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroole postiaadressil:

Publications

WHO Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Teise võimalusena palume täita dokumenteerimise, tervise teabe, tsiteerimise või tõlkimise loa taotluse internetis, Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroo veebisaidil (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© Maailma Terviseorganisatsioon 2013

Kõik õigused kaitstud. Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroo võtab vastu taotlusi oma trükiste osalise või täieliku reprodutseerimise või tõlkimise loa saamiseks.

Väljaandes kasutatud nimed ja materjali esitusviis ei väljenda Maailma Terviseorganisatsiooni seisukohti ühegi riigi, territooriumi, linna, piirkonna või selle asutuste õigusliku seisundi või riigipiiri või muude piiride kindlaksmääramise küsimustes. Punktiirjooned kaartidel tähistavad ligikaudseid piire, mille suhtes ei tarvitse veel olla täielikku kokkulepet.

Konkreetsete äriühingute või teatavate tootjate toodete mainimine ei tähenda, et Maailma Terviseorganisatsioon toetab või soovib vastavaid tooteid, eelistades neid teistele samalaadsetele toodetele. Kaitstud kaubamärgid kirjutatakse suure algustähega, kui ei ole tegemist vea või ärajätmisega.

Maailma Terviseorganisatsioon on rakendanud kõiki põhjendatud ettevaatusabinõusid, et kontrollida käesolevas väljaandes avaldatud informatsiooni. Avaldatud materjali levitatakse siiski ilma mingi sõnaselge või enesestmõistetava garantiita. Materjali tõlgendamise ja kasutamise eest vastutab lugeja. Maailma Terviseorganisatsioon ei vastuta mingil juhul trükise kasutamisest tuleneva kahju eest. Autorite, toimetajate või ekspertide seisukohad ei pruugi alati väljendada Maailma Terviseorganisatsiooni otsuseid või ametlikku poliitikat.

Sisukord

| | |
|--|----|
| Kokkuvõte | 1 |
| 1.0 Taust | 3 |
| 2.0 Kõrge vererõhu ennetamise eesmärgid ja tegevuskava | 3 |
| 3.0 Kõrge vererõhu põhjused ja nende kõrvaldamine | 5 |
| 3.1 Sool ja vererõhk | 5 |
| 3.2 Rasva ja suhkru tarbimine ning vererõhk..... | 7 |
| 3.3 Suitsetamine, tubaka tarbimine ja vererõhk..... | 9 |
| 3.4 Alkohol ja vererõhk | 11 |
| 3.5 Kardiometaboolse riski hindamine ja juhtimine ning vererõhk..... | 13 |
| 3.6 Füüsilise aktiivsuse edendamine ja vererõhk..... | 14 |
| 3.7 Üleüldine tervisedendus ja kõrge vererõhk | 15 |
| 4.0 Järeldused | 17 |
| Kasutatud kirjandus..... | 18 |

Kokkuvõte

Kõrge vererõhk mõjutab tugevalt rahva tervist, sest see on raskete südame-veresoonkonna haiguste oluline riskitegur. Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) Euroopa regioonis on need küsimused eriti olulised, sest kõrgest vererõhust põhjustatud haiguste levimuse ja nendesse esmahaigestumuse suurenemist tõendavad nii haigestumuse kui ka suremuse näitajad. Siiski leidub häid näiteid selle kohta, kuidas liikmesriigid on rakendanud meetmeid ning edukalt parandanud rahva tervist ja vähendanud kõrge vererõhu esinemist. Poliitikakujundate jaoks on allpool kokku võetud edukate meetmete peamised tunnused.

1. Töötada välja poliitika, mis tugineb järgmisele kolmele alustalale:
 - seiresüsteem, mis võimaldab jälgida elanikkonna soolatarbimist, mida seostatakse mittenakkushaigustega;
 - toodete ümberkujundamise strateegia, millele tuginevad läbirääkimised ja arutelud, et kehtestada soola kasutamise sihttasemed toiduainetööstusele, jaemüügi- ja toitlustussektorile ning võimaldada sidusrühmade ja valitsuse koostööd; ning
 - elanikkonna suurem teadlikkus: haridustöö peab olema läbi mõeldud, nii et lihtsad, väheefektivesed kampaaniad arenevad laiaulatuslikeks ja tõhusateks käitumist muutvateks lähenemisviisideks, mis põhinevad esmatasandi arstiabil.
2. Panna tähele, et väikesed muudatused menüüs mõjutavad tervist väga suurel määral. Poliitikat tuleks kasutada transrasvadest vabanemiseks, püüdes sundida tööstust tooteid ümber kujundama nii, et kõrvaldatakse transrasvad, suurendamata seejuures küllastunud rasvade koguseid. Sellised muudatused kombineeritult soola tarbimise vähendamisega võivad väga tugevalt mõjutada vererõhuga seotud haigusjuhtude arvu ja suremust.
3. Mõista, et tubakatoodete suurem maksustamine koos samaaegsete ja alternatiivsete meetmete rakendamisega on kõige tulemuslikum viis elanikkonna tubakatarbimise vähendamiseks. Lisaks soovitatakse tungivalt järgida WHO tubaka tarbimise leviku vähendamise raamkonventsiooni sätteid. Raamkonventsioon näitab, et terviseohu hoiatuste kasutamine tubakatoodete pakenditel (nii teksti kui ka piltidena) on üks kulutõhusamaid meetmeid, mida on võimalik rakendada üldsuse teadlikkuse suurendamiseks ja tubaka tarbimise vähendamiseks. (1) Lisaks tuleks keelata tubakatoodete tarbimine avalikes kohtades. Reklaami tuleks piirata või see koguni keelustada.
4. Poliitikakujundajad peaksid rakendama kõige kasulikumaid lahendusi kolmes valdkonnas, mille puhul on tõestatud soosiv mõju alkoholi tarbimisele: turundus (reklaam), kättesaadavus (jaemüük) ja parimad hinnad (maksustamine). Lisaks peaks meetmeid suunama noortele, et parandada tulevikus elustiiliga seotud harjumusi.
5. Hinnata kohalikus tervishoiusüsteemis kasutusel olevat vererõhu sõeluuringute ja ennetusmeetmete mudelit. Kui iga arstlik läbivaatus hõlmab lihtsaid sõeluuringumeetodeid, on võimalik probleemid varakult kindlaks teha ja nendega tegelda, et vältida hilisemas elus kõrge vererõhu kujunemist.
6. Mõista raamidevaba mõtlemise väärtust leidlike lahenduste kasutuselevõtmisel inimeste liikuvuse edendamiseks ja transpordiliikide osatähtsuse muutmiseks.

7. Muuta vaba valikuga süsteeme, et soodustada tervislikumaid valikuid – poliitikakujundajad võivad hinnata olemasolevaid programme ja poliitikameetmeid ning teha muudatusi seal, kus esimene valik langeb negatiivsetele käitumismudelitele. Poliitikat võib kujundada või muuta nii, et see toetaks asjaomaseid sidusrühmi üleminekul tervislikke valikuid soosivale või reguleerivale süsteemile.

8. Käivitada oskuslikult suunatud teabekampaaniaid, mis:

- pakuvad kogu elanikkonnale teavet riskitegurite kohta;
- võimaldavad poliitikutel teabe põhjal kujundada tõhusat poliitikat;
- hõlbustavad poliitikas tehtavate muudatuste vastuvõttu elanikkonna poolt käitumise ja sotsiaalse keskkonna muutuste tasandil.

Paljud neist meetmetest on kulutõhusad ja rakendatavad kõikjal Euroopas, kuid on siiski oluline, et iga riik ja otsustajad mõistaks kohalikke vajadusi ja leiaks sobivad lahendused. Loetletud meetmed peaksid olema lähtepunktiks ja inspiratsiooniallikaks, mis võimaldab poliitikakujundajatel mõista, et kõrge vererõhu ja südamehaiguste ennetamine on võimalik rea konkreetsete meetmete abil. Kõrge vererõhuga ja üldisemalt mittenakkushaigustega seonduva haigestumuse ja suremuse määra mõjutamine vajab poliitilise juhtkonna tugevat kätt. (2)

Käesolevas taustmaterjalis kirjeldatakse kõrge vererõhuga seonduvaid tegureid, selgitatakse riskitegurite ja kõrge vererõhu seoseid, antakse ülevaade WHO Euroopa regioonis valitsevast olukorrast ja tuuakse näiteid Euroopa riikide edukatest ja toimivatest meetmetest nende probleemide lahendamiseks. Väljaanne näitab, et lihtsad, kuid hästi suunatud ja kulutõhusad meetmed võivad oluliselt kaasa aidata kõrge vererõhu ja selle põhjustatavate haiguste ennetamisele ja vähendamisele.

