

Hälsosamma levnadsvanor i fokus för nya riktlinjer

2016 ÅRS EUROPEISKA RIKTLINJER FÖR HJÄRT-KÄRLPREVENTION GER OCKSÅ FOLKHÄLSOPERSPEKTIV OCH RÅD ÅT BESLUTFATTARE

Nyligen publicerades en ny version av de europeiska riktlinjerna för kardiovaskulär prevention [1]. Tio större organisationer inom Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice har tagit fram publikationen.

Dokumentet är en uppdatering av 2012 års publikation [2] och följer väsentligen samma struktur: Vad är kardiovaskulär prevention, vem behöver det, hur och var ska det erbjudas?

Här presenterar vi några av de viktigaste nyheterna, t ex att riktlinjerna nu även inkluderar ett folkhälsoperspektiv i ett avsnitt med rekommendationer om prevention på befolkningsnivå. För första gången presenteras i detta sammanhang vetenskaplig evidens och råd åt beslutsfattare.

Prevention till alla med förhöjd risk

Bedömning av risk bör erbjudas alla som kan misstänkas ha förhöjd risk för insjuknande och död i arteriosklerotisk hjärt-kärlsjukdom, t ex rökare och personer med högt blodtryck, diabetes mellitus, reumatoid artrit, sömnapné, sjukdom, erektil dysfunktion eller förhöjda lipidvär-



Joep Perk, senior professor, Linnéuniversitetet, Kalmar
● joep.perk@lnu.se



Stefan Agewall, professor, överläkare, hjärtkliniken, Oslo universitetssjukhus



Anna Kiessling, docent, institutionen för kliniska vetenskaper, Danderyds sjukhus, Karolinska institutet; projektledare, Levnadsvaneprojektet, Svenska läkaresällskapet, Stockholm

den eller vid förekomst av familjär hyperkolesterolemi. Man rekommenderar att riskvärderingen görs vart 5:e år.

Också om hjärt-kärlsjukdom finns i familjen (kvinnliga förstagrads släktingar <65 år eller manliga <55 år) bör riskbedömning göras. Allmän screening för kvinnor >50 år och män >40 år kan övervägas om resurser finns, vilket inte rekommenderas i Sverige av SBU. I den yngre åldersgruppen saknas vetenskapligt stöd för screening.

För en sammanvägning av olika riskfaktorer kan SCORE-diagrammet användas (eller den digitala versionen HeartScore: www.heartscore.org), där Sverige har en risknivå i likhet med andra lågriskländer i Europa.

2012 års gradering av risk i fyra nivåer förblir densamma: mycket hög, hög, måttlig och låg

risk. Även rekommenderade behandlingar och målvärden är oförändrade för varje grupp i de nu aktuella riktlinjerna.

Högre prioritet åt hälsosamma levnadsvanor

I de aktuella riktlinjerna har hälsosamma levnadsvanor prioriterats högre. Vid hypertoni, hyperlipidemi och diabetes mellitus slås fast att framgångsrik behandling inte kan uppnås om patienten inte samtidigt får råd och stöd om sina levnadsvanor. Här har primärvården en huvudroll; med högsta evidensgrad förordas ett interprofessionellt omhändertagande i lokala vårdprogram för hälsosamma levnadsvanor. Målsättningen för de viktigaste riskfaktorerna visas i Fakta 1.

Nytt i rekommendationen för goda matvanor är att man anser att regelbundet intag av osaltade nötter (30 gram/dag) minskar den kardiovaskulära risken och att man avråder från sötade drycker. Intaget av salt bör begränsas till <5 gram/dag, vilket för den svenska befolkningen vore mer än en halvering av den dagliga mängden i nuläget.

Målvärden för lipider är oförändrade:

FAKTA 1. Målsättning

TOBAK. Ingen exponering för tobak i någon form.

MATVANOR. Låg halt av mättat fett och högt intag av fullkornsprodukter, grönsaker, frukt och fisk.

FYSISK AKTIVITET. Minst 150 minuter per vecka av måttlig aerob fysisk aktivitet (30 min 5 dagar/vecka) eller 75 minuter i veckan av tyngre aerob fysisk aktivitet (15 minuter 5 dagar/vecka) eller en kombination av båda.