1.0 Taust

On hästi teada, et kõrge vererõhk põhjustab kõrgvererõhktõbe, mis on kogu maailmas oluline üldist suremust mõjutav tegur. Kõrge vererõhk tekitab veresoontes muutusi, mis suurendavad insuldi, isheemiatõve, neerupuudulikkuse ja teiste haiguste riski. WHO andmetel põhjustas kõrge vererõhk 2009. aastal kogu maailmas 13% surmajuhtudest, mis tegi sellest esmatähtsa rahvatervise valdkonna nii arenevates kui ka arenenud riikides. (3)

Vastavalt Euroopa mittenakkushaiguste ennetamise strateegia tegevuskavale aastateks 2012–2016 põhjustavad mittenakkushaigused WHO Euroopa regioonis 86% kõigist surmajuhtudest ja 77% tervisekaotusest. See on eriti oluline vananevas ühiskonnas, kus surma ja terviseprobleemide põhjuste seas on esikohal mittenakkuslikud, s.t eelkõige kõrgest vererõhust tingitud haigused. (4) Südame-veresoonkonna haigused põhjustasid 2008. aastal kogu maailmas 48% kõikidest mittenakkushaigustega seotud surmajuhtudest. (5) WHO poliitikaamistikus „Tervis 2020“ on prioriteediks seatud võidelda Euroopa regiooni peamiste haigestumispõhjustega. Seega kuulub prioriteetide hulka ka kõrge vererõhu levimuse vähendamine. (6)

Kõrge vererõhk on Euroopas eriti suur probleem, sest selle levimus on siin 60% suurem kui USAs ja Kanadas, mis on kaks kõige suuremat arenenud riiki väljaspool Euroopat. (7) Euroopas põhjustab see otseselt umbes veerandi kõikidest südameinfarktides. Südame-veresoonkonna haiguste rasked vormid põhjustavad Euroopa regioonis aastas hinnanguliselt 42% kõigist surmajuhtudest. (8)

2.0 Kõrge vererõhu ennetamise eesmärgid ja tegevuskava

Euroopa mittenakkushaiguste ennetamise strateegia rakenduskavas aastateks 2012–2016 on kirjas, et kõrgvererõhktõbi suurendab tervishoiusüsteemide koormust, piirates majandusarengut ja halvendades paljude eurooplaste, eriti vanemaealise elanikkonna tervist. (4) Kõrge vererõhk on ennetatav ja sellel on otsene seos eluviisiga, nagu ebatervislik toitumine, vähene füüsiline aktiivsus ning tubakatoodete ja alkoholi tarbimine. Need käitumuslikud riskitegurid põhjustavad ligikaudu 80% rasketest südamehaigustest. (9)

WHO Euroopa regioonis on kindlaks määratud neli eelisvaldkonda, kus meetmete võtmine oleks kõrge vererõhu probleemi vähendamiseks kõige tulemuslikum: (4)

- soola tarbimise vähendamine;
- tervisliku tarbimise edendamine seoses alkoholi ja tubakatoodete ning palju küllastunud rasvu, transrasvu, soola ja suhkrut sisaldavate toodetega;
- transrasvade kõrvaldamine toiduainetest;
- kardiometaboolsete riskide hindamine ja vähendamine.

Tegevuskavas ettenähtud meetmeid toetavad teisesed eesmärgid: (4)

- aktiivse liikumise edendamine;
- üldine tervise edendamine.

ÜRO hiljutises aruandes mittenakkushaiguste ennetamise ja kontrolli kohta on leitud, et südame-veresoonkonna haigused põhjustavad suurima osa (39%) mittenakkushaigustega seotud

surmajuhtudest alla 70-aastaste inimeste hulgas. Nii madala kui ka keskmise sissetulekuga riikides soovitati rakendada südame-veresoonkonna haiguste ennetamist ja ravi käsitlevaid meetmeid. Aruandes toodi esile südame-veresoonkonna haigustega seotud surmajuhtude arvu eksponentsiaalset kasvu, millega ilmselt kaasneb enneaegne südameinfarkt ja insult tööealistel inimestel. (10)

Aruandes on pakutud välja rida tegevusi, mis on kooskõlas kõrge vererõhu levimuse vähendamiseks vajalike meetmetega. Nn eriti soodsad lahendused on äärmiselt kulutõhusad, kultuuriliselt vastuvõetavad, hõlpsalt rakendatavad ning hõlmavad järgmisi: (10)

- suitsuvabad töökohad ja avalikud kohad;
- hoiatused tubakaga seotud ohtude kohta;
- tubakatoodete reklaami, propageerimise ja sponsorluse laialdased keelud;
- tubakatoodete ja alkoholi aktsiisimaksude tõstmine;
- jaemüügis müüdava alkoholi kättesaadavuse piiramine;
- alkoholireklaami keeldude jõustamine;
- pakendatud ja valmistoidu ning jookide soola- ja suhkrusisalduse vähendamine;
- toidus transrasvade asendamine küllastamata rasvadega;
- avalikkuse teavitamine toitumise ja füüsilise aktiivsuse küsimustest tervisekasvatuse ja tarbijainfo abil (k.a massiteabevahendid).

Meetmeid, mida peetakse tulemuslikuks, kuid pisut vähem kulutõhusaks, nimetatakse soodsateks lahendusteks: (10)

- nikotiinisõltuvuse ravi;
- joobes autojuhtimist käsitlevate õigusaktide jõustamine;
- imetamise ja lisatoidu andmise sobiva vahekorra teadvustamine;
- suure soola-, rasva- ja suhkrusisaldusega toitude ja jookide turustamise piirangud, eriti laste puhul;
- toidumaksude ja subsiidiumide kehtestamine tervisliku toitumise edendamiseks.

Soola, suhkrut, küllastunud rasvade, alkoholi ja tubakatoodete tarbimisel on seos kaalutõusu, rasvumise ja südamehaigustega. Tervisliku tarbimise edendamise, toidu koostise ja tootmise parandamise ning ebatervislike toodete turustamisstrateegiatega tehtava tööga saab otseselt võidelda kõrge vererõhuga seotud haiguste suure levimusega WHO Euroopa regioonis. (4)

Aruanne tutvustab tõhusaid meetmeid võitluseks kõrge vererõhuga. Selles kirjeldatakse kitsaskohti ning meetmeid, mida liikmesriigid on edukalt kasutanud kõrge vererõhuga seotud rahvaterviseprobleemi lahendamisel.

3.0 Kõrge vererõhu põhjused ja nende kõrvaldamine

3.1 Sool ja vererõhk

Uuringud näitavad soola pideva liigtarbimise põhjuslikku seost kõrge vererõhu ja kõrgvererõhktõve tekkega. See tuleneb neerude vähenenud võimest soola väljutada ning mõjust veresoontele. (11) Selline seos selgitab, miks soola tarbimine mõjutab südame-veresoonkonna haiguste, kõrge vererõhu ja kõrgvererõhktõve levimust. Ühe uurimuse kohaselt võiks soola tarbimise vähendamine 12 grammilt 9 grammini päevas vähendada ühiskonnas ajuinsulte 22% ja südameinfarkte 16%. (12) See seos suureneb vanusega ja kõrgemate vererõhunäitude korral – mida vanem on isik või mida kõrgem on tema vererõhk, seda tugevam on soola tarbimise negatiivne mõju tema vererõhule. (12)

Euroopas moodustab 70–75% tarbitavast soolast töödeldud toiduainetes või teistes toiduainetetööstuse toodetes varjatud kujul leiduv sool, mille koguse üle puudub tarbijal kontroll. Ülejäänud 25–30% lisavad inimesed söögilauas. (13) Sellest 25%st „söögilauas” lisatavast soolast moodustab CDC (Centers for Disease Control and Prevention – Haiguste Kontrolli ja Ennetamise Keskus) andmetel 12% toiduainetes looduslikult sisalduv sool, 5% lisatakse toiduvalmistamise käigus ja 6% söömise ajal (tegelikult söögilauas). (14) Kuigi soola liigtarbimine on ülemaailmne probleem, puudutab see iseäranis WHO Euroopa regiooni, kus toidus on tavaliselt palju soola, suhkrut, lipiide, küllastunud rasvhappeid ja kolesterooli, sest süüakse sellist toitu nagu kauasäiliv

Ühendkuningriik

Ajalugu ja eesmärgid: 1996. aastast alates on Ühendkuningriigi eksperdirühm veennud toiduainete tootjaid ja tarnijaid vähendama vähehaaval toiduainete soolasisaldust ning teavitama ühiskonda soola liigtarbimisega seotud ohtudest. (16)

Vahendid ja tulemused: Sellele algatusele tugineb 2011. aastal käivitatud rahvatervise vastutuse lepe (*Public Health Responsibility Deal*). Leppes on kindlaks määratud soolasisalduse sihttasemed 80 toiduainerühma jaoks. Valitsus korraldab elanikkonna soolatarbimise pideva seire raames ka ööpäevaringseid uriiniuuringuid. (17) Lisaks on Ühendkuningriigi toiduohutusamet (Food Standards Agency) kehtestanud vabatahtliku foorivärvide süsteemi pakendatud toiduainete rasva-, suhkru- ja soolasisalduse märgistamiseks (roheline = hea, kollane = rahuldav, punane = halb). Seda vabatahtlikku märgistust kannab koguni 75% pakendatud toiduainetest. (18) Soolatarbimise vähendamise algatuste mõjul on soola tarbimine Ühendkuningriigis vähenenud 9,5 grammilt päevas (2001) 8,6 grammini päevas (2008) ning tarbijate teadlikkus ööpäevase soolatarbimise soovitustest on tõusnud kümme korda. (19)

liha, leib ja juust. (15)

Soola tarbimist alla 5 grammi päevas inimese kohta (teelusikatäis soola, 2000 mg naatriumi) on seostatud südame-veresoonkonna haiguste ja ajuinsuldi pikaajalise riski vähenemisega. Süstemaatilises ülevaates leiti, et pidevalt tarbitava ööpäevase soolakoguse 5 grammi erinevus seostub 23% erinevusega ajuinsultide sageduses ja 17% erinevusega südame-veresoonkonna haiguste sageduses üldiselt. (20) Tõestatud tugev seos tarbitava soolakoguse ja kõrge vererõhu vahel on aluseks kulutõhusatele ja taskukohastele rahvatervise meetmetele. (4)

WHO Euroopa regiooni toidu- ja toitumispoliitika tegevuskava aastateks 2007–2012 hõlmab tavalisemate toiduainete soolasisalduse vähendamise edendamist ja tervislikumate valikuvariantide kättesaadavuse suurendamist. (13)

Soome

Ajalugu ja eesmärgid: 1970. aastatel alustas Soome kuulsaks saanud Põhja-Karjala projekti. Selles keskenduti üldsuse osaluse, teadlikkuse, võimekuse ja tervise eest vastutuse võtmise parandamisele Põhja-Karjala maapiirkondades. (21)

Vahendid: Programmi kulutõhususe huvides kasutati muutuste käivitamiseks olemasolevaid võimalusi: meetmeid töökohtadel, teleprogramme (1980. aastatel), trükireklaami, koostööd toiduainete tootjatega ja kaubanduskeskustega, tubakavastaseid poliitikameetmeid ja kampaaniaid, ühiskonna liidrite abi sõnumi levitamisel ning arstide koolitamist vererõhu seire ja patsientide teadlikkuse parandamiseks. (21) Oluline on tähele panna, et programmi käivitamine, elluviimine ja edusammud osutusid võimalikuks madala sissetulekuga maapiirkondades.

Tulemused: Programmi tulemusena võeti vastu 1992. aasta seadus. Selles on sätestatud supside, kastmete ja soolatud toiduainete maksimaalne soolasisaldus. Määratletud on ka väike ja suur soolasisaldus ning kehtestatud nõue tähistada suure soolasisaldusega toodete pakendid sõnadega „suure soolasisaldusega”. (22) Seaduse abil on edukalt saavutatud toiduainetööstuse osalemine riiklikes tervisealgatustes. Praeguseks on selge, et projektiga saavutati meeste tubakatarbimise 12–20% vähenemine (olenevalt elukohast) ning vererõhu alanemine meestel 8,1% ja naistel 13,9%. (21)

Poliitikakujundajatel tuleks töötada välja poliitika, mis tugineb kolmele alustalale: 1) luua seiresüsteem, mis võimaldab jälgida elanikkonna soolatarbimist, mida seostatakse mittenakkushaigustega; 2) kehtestada toodete ümberkujundamise strateegia, millele tuginevad läbirääkimised ja arutelud, et kehtestada soolakoguste sihttasemed toiduainete tootjatele ja töötlejatele ning võimaldada tööstusharu ja valitsuse koostööd; ja 3) suurendada elanikkonna teadlikkust: haridustöö peab olema läbi mõeldud, nii et lihtsad, väheefektiivsed kampaaniad arenevad laiaulatuslikeks ja tõhusateks käitumist muutvateks lähenemisviisideks, mis põhinevad esmatasandi arstiabil.

3.2 Rasva ja suhkru tarbimine ning vererõhk

Transrasvhapete tarbimine soodustab otseselt südamehaiguste teket, tõstes halva kolesterooli (LDL ehk väikese tihedusega lipoproteiini) hulka ja vähendades hea kolesterooli (HDL ehk suure tihedusega lipoproteiini) hulka ning tekitab veresoonte seintes kahjustusi, mis võivad põhjustada põletikku, veresoonte ummistumist ja südameinfarkti. (4) Mitmes uurimuses on leitud, et küllastunud rasvade ja transrasvade suurem tarbimine seostub kõrgvererõhktõve ja südame isheemiatõve suurenenud riskiga. (23) (23)

Soome

Ajalugu ja eesmärgid: Transrasvade tarbimise vähendamiseks viis Soome edukalt ellu nn marjaprojekti, millega aidati piimakarjakasvatajatel hakata tegelema hoopis marjakasvatusega. Algatusega sooviti vähendada elanikkonna hulgas või ja rasvaste piimatoodete tarbimist ning suurendada puuviljade tarbimist, kahjustamata riigi piimakarjakasvatajate majanduslikku stabiilsust. (22) Lisaks mõisteti Soomes, et kohaliku südamesõbraliku toidurasvade alternatiivi puudumine mõjub halvasti uutele tervisealgatustele ning piirab uute tervisliku toitumise suuniste rakendamist. Üks peamisi probleeme oli või sage kasutamine toiduvalmistamisel ning kohalike tervislike õlidel põhinevate aseainete puudumine. (22)

Vahendid: Menüü rikastamist puuviljadega ja toiduvalmistamisel alternatiivsete toodete kasutamist propageeriti tervishoiu-, põllumajandus- ja kaubandusministeeriumi koostöö ning terviseasjatundjate ja -kampaaniate kaasabil. (22) Investeeriti uue rapsisordi aretamisse, mis peaks vastu põhjamaises kliimas ning millest saaks toota toiduvalmistamiseks sobivat ja südamesõbralikku, halva kolesterooli hulka vähendavat kohalikku rapsiõli. (22) Nii nagu Venemaa Föderatsioonis, kasutati ka Soomes toitumis- ja liikumisharjumuste muutmise ja tubakatoodetest loobumise ergutamiseks võistlusi. (22)

Tulemused: Soomes on suudetud elanike seas vähendada küllastunud rasvade tarbimist, muuta toiduvalmistamisviise ja suurendada puuviljade tarbimist. (22) Ühe kolesterooliga seotud võistluse tulemusena vähenes kogu küla elanike kolesteroolitase 1997. aastal 16%. (22)

ELis tervikuna tarbitakse aastas väga suur kogus rasva. Iga kodanik tarbib 1,5 kg võid aastas ehk 4 g päevas. (24) 2000. aastal teatasid ELi liikmesriigid, et igal aastal sureb südame isheemiatõve tõttu ligi 600 000 inimest ning ajuinsuldi tõttu ligi 400 000. (25)

Kreeka

Ajalugu ja eesmärgid: Kreekas on suurem südame-veresoonkonna haigustesse olnud ajalooliselt madal ning seda on seostatud Kreeka traditsioonilise toiduvalikuga. Viimastel aastakümnetel on kreeklaste toiduvaliku läänestumine toonud kaasa südameprobleemidest tingitud suremuse tõusu. 1999. aastal koostas tervishoiu- ja sotsiaalministeerium selle probleemi lahendamiseks ning ühiskonnas täisväärtusliku toiduvaliku propageerimiseks toitumissoovitused, mille aluseks on Vahemere dieet (palju juur- ja puuvilju ning oliiviõli). (26)

Vahendid: Riiklike toitumissuuniste näitlikustamiseks ja läänestumiseelse Kreeka toiduvaliku hõlpsaks propageerimiseks koostati kasutajasõbralik toidupüramiidi kujutav plakat. (27)

Tulemused: Südame isheemiatõbi on uurimuste kohaselt pöördvõrdelises seoses Kreeka traditsiooniliste põhitoiduainete tarbimisega. (28) (29) Kreeka traditsioonilise toiduvalikuga seotub hea ja halva kolesterooli parem suhe, suur kiudainete ja antioksidantide tarbimine ning hea kolesterooli kõrgem üldine tase – tegurid, mis aitavad kaasa vererõhu paremale tasemele ning kõrgvererõhktõve ja südame isheemiatõve riski vähenemisele. (29) Kuigi südame isheemiatõvega seotud surmajuhtude arv kasvas 1980. ja 1990. aastatel pidevalt (lääneliku toiduvaliku levimise mõjul) kuni riiklike toitumissoovituste rakendamiseni 1999. aastal, on suremus nüüdseks langenud (14 067 juhtu 2003. aastal langes 11 922 juhuni 2009. aastal). (30)

On leitud, et väikesed muudatused toitumises võivad märgatavalt mõjutada kolesteroolitaset ning seega ka vererõhku ja südamehaigustest põhjustatud surmajuhtude arvu. Toidus sisalduvatest küllastunud rasvadest 1% asendamine 0,5% monoküllastumata ja 0,5% polüküllastumata rasvadega võib kolesteroolitaset alandada 0,06 mmol/l. (25) Kui seda teeks kõik liikmesriikide elanikud, väheneks südame isheemiatõvest põhjustatud surmajuhtude arv peaaegu 10 000 võrra ja ajuinsuldist põhjustatud surmajuhtude arv peaaegu 3000 võrra. (25)