VIKT/BMI. BMI 20–25 kg/m². Midjemått <94 cm (män) och <80 cm (kvinnor).

BLODTRYCK. <140/90 mm Hg.

sänkning av LDL-kolesterol förblir den viktigaste målsättningen (<1,8 mmol/l vid mycket hög risk, <2,6 mmol/l vid hög risk). Inga målvärden för HDL-kolesterol eller triglycerider anges.

Inom området högt blodtryck förblir målvärdet <140/90 mm Hg, men för patienter >60 år med förhöjt systoliskt tryck bör detta sänkas till 140–150 mm Hg liksom för patienter >80 år under förutsättning att de är i gott allmäntillstånd. Ökad användning av 24-timmars blodtrycksregistrering och mer av patienters egenkontroll önskas, men tyvärr saknas ännu åldersrelaterade målvärden för dessa metoder.

Hälsosamma levnadsvanor och viktnedgång eller åtminstone stabilisering av vikten för överviktiga patienter förblir hörnstenen i den preventiva vården för patienter med diabetes. Målvärdet för HbA_{1c} för att minska risken för hjärt-kärlsjukdom och mikrovaskulära komplikationer

»Lagstiftning föreslås för att reducera mängden energi, salt, mättat fett och tillsats av socker i livsmedel.«

HUVUDBUDSKAP

- I de nya europeiska riktlinjerna för kardiovaskulär prevention har hälsosamma levnadsvanor fått större betydelse än tidigare.
- Ett särskilt kapitel finns med rekommendationer om prevention på befolkningsnivå.
- Allmänläkaren förblir nyckelpersonen, men även sjuksköterskor och andra yrkesgrupper bör delta i det preventiva arbetet.
- För patienter med kardiovaskulär sjukdom bör planeringen av den preventiva vården ske redan under vårdtiden.



Foto: Colourbox

En av rekommendationerna på folkhälsonivå är att skolor ska erbjuda lättillgängliga vattenfontäner och motverka sockrade drycker.

tioner är <53 mmol/mol för de allra flesta med diabetes, både typ 1 och 2.

I dokumentet finner man även särskilda preventiva råd för kvinnor, personer från etniska minoriteter, socioekonomiskt utsatta och personer med psykosocial problematik.

Patientföljsamheten är ett stort problem

Patienternas följsamhet till den givna behandlingen förblir ett stort problem. Särskilt inom preventionen tenderar individer att inte uppleva sig själva som sjuka, och behovet att ta läkemedel under resten av livet känns inte alltid klart.

Därför ges särskilda råd om hur man kan påverka följsamheten. För första gången anses att förenklad medicinering, där flera verksamma substanser kombineras i en enda tablett (s k polypiller) kan bli ett hjälpmedel för att förbättra följsamheten.

Starkt prevention på befolkningsnivå

I dokumentet finner man både gradering av vetenskaplig evidens och rekommendationer för åtgärder på folkhälsoplanet. Bland riktlinjerna med högsta styrkan (grad I) kan följande nämnas:

Tobak. Priset bör höjas för att minska bruket, prisskillnader som driver gränshandel bör försvinna och man bör införa reklamneutrala förpackningar. Rökning bör inte tillåtas på offentliga platser. Rökning bör inte förekomma där barn vistas, särskilt inte i privata bostäder eller bilar.

Alkohol. Reklamen för alkoholhaltiga drycker bör minskas, gränsvärdet för alkohol vid bilkörning bör sänkas ytterligare (nolltolerans), och man rekommenderar en större satsning på det alkoholpreventiva arbetet i primärvården.

Matvanor. Lagstiftning föreslås för att reducera mängden energi, salt, mättat fett och tillsats av socker i livsmedel. Man rekommenderar prissättning som metod för att begränsa användningen av dessa produkter. Information om näringsinnehållet bör uniformt finnas på framsidan av förpackningar och vara läsbar. Skolor ska erbjuda lättillgängliga vattenfontäner och motverka användning av sockrade drycker.

Fysisk aktivitet. Vid planering av städer och större byggnader bör dessa utformas så att fysisk aktivitet underlättas. Ökad satsning bör även göras på skolgårdar så att de inbjuder till fysisk aktivitet.