Poola

Ajalugu ja eesmärgid: 1990. aastatel hakkas Poola küllastunud rasvade tarbimise vähendamiseks muutma toiduainete riiklikku subsideerimist. (31)

Vahendid: Kaotati subsiidiumid küllastunud rasvadele, eelkõige loomsetele rasvadele. Peamiselt küllastumata rasvadest ja puuviljadest koosnevad toiduained muudeti paremini kättesaadavaks ja odavamaks. (31)

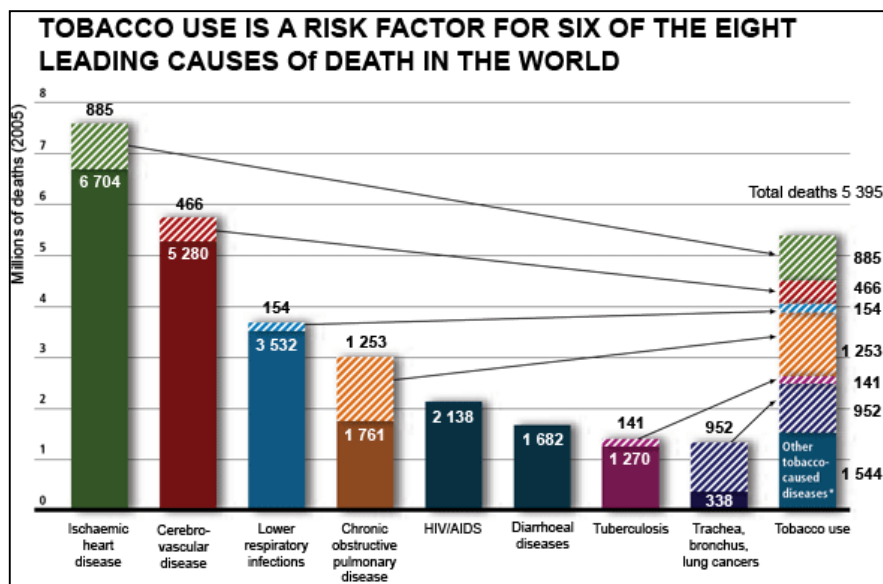
Tulemused: Aastatel 1990–2002 vähenes südame isheemiatõve sagedus meeste hulgas 38% ja naiste hulgas 42%. Sellist märkimisväärset langust seostatakse polüküllastumata rasvade tarbimise suurenemise, küllastunud rasvade tarbimise pideva vähenemise ja puuviljade tarbimise suurenemisega. (31)

Poliitikakujundajad peaksid tähele panema, et väikesed muudatused menüüs on mõjutanud tervist väga suurel määral. Poliitikat tuleks kasutada transrasvadest vabanemiseks, püüdes sundida tööstust tooteid ümber kujundama nii, et kõrvaldatakse transrasvad, suurendamata seejuures küllastunud rasvade koguseid. Sellised muudatused kombineeritult soola tarbimise vähendamisega võivad väga tugevalt mõjutada vererõhuga seotud haigusjuhtude arvu ja suremust.

3.3 Suitsetamine, tubaka tarbimine ja vererõhk

WHO Euroopa regioonis on 16% kõikidest täiskasvanute (30-aastased ja vanemad) surmajuhtudest põhjustatud tubaka tarimisest. See on ilmses vastuolus ülemaailmsete ja teiste piirkondlike näitajatega, mille puhul tubakas on põhjustanud 3% täiskasvanute surmajuhtudest Aafrikas, 7% Vahemere idapiirkonnas ja 12% kõikidest täiskasvanute surmajuhtudest maailmas. (32) Täpsemalt on 16% kõikidest südamehaigustega seotud surmajuhtudest Euroopa regioonis seotud tubaka tarimisega. (33) Peale selle kaotab igal aastal tubaka tarbimise tõttu Euroopas elu 1,6 miljonit inimest. (34)

Suitsetamine ja südame-veresoonkonna haigused on omavahel tihedalt seotud. Aktiivset tubaka tarimist seostatakse üksnes vererõhu ajutise tõusuga ühe tarbitud sigareti kohta, mis taandub 30 minuti möödudes. (35) Tegelikult on paljude suitsetajate vererõhk rahulolekus madalam kui mittesuitsetajatel. Seda fakti seostatakse sageli sellega, et suitsetajate keskmine kehakaal on väiksem kui mittesuitsetajatel. (35) Krooniline tubaka tarbimine põhjustab siiski arterite jäikust, mis võib püsida aastaid pärast suitsetamisest loobumist. (36) Lisaks esineb suurtel tubakatarbijatel rohkem kõrgvererõhktõbe. (37) Ärevust tekitab asjaolu, et kõrgvererõhktõbe põdevatel patsientidel, kes suitsetavad, esineb suurema tõenäosusega vasaku vatsakese puudulikkust (38) ning seega ka südametegevuse häireid. Peale selle käib tubaka tarbimine sageli käsikäes alkoholi tarimisega (see seos muutub veel tugevamaks, kui üks nendest suureneb), mille tõttu ohustab tarbijat mitu kõrge vererõhuga seotud riskitegurit. (39)



Joonis 1 – Viirutatud alad näitavad nende surmajuhtude osatähtsust, mis on seotud tubaka tarimisega, ja nende värv viitab vastava surmapõhjuse tulbale. (40)

Tubakas on tuntud südame-veresoonkonna haiguste riskitegur. Joonisel 1 on näidatud, milline on seos tubaka tarbimise ja südame-veresoonkonna haiguste – eelkõige südame isheemiatõve ja ajuinsuldi – vahel, mis on mõlemad tihedalt seotud ravimata kõrgevererõhktõvega. (41) (42)

48 riiki ja Euroopa Ühendus tervikuna on ratifitseerinud Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) tubaka tarbimise leviku vähendamise raamkonventsiooni, mis annab neile õiguse nõuda rangemaid meetmeid tubaka tarbimise leviku piiramiseks. WHO tubaka tarbimise leviku vähendamise raamkonventsioon kinnitab selliste strateegiate olulisust, mille eesmärk on vähendada nii tubaka nõudlust kui ka pakkumist, ning selles sätestatakse tubaka tarbimise leviku vähendamise meetmete raamistik, mida tuleb rakendada riiklikul, piirkondlikul ja rahvusvahelisel tasandil.

Türgi on teinud edusamme, et rakendada ÜRO mittenakkushaiguste ennetamist ja kontrolli käsitlevas aruandes kirjeldatud kõige kasulikumaid lahendusi, luues suitsuvabasid avalikke kohti, koostades hoiatussilt, kehtestades piiranguid reklaamile ja suurendades maksusid. (43)

Türgi

Ajalugu ja eesmärgid: Türgis on tubaka tarbimine olnud ulatuslik ja reguleerimata, mis on omakorda seotud südamehaiguste tõttu haiglasse sattunud inimeste arvu suure tõusuga. (44) 2000. aastal leidis terviseministeerium, et Türgis on tubaka tarbimine põhjustanud 21 317 südame-veresoonkonna haigustega seotud surmajuhtu, 274 770 kaotatud eluaastat ja 321 237 haigusega kohandatud eluaastat (*disability-adjusted-life-years, DALY*). (45) Tubaka tarbimise leviku vähendamise algatused käivitati küll 1980. aastatel, kuid tegelik töö algas 1990. aastatel, kui püüti tubaka tarbimise levikut piirata, vähendada ja ennetada. (46)

Vahendid: 1996. aastal jõustas uus valitsus seaduse nr 4207, „Tubakatoodetega seotud kahjude ennetamine” (*Preventing Harms of Tobacco Products*). (47) Selle seadusega keelustati suitsetamine osas avalikes kohtades, kogu tubakareklaam ja propageerimine ning tubaka müük alaealistele, kehtestati nõue kasutada tubakatoodete pakenditel tervisega seotud hoiatusi ja nõue, et riiklikud telejaamad eraldaksid igal kuul 90 minutit oma eetriaajast tubaka tarbimise kahjuliku mõju selgitamisele. (47) Uue seaduse jälgimiseks ja reguleerimiseks loodi 2002. aastal tubaka tarbimist reguleeriv asutus. (48) Lisaks seaduse nr 4207 toetamisele on kõnealune asutus keelustanud tubakatoodete väljapanemise avalikkusele ning püüab suurendada teadlikkust tubakaga seotud kahjustest. (46) Peale selle on Türgi veel üks Euroopa regiooni riik, kes ratifitseerib WHO tubaka tarbimise leviku vähendamise raamkonventsiooni. 2008. aastal rakendas Türgi tubakatoodete ohtude ennetamise seaduse (seaduse nr 4207 muudatus, mille eesmärk oli mõjutada tervishoiusektorit ja hõlmata teenused, mis aitaksid kodanikel loobuda tubaka tarbimisest) ning rakendas suitsuvaba poliitika (puhta õhu seadus). (49)

Tulemused: Tubaka kogutarbimine on veidi vähenenud: 1993. aastal tarvitas tubakat 33,6% rahvastikust ja 2008. aastal 31,2%. (50) (51) Kõige enam avaldas muljet tubaka tarbimise vähenemine meeste seas: 57,8%-lt 1993. aastal 47,8%-ni 2008. aastal. Sama aja jooksul on tubaka tarbimine naiste seas suurenenud: 13,5%-lt 1993. aastal 15,2%-ni 2008. aastal. See näitab vastuvõetavate harjumuste negatiivseid suundumusi. (50) (51) Kuigi need muutused on alles värsked, on need juba kaasa toonud ägedate südame-veresoonkonna haigustega kohalikesse haiglatesse võetud inimeste arvu vähenemise 33,6% võrra. (52)

Kõrgemad tubakamaksud aitavad ennetada noorte suitsetamisega alustamist. Kuigi maksud on osutunud edukaks meetmeks, peavad tubaka ja sigarettide suhtes kehtivad maksud olema omavahel kooskõlas, et hoida ära olukorda, kus tarbijad muudavad harjumusi või kaubamärke. (53) Samuti peab kõige odavamate ja kõige kallimate kaubamärkide vaheline hinnaerinevus olema nominaalne, et tarbija ei hakkaks tubaka tarbimise vähendamise asemel lihtsalt kaubamärki vahetama. Selliseid hindade ja maksudega seotud algatusi tuleks koordineerida koos naaberriikidega, et ennetada salakaubandusprobleeme ja vältida olukorda, kus tarbijad reisivad naaberriikidesse lihtsalt selleks, et täita oma tubakavajadusi. (53) Maksustamisel tuleks järgida inflatsiooni ja sissetulekuid, et tubakatooted jääksid endiselt „kalliks“ kaubaks. (53)

Venemaa Föderatsioon

Ajalugu ja eesmärgid: Venemaa Föderatsioon kiitis WHO tubaka tarbimise leviku vähendamise raamkonventsiooni heaks, kinnitades sellega oma tubakavastaseid kohustusi.[1] 1999. aastal rakendas Venemaa Föderatsioon kõrgvererõhktõve põdevate eakate patsientide arteriaalset hüpertensiooni käsitleva programmi, mille eesmärk oli vähendada suitsetamist kõrgvererõhktõve põdevate eakate patsientide seas.

Vahendid ja tulemused: Programmiga vähendati tulemuslikult suitsetamise levimust, suurendades ravimiteraapia kasutamist ja parandades kõrge vererõhuga eakate patsientide üldist raviprotsessi spetsiaalsete ravimeetodite abil. (54)

Poliitikakujundajad peaksid mõistma, et tubakatoodete kõrgem maksustamine koos samaaegsete teabekampaaniate ja alternatiivse meetmete rakendamisega on kõige tulemuslikum viis elanikkonna tubakatarbimise vähendamiseks. Lisaks soovitatakse tungivald järgida WHO tubaka tarbimise leviku vähendamise raamkonventsiooni sätteid. Raamkonventsioon näitab, kuidas terviseohu hoiatuste kasutamine tubakatoodete pakenditel (samaaegselt teksti ja piltide kujul) on üks kulutõhusamaid meetmeid, mida on võimalik rakendada üldsuse teadlikkuse suurendamiseks tubaka tarbimise kahjulikest mõjudest. (1) Lisaks tuleks keelata tubakatoodete tarbimine avalikes kohtades. Reklaami tuleks piirata või see koguni keelustada.

3.4 Alkohol ja vererõhk

Alkoholi tarbimine on otseselt seotud kõrge vererõhuga. Tarbimise suurenedes tõuseb ka vererõhk. See kehtib eelkõige alkoholi liigtarvitajate kohta (3–4 jooki päevas või rohkem), kelle puhul on seonduv vererõhu kõrgenemine suurem. Seejuures on alkoholi tarbimisel pikemaajalisem mõju krooniliste alkohoolikute vererõhule. (55)

Venemaa Föderatsioon

Ajalugu: Venemaa Föderatsioon on ennetava meetmena korraldanud alkoholivastaseid kampaaniaid.

Vahendid ja eesmärgid: Need hõlmavad telesarju, teismelistele mõeldud terviseteadlikkuse seminare ja terves riigis tervisenõustamise kabinettide loomist meditsiinasutuste juurde. (56) Nende kampaaniatega püütakse vähendada alkoholi tarbimist 2020. aastaks poole võrra.

Tulemused: Venemaa Föderatsioonis on alkoholi tarbimine vähenenud 17%: 18 liitrit 15 liitrini inimese kohta ajavahemikul 2010 kuni 2012 (57).

Euroopa regioonis on alkoholi tarbimine kõrgeim maailmas – ligikaudu kaks korda rohkem kui maailmas keskmiselt (58). 2009. aastal tarbis keskmine täiskasvanu (vanuses 15 aastat või rohkem) 12,5 liitrit puhast alkoholi ehk inimese kohta 27 g puhast alkoholi või peaaegu kolm tavamõõdus jooki päevas (58).

Euroopa tegevuskavas alkoholi kuritarvitamise vähendamiseks (2012–2020) nimetatakse alkoholi üheks peamiseks prioriteediks võitluses parema tervise nimel. Alkohol on tervist kahjustavatest ja enneaegset surma põhjustavatest teguritest Euroopa regioonis esimesel ja kogu maailmas kolmandal kohal. (59) Koos suitsetamise ja liiklusõnnetustega (mis on sageli seotud alkoholi tarbimisega) põhjustab alkohol Euroopa regioonis 40% terviseprobleemidest ja enneaegsetest surmadest. See suhe on tihedalt seotud riigis ühe inimese kohta tarbitud alkoholi kogusega ja alkoholisisalduse tasemega (59) ning asjaoluga, et alkohol mõjutab oluliselt vererõhku ja südamerivist. (60)

Moldova Vabariik

Ajalugu ja eesmärgid: 2010. aastal rakendati Moldova Vabariigis hulk meetmeid, et piirata alkoholi tarbimist, kuna praegu tarbitakse Moldovas kõige rohkem alkoholi maailmas – 18,22 liitrit inimese kohta aastas.

Vahendid: Meetmete tulemuslikkuse ja kulutõhususe hindamisel leiti, et Moldova Vabariigis saavutati kõige suuremat edu alkoholimaksude tõstmisel 25% võrra. Maksustamismeetmetele lisaks keelustati alkoholi müümine alla 16-aastastele, kontrolliti autojuhtide vere alkoholisisaldust, teavitati avalikkust alkoholi liigtarvitamise ohtudest ja tehti jõupingutusi alkoholi ebaseadusliku valmistamise takistamiseks.

Tulemused: Kokkuvõttes säästeti nende meetmetega 2010. aastal 6114 tervena elatud aastat ning kui kasutada praeguseid meetmeid jätkuvalt ja laialdaselt, siis on võimalik suurendada seda arvu 17 736ni aastas. (61)

Veelgi olulisem on see, et alkoholi tarbimise märkimisväärne vähendamine on otseselt seotud keskmise vererõhu vähenemisega – annuse-reaktsiooni seosena (s.t et mida rohkem väheneb alkoholi tarbimine, seda rohkem paraneb vererõhk). Alkoholi tarbimise vähendamine on äärmiselt oluline alkoholi liigtarvitajate kõrge vererõhu ennetamiseks ja ravimiseks. (62) Uuringud on näidanud, et alkoholi tarbimise ja vererõhu vahel on lineaarne seos. Ühes uuringus leiti, et alkoholi liigtarvitajatel on süstoolne vererõhk 17,6 mmHg ja diastoolne vererõhk 10,9 mmHg kõrgem kui alkoholi vähem tarbivatel inimestel. (63) Kuigi otsene seos alkoholi ja kõrgvererõhktõve vahel ei ole teada, on kõrgvererõhktõbe põdevate patsientide uuringud näidanud, et kuni 40% neist on alkoholi liigtarvitajad (kes tarbivad rohkem kui 40 g alkoholi päevas). (63)

Poliitikakujundajad peaksid rakendama kõige kasulikumaid lahendusi kolmes valdkonnas, mille puhul on ilmnenud positiivne mõju alkoholitarbimisele: turundus (reklaam), kättesaadavus (jaemüük) ja parimad hinnad (maksustamine). Lisaks peaks meetmeid suunama noortele, et parandada tulevikus elustiiliga seotud harjumusi.

3.5 Kardiometaboolse riski hindamine ja juhtimine ning vererõhk

Uuringud näitavad, et kardiometaboolse riski hindamine ja juhtimine võimaldab kõrge vererõhu riskitegurid varakult kindlaks teha ja neid muuta. Samuti leitakse, et selline riski hindamine ja juhtimine on tõhus vahend kõrge vererõhu ja kõrgvererõhktõve väljakujunemiseks. (4)

Kasahstan

Ajalugu ja eesmärgid: 2005. aastal töötas Kasahstan välja uued ravijuhised, keskendudes kõrge vererõhu kindlakstegemise ja ohjamise parandamisele ning sellele, et patsiendid peaksid kinni tervisenõuannetest ja tarvitaksid neile välja kirjutatud ravimeid. (64) Juhiseid rakendati esialgu katseliselt ning seejärel laiendati neid riigi muudele piirkondadele.