Allmänläkaren förblir nyckelperson

Allmänläkaren förblir nyckelpersonen i det preventiva arbetet i primärvården, och man rekommenderar att sjuksköterskor och andra hälsoprofessioner engageras, särskilt för gruppen med hög kardiovaskulär risk.

Rådgivning om levnadsvanor och planering av den fortsatta preventiva vården bör ske redan under vårdtiden på sjukhuset för patienter med kardiovaskulär sjukdom. Efter utskrivning efter akut koronart syndrom eller vård för hjärtsvikt ska patienten erbjudas möjlighet att delta i program för hjärtrehabilitering för fortsatt stöd och råd vad gäller hälsosamma levnadsvanor (grad I-rekommendation). Deltagande i dessa program bör ske redan inom de första veckorna efter utskrivningen. Planering och uppföljning av detta kan med fördel delegeras till sjuksköterska (grad IIa).

En systematisk kvalitetsgranskning av det preventiva vårdarbetet behövs, någonting som i Sverige redan sker inom ramen för det nationella SEPHEA-registret [3]. Dessa råd ligger helt i linje med det nya vårdprogrammet för sekundär prevention som kardiologföreningens arbetsgrupp för levnadsvanor i samverkan med Riksförbundet HjärtLung och arbetsgruppen för SPICI-studien [4] nyligen presenterade på det kardiologiska vårmötet.

Avsnittet »Vad ska eller kan man göra och vad ska man inte göra« i slutet av dokumentet är nytt och informativt: 24 »att göra«-råd (t ex »en hälsosam kost rekommenderas som en hörnsten i preventionen till alla«) och 5 »icke göra«-råd (t ex att bedömning av risk för hjärt-kärlsjukdom hos män <40 år och kvinnor <50 år utan några kända riskfaktorer inte rekommenderas). En bättre balans mellan »att göra« och »icke göra« hade sannolikt varit mera värdefull.

Bearbetas för svenska förhållanden

Sammanfattningsvis lägger 2016 års pre-

ventionsriktlinjer större fokus på både den enskilda patienten och folkhälsan. Hälsosamma levnadsvanor och full följsamhet till föreskriven behandling sätts i centrum. I detta sammanhang ligger dokumentet väl i linje med de senaste svenska rekommendationerna (från Socialstyrelsen [5] och Läkemedelsverket [6]).

Den aktuella kunskapsöversikten som berör folkhälsan kan leda till ökat intresse bland beslutsfattare, särskilt när detta sker i samverkan med nationella organisationer som yrkes- och patientföreningar. Man uppmanar läkare och andra hälsoprofessioner att ta större plats i debatten för god folkhälsa. Det är tydligt att den vetenskapliga evidensen finns för att agera från professionens sida. Politiska åtgärder för att minska hjärt-kärlsjukdom har tidigare efterlysts i Läkartidningen [7].

Nu vidtar arbetet med att anpassa dessa riktlinjer till svenska förhållanden. Det arbetet kommer i hög grad att involvera primärvården. För att bearbeta de europeiska riktlinjerna för svenska förhållanden har kontakt redan etablerats mellan SFAM:s (Svensk förening för allmänmedicin) levnadsvanoråd och Svenska kardiologföreningens arbetsgrupp för prevention och levnadsvanor. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2016;113:D7HM

REFERENSER

- Piepoli ME, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: the Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J. 2016;37(29):2315-81.
- Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al; European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR); ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur Heart J. 2012;33:1635-701.
- SEPHIA. Årsrapport 2015. <http://www.ucl.ac.uk/med/heart/index.php/arsrapport-2015>
- Perk J, Hambraeus K, Burell G, et al. Study of patient information after percutaneous coronary intervention (SPICI): should prevention programmes become more effective? EuroIntervention. 2015;10:e1-7.
- Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011. Artikelnr 2011-11-11.
- Att förebygga aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom med läkemedel - behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket. 2014;(5):20-33.
- Agewall S, Rydén L, Perk J, et al. Efterlyses: politik mot hjärtinfarkt. Läkartidningen. 2013;110:664.