Vahendid: Kõnealuse lähenemisviisi puhul toodi esile järgmist: (64)

- arstide nõustamine seoses asjakohaste kliiniliste tavadega;
- avalikkuse teavitamine kõrgvererõhktõve riskidest ja iga-aastase sõeluuringu vajadusest;
- ambulatoorse ravikindlustushüvitiste paketi loomine;
- patsientide sõeluuringute suurendamine;
- patsientide toetamine, et nad peaksid kinni tervisenõuannetest ja tarvitaksid neile välja kirjutatud ravimeid;
- füüsilise aktiivsuse ja tervisliku toitumisega (sh rasva ja soola tarbimine) seotud nõuannete järgimise parandamine.

Tulemused: Kõnealused uued juhised parandasid juhtumite avastamist ja patsientidele välja kirjutatud ravimite tarvitamist, vähendasid soola tarbimist, suurendasid regulaarset kehalist tegevust ja normaalse vererõhuga patsientide arvu (14%-lt 26,2%-ni) ning vähendasid kõrge vererõhuga patsientide arvu (51,6%-lt 35,8%-ni). (64) Need edukad tulemused lisati 2006. aastal Kasahstani riiklikesse kõrgvererõhktõbe käsitlevatesse juhenditesse. Lisaks sellele kaasati uued juhendid aspirantuuri e-õppe programmidesse. Õppevahendi eesmärk on tutvustada võimalikult paljudele arstidele uusi meetodeid ja vahendeid, mida tuleks tulevikus eeldatavalt kasutada kõrge vererõhu ravimisel. (64)

Poliitikakujundajad peavad hindama kohalikus tervishoiusüsteemis kasutusel olevat vererõhu sõeluuringute ja ennetusmeetmete mudelit. Kui iga arstlik läbivaatus hõlmab lihtsaid sõeluuringumeetodeid, on võimalik probleemid varakult kindlaks teha ja nendega tegelda.

3.6 Füüsilise aktiivsuse edendamine ja vererõhk

Füüsilist passiivsust peetakse kõrge vererõhu (ja üldiselt mittenakkushaiguste) olulisimaks iseseisvaks riskiteguriks, mis põhjustab ligikaudu 3,5% tervisekaotusest ja kuni 10% surmajuhtudest Euroopa regioonis. Füüsilise passiivsuse majanduslik kulu on väga suur. Tervisemõjud ja nendega seotud kulud väheneksid, kui tõsta füüsilise aktiivsuse taset. Korrapärane mõõdukas füüsiline aktiivsus on väga kulutõhus viis inimeste tervise parandamiseks ja hoidmiseks. (65)

Euroopa rasvumisvastase võitluse harta (*European Charter on Counteracting Obesity*) eesmärk on ohjeldada rasvumisepideemiat ja pöörata praegust trendi Euroopa regioonis paremuse poole. Hartas on loetletud tervislikuma toitumise ja füüsilise aktiivsuse edendamiseks vajalikud põhimeetmed. (66) Hartas rõhutatakse füüsilise aktiivsuse tähtsust rasvumisepideemia ohjeldamisel ja trendi pööramisel; seda mõtet kajastab juhenddokument „Sammud tervise suunas: WHO Euroopa regiooni tegevusraamistik” (*Steps to health: a framework for action in the WHO European Region*). (65)

WHO Euroopa liikmesriikide poolt Parmas 10.–12. märtsil 2010 toimunud viiendal keskkonna- ja terviseministrite konverentsil vastu võetud Parma keskkonna- ja tervisedeklaratsioon rõhutab füüsilist liikumist võimaldavate turvaliste keskkondade loomise tähtsust ja kohustab liikmesriike saavutama seatud eesmärgid. (67)

Sloveenia

Ajalugu ja eesmärgid: 2000. aastal algatas Sloveenia programmi MURA, mille eesmärk oli parandada kodanike elustiili ja võtta tervis kõikide uute poliitikameetmete ja tegevuskavade aluseks.

Vahendid: Programmi osana käivitati kampaania „Elagem tervislikult”. Kampaania eesmärk oli teadvustada inimeste vastutust omaenda tervise eest ja suurendada terviseteadlikkust.

Tulemused: Praeguseks on programm jõudnud 30 000 inimeseni, kellest 80% on teatanud oma elustiili püsivast muutumisest. Eelkõige püüab Sloveenia programmis esile tõsta füüsilist aktiivsust, integreerides programmi nt kepikõnni keskusi. (68)

Sellised kampaaniad on olnud edukad. Poliitikakujundajad peaksid mõistma raamidevaba mõtlemise väärtust leidlike lahenduste kasutuselevõtmisel inimeste liikuvuse edendamiseks, võimaluste loomiseks ja inimestele füüsilise aktiivsusega kaasneva kasu teadvustamiseks.

3.7 Üleüldine tervisedendus ja kõrge vererõhk

Suurem osa inimesi teab, mis on hea tervise alustalad, kuid ei käitu sellele teadmisele vastavalt. Lihtne on inimestele rääkida, et tuleb toituda tervislikult, tarbida vähem alkoholi, vältida tubakat ning treenida, kuid palju raskem on saavutada nende soovitude järgimist. Seepärast on tähtis luua keskkondi, mis soodustavad tervislikku käitumist olgu siis ennetaval või ravival moel. Sedalaadi üldist tervisedendust võib nimetada ka toetavaks ja reguleerivaks tegevuseks. (69)

Tabel 1 – Näiteid toetavast ja reguleerivast tegevusest

| | Toetamine | Reguleerimine |
|----------------------------|--|---|
| Suitsetamine | Teha mittesuitsetamine meediakampaaniatega nähtavamaks, näidates, et suurem osa inimesi ei suitseta ja suurem osa suitsetajaid tahab suitsetamisest loobuda. | Keelata suitsetamine avalikes kohtades. |
| | Vähendada ahvatlusi suitsetada, pannes sigaretid, tulemasinad ja tuhatosid silme alt ära. | Tõsta sigarettide hinda. |
| Alkohol | Serveerida alkohoolseid jooke väiksematest klaasidest. | Reguleerida hindu maksude või minimaalse ühikuhinna kaudu. |
| | Teha väiksem alkoholi tarbimine nähtavamaks, rõhutades meediakampaaniatega, et suurem osa inimesi ei liialda joomisega. | Tõsta alkoholi ostmise vanusepiirangut. |
| Toitumine | Teha ostukärudesse spetsiaalne sektsioon puu- ja köögiviljade jaoks. | Piirata lastele suunatud toidureklaame. |
| | Pakkuda lisandiks pigem salatit kui friikartuleid. | Keelustada tööstuslikult toodetud transrasvhapped. |
| Füüsiline aktiivsus | Tuua avalikes hoonetes esile trepid, mitte liftid. | Tõsta igal aastal mootorikütuse maksu (indekseeritud kütusehind). |
| | Teha jalgrattasõit transpordivõimalusena nähtavamaks, nt linna jalgrattalaenutuste abil. | Luu koolide ümber autode peatumiskeelu alasid. |

Allikas: (69) - Marteau T, al. e. Judging nudging: can nudging improve population health? BMJ. 2011; 342: lk 263–265. <http://www.bmj.com/content/342/bmj.d228>

Tabelis 1 on esitatud soovitusel ennetavateks reguleerivateks meetmeteks, mille abil saab luua keskkonnad, kus inimesed hakkavad aktiivsemalt tegema tervislikumaid valikuid – selliseid, mis kokkuvõttes vähendavad vererõhku.

Venemaa Föderatsioon

Ajalugu ja eesmärgid: 1980. aastate alguses rakendas Venemaa Föderatsioon mittenakkushaiguste ennetamise programmi (CINDI), mis on 27 liikmesriigiga rahvusvaheline koostöövõrgustik. See on kõige laialtlevinud haiguste ennetamise programm Venemaa Föderatsioonis. Riik on lisaks rakendanud ka programmi „Tervise tugevdamine ja kaitse elanikkonna hulgas aastatel 2003–2010”, mille eesmärk harida ja valmistada ette tervishoiuspetsialiste ning standardida meditsiini, õigus-, tehnilist, teabealast ja teaduslikku abi ning luua juhtimissüsteem. (21)

Vahendid ja tulemused: Need programmid üheskoos on aidanud kaasa kõrge vererõhu vähendamisele ning ennetus- ja edenduskavade kaudu ära hoidnud südame-veresoonkonna haigusi. Töökohtadel on edukalt rakendatud meetmeid, mille abil ära tunda kõrgvererõhktõve sümptomeid töötajatel. Need on vähendanud 25% võrra südame-veresoonkonna haigustesse esmahaigestumist ning 27% võrra haiguste tõttu puudunud tööpäevade arvu. (21) On töökohti, kus mõõdetakse vererõhku ning pakutakse meditsiinilist abi ja teavet seoses kõrge vererõhuga. Alates 1994. aastast on peetud tuhandete osavõtjatega võistlusi „Loobu ja võida”. Olenevalt võistluse asukohast on edukaid osavõtjaid olnud 12–32%, kes on jäänud suitsuvabaks vähemalt üheks aastaks. (21)

Soome

Ajalugu ja eesmärgid: Soome käivitas 2007. aastal tervisedenduse programmi, mille eesmärk oli parandada ühiskonna võimalusi teha tervislikumaid valikuid. Algselt, 1970. aastatest pärit projektile lisati riiklik seiresüsteem, mis hõlbustaks haiguste ennetamist ja tervisedendust Soomes. See on võimaldanud jagada elanikkonnale toitumisteavet, teha tervisetrendide seiret ja toetada ühiskonna vajadustele vastavaid muudatusi tervishoiupoliitikas. (22)

Vahendid: Soomes on tõstetud alkoholi, tubaka, karastusjookide ja maiustuste suhtes kehtivaid makse, et suunata inimesi vähendama ebatervislike toodete tarbimist. Kehtestati ka õigusaktid, mis reguleerivad toiduainetööstuse toodetavate toitude koostist. (70)

Tulemused: Need algatused on edukalt vähendanud või tarbimist (% elanikkonnast) 60%-lt 1970. aastatel 5%-ni 2000. aastal. Soola tarbimine on vähenenud 1970. aastate ligikaudu 15 grammilt praeguseks 11 grammini meeste ja 7 grammini naiste puhul. Vererõhk on vähenenud 5% meestest ja 13% naistest. Südamehaigustesse suremus on alates 1970. aastatest vähenenud 65%. (22) Üldiselt on Soome saavutanud suurt edu oma ühiskonna toitumistavade märkimisväärsel muutmisel, mis on vähendanud oluliselt ka kaasuvaid terviseprobleeme – eriti neid, mis on seotud kõrge vererõhu ja südame-veresoonkonna haigustega. (71) Soomes on tööealise elanikkonna iga-aastane suremus südame-veresoonkonna haigustesse vähenenud 80% ja oodatav eluiga pikenenud 10 aastat. (70)

Muuta tuleb vaba valikuga süsteeme, et soodustada tervislikumaid valikuid. Poliitikakujundajad võivad hinnata olemasolevaid programme ja poliitikameetmeid ning teha muudatusi seal, kus esimene valik langeb negatiivsetele käitumismudelitele. Poliitikat võib kujundada või muuta nii, et see toetaks asjaomaseid sidusrühmi üleminekul tervislikke valikuid soovivale või reguleerivale süsteemile.

4.0 Järeldused

Kõrge vererõhk mõjutab tugevalt rahva tervist, sest see on raskete südame-veresoonkonna haiguste, sh isheemiatõve ja insuldi oluline riskitegur. Euroopa regioonis on need küsimused eriti olulised, sest kõrgest vererõhust põhjustatud haiguste levimuse ja nendesse esmahaigestumuse suurenemist tõendavad nii haigestumuse kui ka suremuse näitajad. Siiski leidub häid näiteid selle kohta, kuidas riigid on rakendanud meetmeid ning edukalt parandanud rahva tervist ja vähendanud kõrge vererõhu esinemist.

Paljud neist meetmetest on kulutõhusad ja rakendatavad kõikjal Euroopas, kuid on siiski oluline, et iga riik ja otsustajad mõistaks kohalikke vajadusi ja leiaks sobivad lahendused. Loetletud meetmed peaksid olema lähtepunktiks ja inspiratsiooniallikaks, mis võimaldab poliitikakujundajatel mõista, et kõrge vererõhu ja südame-veresoonkonna haiguste ennetamine on võimalik rea konkreetsete meetmete abil. Kõrge vererõhuga ja üldisemalt mittenakkushaigustega seonduva haigestumuse ja suremuse määra mõjutamine vajab poliitilise juhtkonna tugevat kätt. (2) Lihtsad, kuid hästi suunatud ja kulutõhusad meetmed võivad oluliselt kaasa aidata kõrge vererõhu ja selle põhjustatavate haiguste ennetamisele ja vähendamisele.

Kasutatud kirjandus

1. WHO. 2009: Tobacco health warnings. [Online].; 2013 [cited 2013 1 16. Available from: HYPERLINK "http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/tobacco/world-no-tobacco-day/2009-tobacco-health-warnings" <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/tobacco/world-no-tobacco-day/2009-tobacco-health-warnings>.
2. Bonita R, Magnusson R, Bovet P, Zhao D, Malta DC, Geneau R, et al. Non-communicable diseases 2: Country actions to meet UN commitments on non-communicable diseases: a stepwise approach. Lancet. 2013.
3. WHO. Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, Switzerland.; 2009.
4. WHO. Action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases 2012-2016. Copenhagen.; 2012.
5. WHO. Deaths from NCDs. [Online].; 2013 [cited 2013 1 15. Available from: HYPERLINK "http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/ncd_total_text/en/index.html" http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/ncd_total_text/en/index.html.
6. WHO. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Copenhagen, Denmark.; 2012.
7. Wolf-Maier K, Cooper R, Banegas J, Giampaoli S, Hense H, Joffres M, et al. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. JAMA. 2003; 289(18): p. 2363-9.
8. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet. 2004; 364(9438): p. 937-52.
9. WHO. Cardiovascular diseases (CVDs). [Online].; 2013 [cited 2013 1 15. Available from: HYPERLINK "http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html" <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>.
10. United Nations Secretary-General. Prevention and control of non-communicable diseases.; 2011.
11. Meneton P, Jeunemaitre X, de Wardener HE, Macgregor GA. Links between dietary salt intake, renal salt handling, blood pressure, and cardiovascular diseases. Physiol Rev. 2005; 85(2): p. 679-715.
12. Law MR, Frost CD, Walk NJ. By how much does dietary salt reduction lower blood pressure? BMJ. 1991; 302: p. 811-824.

13. WHO. Frequently asked questions about salt in the WHO European Region. [Online].; 2012 [cited 2012 Dec 18. Available from: HYPERLINK "<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/nutrition/news/news/2011/10/reducing-salt-intake/frequently-asked-questions-about-salt-in-the-who-european-region>" <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/nutrition/news/news/2011/10/reducing-salt-intake/frequently-asked-questions-about-salt-in-the-who-european-region>.
14. CDC. Application of lower sodium intake recommendations to adults – United states, 1999-2006. [Online].; 2009 [cited 2012 12 10. Available from: HYPERLINK "<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5811a2.htm>" <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5811a2.htm>.
15. Schmidhuber J, Traill WB. the changing structure of diets in the European Union in relation to healthy eating guidelines. Public Health Nutrition. 2005; 9(5): p. 584-595.
16. MacGregor GA, Sever PS. Salt – overwhelming evidence but still no action: can a consensus be reached with the food industry? CASH (Consensus Action on Salt and Hypertension). BMJ. 1996; 312(7041): p. 1287-1289.
17. FSA. Dietary sodium levels surveys. [Online].; 2008. Available from: HYPERLINK "<http://www.food.gov.uk/science/dietarysurveys/urinary>." <http://www.food.gov.uk/science/dietarysurveys/urinary>.
18. FSA. front-of-pack nutrition labelling policy review. [Online]. Available from: HYPERLINK "<http://www.food.gov.uk/scotland/scotnut/signposting/policyreview/>" <http://www.food.gov.uk/scotland/scotnut/signposting/policyreview/>.
19. Shankar B, Brambila-Macias J, Traill B, Mazzocchi M, Capacci S. An evaluation of the UK food standards agency's salt campaign. Health Econ. 2013; 22(2): p. 243-250.
20. Strazzulo P, D'Elia L, Kandala NB, Cappuccio FP. Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: meta-analysis of prospective studies. BMJ. 2009; 339: p. b4567.
21. Levintova M. Cardiovascular disease prevention in Russia: challenges and opportunities. Public Health. 2006; 120: p. 664-670.
22. Puska P, Pietinen P, Uusitalo U. Part III. Can we turn back the clock or modify the adverse dynamics? Programme and policy issues. Public Health Nutrition. 2006; 5(1a): p. 245-251.
23. Hu FB, Stampfer MJ, Rimm E, Ascherio A, Rosner BA, Spiegelman D, et al. Dietary fat and coronary heart disease: a comparison of approaches for adjusting for total energy intake and modeling repeated dietary measurements. Am J Epidemiol. 1999; 149(6): p. 531-540.
24. Elinder L. Obesity, hunger, and agriculture: the damaging role of subsidies. BMJ. 2005; 331: p. 1333-6.

25. Lloyd-Williams F, O'Flaherty M, Mwatsama M, Birt C, Ireland R, Capewell S. Estimating the cardiovascular mortality burden attributable to the European Common Agricultural Policy on dietary saturated fats. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008; 86(7): p. 497-576.
26. WHO Collaborating Centre for Food and Nutrition Policies. Dietary guidelines for adults in Greece: Ministry of Health and Welfare – Supreme Scientific Health Council 1999. [Online].; 2010 [cited 2013 1 30. Available from: HYPERLINK "<http://www.nut.uoa.gr/dietaryENG4.html>" <http://www.nut.uoa.gr/dietaryENG4.html>.
27. WHO. Preparation and use of food-based dietary guidelines: WHO Technical Report Series 880. Geneva, Switzerland.; 1998.
28. Trichopoulou A, Kouris-Blazos A, Vassilakou T, Gnardellis C, Polychronopoulos E, Venizelos M, et al. The diet and survival of elderly Greeks; a link to the past. *Am J Clin Nutr*. 1995; 61: p. 1346S-1350S.
29. Trichopoulou A, Lagiou P, Trichopoulos D. traditional Greek diet and coronary heart disease. *J Cardiovasc Risk*. 1994; 1(1): p. 9-15.
30. WHO Regional Office for Europe. European Mortality Database. [Online].; 2012 [cited 2013 1 31. Available from: HYPERLINK "<http://data.euro.who.int/hfamdb/>" <http://data.euro.who.int/hfamdb/>.
31. Lock K, McKee M. Will Europe's agricultural policy damage progress on cardiovascular disease? *BMJ*. 2005; 331(7510): p. 188-189.
32. Strazzullo P, D'Elia L, Kandala NB, Cappuccio FP. Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: meta-analysis of prospective studies. *BMJ*. 2009; 339: p. b4567.
33. WHO. Deaths from tobacco in Europe. [Online].; 2012 [cited 2013 1 10. Available from: HYPERLINK "<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/tobacco/news/news/2012/04/deaths-from-tobacco-in-europe>" <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/tobacco/news/news/2012/04/deaths-from-tobacco-in-europe>.
34. WHO. 2-11: WHO Framework Convention on Tobacco Control. [Online].; 2013 [cited 2013 1 16. Available from: HYPERLINK "<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/tobacco/world-no-tobacco-day/2011-who-framework-convention-on-tobacco-control>" <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/tobacco/world-no-tobacco-day/2011-who-framework-convention-on-tobacco-control>.
35. Groppelli A, Giorgi D, Omboni S, Parati G, Mancia G. Persistent blood pressure increase induced by heavy smoking. *J Hypertens*. 1992; 10(5): p. 495.
36. Jatoi N, Jerrard-Dunne P, Feely J, Mahmud A. Impact of smoking and smoking cessation on arterial stiffness and aortic wave reflection in hypertension. *Hypertension*. 2007; 49(5): p. 981.

37. Bowman T, Gaziano J, Burning J, Sesso H. A prospective study of cigarette smoking and risk of incident hypertension in women. *J Am Coll Cardiol.* 2007; 50(21): p. 2085.
38. Rosen B, Saad M, Shea S, Nasir K, Edvardsen T, Burke G, et al. Hypertension and smoking are associated with reduced regional left ventricular function in asymptomatic individuals the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *J Am Coll Cardiol.* 2006; 47(6): p. 1150.
39. Fertig JB, Allen JP. Alcohol and tobacco: from basic science to clinical practice Washington, DC: National Institutes of Health; 1995.
40. WHO. Tobacco Free initiative (TFI). [Online]. [cited 2013 1 5. Available from: HYPERLINK "<http://www.who.int/tobacco/mpower/graphs/en/index.html>"
<http://www.who.int/tobacco/mpower/graphs/en/index.html>.
41. Woo D, Haverbusch M, Sekar P, Kissela B, Khoury J, Schneider A, et al. Effect of untreated hypertension on hemorrhagic stroke. *Stroke.* 2004; 35: p. 1703-1708.
42. Briganti EM, McNeil JJ, Shaw JE, Zimmet PZ, Chadban SJ, Atkins RC, et al. Untreated hypertension among Australian adults: the 1999-2000 Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study (AusDiab). *Med J Aust.* 2003; 179(3): p. 135-139.
43. Bilir N, Özcebe H, Ergüder T, Mauer-Stender K. Tobacco control in Turkey – story of commitment and leadership. Copenhagen, Denmark; 2012.
44. MOH. Statistics of diseases (196401994), Publication No. 584. Ankara, Turkey; 1996.
45. MOH. National Burden of Disease Study. Ankara, Turkey; 2003.
46. Bilir N, Özcebe H, Ergüder T, Mauer-Stender K. Tobacco control in turkey – story of commitment and leadership. Copenhagen, Denmark; 2012.
47. T.C. Resmî Gazete [Official Gazette]. Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun [Law on Preventing Harms of Tobacco Products, No. 4207, November 1996]. [Online].; 1996 [cited 2013 1 27. Available from: HYPERLINK "<http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www>"
<http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www>.
48. TAPDK. [Online].; 2011 [cited 2013 1 28. Available from: HYPERLINK "http://www.tapdk.gov.tr/default_eng.asp" http://www.tapdk.gov.tr/default_eng.asp.
49. T.C. Resmî Gazete [Official Gazette]. Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması [Bill Amending the Law on Prevention of Hazards of Tobacco Control Products, 3 January 2008, No. 5727]. [Online].; 2008 [cited 2013 1 28. Available from: HYPERLINK "<http://www.resmigazete.gov.tr>" <http://www.resmigazete.gov.tr>.

50. Toros A, Oztek Z. Health Services Utilization Survey in Turkey 1993. Ankara, Turkey;; 1993.
51. Turkish Statistical Institute. Global Adult Tobacco Survey, 2008. Ankara, Turkey;; 2009.
52. Özcebe H, Bilir N, Aslan D. Expansion of smoke-free public places and workplaces in. Ankara, Turkey;; 2011.
53. WHO. Noncommunicable diseases prevention and control in the South-eastern Europe Health Network – an analysis of intersectoral collaboration. Copenhagen, Denmark;; 2012.
54. Kobalava Z, Kotovskaia I, Drozdetskiy S, Hirmanov V, Karpov Y, Sklizkova L, et al. P-226 Educational programme can improve real practice of arterial hypertension management in the elderly patients of Russia. *AJH*. 2002; 15(4): p. 111A-112A.
55. Marmot M, Elliot P, Shipley M, Dyer A, Ueshima H, Beevers D, et al. Alcohol and blood pressure: the INTERSALT study. *BMJ*. 1994; 308: p. 1263.
56. Parfitt T. Russia's health promotion efforts bloom. *Lancet*. 2009; 373: p. 2186-7.
57. European Alcohol Policy Alliance. eurocare. [Online]. [cited 2013 1 4. Available from: [HYPERLINK "http://www.eurocare.org/newsroom/news/russia_alcohol_consumption_in_russia_down_17_to_15_liters_in_2_yrs_28_12_2011"](http://www.eurocare.org/newsroom/news/russia_alcohol_consumption_in_russia_down_17_to_15_liters_in_2_yrs_28_12_2011)
http://www.eurocare.org/newsroom/news/russia_alcohol_consumption_in_russia_down_17_to_15_liters_in_2_yrs_28_12_2011.#
58. WHO. Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches. Copenhagen, Denmark;; 2012.
59. WHO. European status report on alcohol and health 2010. Copenhagen, Denmark;; 2010.
60. WHO. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020. Baku, Azerbaijan;; 2011.
61. Tirdea M, Ciobanu A, Vasiliev T, Buzdugan L. Reducing harmful use of alcohol: cost-effectiveness of alcohol control strategies in the Republic of Moldova. Copenhagen;; 2011.
62. Xin X, He J, Frontini MG, Ogden LG, Motsamai OI, Whelton PK. Effects of alcohol reduction on blood pressure. *Hypertension*. 2001; 38: p. 1112-1117.
63. Saunders JB, Beevers DG, Paton A. Alcohol-induced hypertension. *Lancet*. 1981;; p. 653-656.
64. Nugmanova A, Pillai G, Nugmanova D, Kuter D. Improving the management of hypertension in Kazakhstan: implications for improving clinical practice, patient behaviours and health outcomes. *Global Public Health*. 2008; 3(2): p. 214-231.

65. WHO. Steps to health: a European framework to promote physical activity for health. Copenhagen, Denmark; 2007.
66. WHO. WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity: diet and physical activity for health. In European Charter on counteracting obesity; 2006; Istanbul, Turkey: WHO Office for the European Region.
67. WHO. Fifth Ministerial Conference on Environment and Health: Protecting children's health in a changing environment. In Parma Declaration on Environment and Health; 2010; Parma, Italy: WHO Regional Office for Europe.
68. WHO. Resource of health system actions on socially determined health inequalities. [Online].; 2010 [cited 2013 1 5. Available from: HYPERLINK
"http://data.euro.who.int/Equity/hidb/Resources/Details.aspx?id=9"
http://data.euro.who.int/Equity/hidb/Resources/Details.aspx?id=9.
69. Marteau T, al. e. Judging nudging: can nudging improve population health? BMJ. 2011; 342: p. 263-65.
70. Puska P, Ståhl T. Health in all policies – the Finnish initiative: background, principles, and current issues. Annu Rev Public Health. 2010; 31: p. 315-328.
71. Pietinen P, Paturi M, Reinivuo H, Tapanainen H, Valsta L. FINDIET 2007 survey: energy and nutrient intakes. Public Health nutrition. 2010; 13(6A): p. 920-924.