



Kristina Orth-Gomér, professor i samhällsmedicin, Karolinska institutet, Stockholm; medförfattare till »European Guidelines on CVD Prevention« och medlem av »Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice« (*k.orth-gomer@phs.ki.se*)

Nytt europeiskt koncept för prevention av hjärt–kärlsjukdom

|| Hjärt–kärlsjukdomar, särskilt hjärtinfarkt, utgör fortfarande den största risken för både män och kvinnor att dö i förtid och innebär en avsevärd risk för nedsatt livskvalitet för den överlevande. Trots kardiologins landvinningar med kraftigt minskad dödlighet i det akuta skedet är det fortfarande en stor andel patienter som dör i sin första attack innan de hunnit till sjukhus eller nåtts av specialtränad ambulanspersonal. Riktlinjer för preventiva insatser behövs, men de måste vara entydiga, lätta att förstå, praktiskt användbara, inte alltför tidskrävande samt vetenskapligt korrekta och balanserade. Att känna igen och förebygga en smygande åderförkalkningsprocess har blivit en viktig uppgift för varje behandlande läkare. Med de nya europeiska riktlinjerna [1, 2] kan läkaren bedöma och beräkna den enskilda patientens samlade risk att insjukna och dö i kardiovaskulär sjukdom under en given tidsperiod, t ex inom de närmaste tio åren.

Inom ramen för europeiska kardiologföreningen och dess »Third Joint Task Force for Cardiovascular Disease Prevention« har ett system med väsentligt förbättrade metoder för riskvärdering utvecklats. Det är baserat på representativa europeiska befolkningsdata, inte som tidigare på nordamerikanska data från Framingham – den småstad utanför Boston, vars befolkning länge utgjort norm för hjärt–kärlsjukdoms epidemiologin.

Med hjälp av SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) kan nu läkare, annan vårdpersonal och inte minst patienten själv avläsa den totala risken att insjukna och dö i hjärt–sjukdom. SCORE-tabellerna baseras på fem klassiska riskfaktorer: ålder, kön, systoliskt blodtryck, kolesterol och tobaksrökning [1, 2]. Den algoritm som ligger till grund för SCORE-systemet skattar den sammanlagda risken att dö i hjärt–kärlsjukdom under en tioårsperiod. Interaktion mellan riskfaktorer, dvs den ömsesidigt förstärkande effekten av kombinationer av riskfaktorer, är en viktig faktor vid riskbedömningen. SCORE-systemet och de flerfärgade riskkartorna tydliggör, förenklar och visualiserar hur stor risken är, hur stor den blir i framtiden och hur den kan påverkas vid förändring av riskfaktornivåerna.

Det har även visat sig nödvändigt med två geografiskt skilda europeiska riskkartor, en för lågrisk- och en för högriskregioner, där lågriskalgoritmen i princip gäller för Medelhavs-länderna (Grekland, Italien, Spanien, Portugal, Frankrike Luxemburg och Belgien) och högriskalgoritmen för övriga länder i Europa. Riskkartorna skiljer sig alltså mellan män och kvinnor liksom mellan Syd- och Nordeuropa. Ett arbete pågår nu runt om i Europa med att skapa nationella riskkartor, baserade på nationella databaser, för varje enskilt land inom den europeiska gemenskapen.

Ny svensk algoritm för riskvärdering

I detta nummer presenterar Lars Wilhelmsen och Hans Wedel från Göteborg tillsammans med Ronan Conroy och Tony

Sammanfattat

Nya europeiska riktlinjer för prevention av kardiovaskulär sjukdom har nu godkänts och publicerats.

Riktlinjerna betonar värdet av insatser kring livsstil, hälsobeteenden och psykosociala miljöfaktorer för möjligheterna att förebygga hjärt–kärlsjukdom.

Se även artikeln på sidan 1798 i detta nummer.

Fitzgerald från Dublin ett lovligt initiativ att ta fram en svensk ekvation för riskberäkning. Den svenska algoritmen baseras på riskfaktordata från norra Sverige och Göteborg som matchats mot data på riksnivå vad gäller dödlighet i hjärt–kärlsjukdom (Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen). Den svenska riskkurvan intar en medelposition mellan europeisk hög- och lågriskregion.

De nya riktlinjerna är resultat av ett gränsöverskridande samarbete mellan discipliner och specialister, vilka för bara något tiotal år sedan var hermetiskt slutna för varandra med noggrant skyddade revir. Under kraftfull ledning av den europeiska kardiologföreningen har åtta internationella specialistsällskap samverkat (European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society, European Society of Hypertension, International Society of Behavioral Medicine, European Society of General Practice, European Heart Network, European Association for the Study of Diabetes, International Diabetes Federation – Europé) representerande ämnesområdena kardiologi, hypertoni, diabetes, aterosklerosforskning, allmän- och familjemedicin och – inte minst – beteendemedicin och psykosocial medicin.

Interdisciplinärt samarbete

Redan i april 2000 hölls ett första möte i Helsingfors där europeiska kardiologer och läkare/forskare verksamma inom beteendemedicin och psykosocial medicin möttes för att gemensamt utveckla metodiken för livsstilsförändring och stressfaktorshantering. Det ledde till att de nya europeiska riktlinjerna för prevention betonar insatser kring livsstil, hälsobeteenden och psykosociala miljöfaktorer. Under det fortsatta arbetet har »The Third Joint Task Force on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice« med dess åtta olika discipliner nagelfarit, modifierat och accepterat tolkningen av den vetenskapliga evidensen inom det psy-

II Fakta

Helhetssyn grund för nya riktlinjer

De nya europeiska riktlinjerna för prevention av hjärt-kärlsjukdom grundas på en helhetssyn.

Riktlinjerna baseras på ett globalt riskkoncept med en ny europeisk algoritm, SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation System), som väger samman ålder, kön, systoliskt blodtryck, totalcholesterol och rökvanor.

Normativa data är hämtade från europeiska kohorter i motsats till det hittills använda Framinghams riskindex.

Vikten av livsstil och levnadsvanor betonas, både för uppkomsten av hjärt-kärlsjukdom och, framför allt, som mål för förebyggande insatser.

Dessutom identifieras de psykosociala faktorer och beteendefaktorer som ökar risken för skadliga beteenden och utgör barriärer för hälsosammare levnadsvanor:

Låg social klass, social isolering, stressfaktorer i familj och arbete, emotionella reaktioner som ilska och depression ökar risken för hjärt-kärlsjukdom och ställer större krav i det preventiva arbetet.

I ett samarbete över disciplinränder har kardiologer, diabetologer, hypertoni- och aterosklerosforskare liksom beteende- och allmänmedicinare enats om de nyligen publicerade »Guidelines for CVD prevention in clinical practice«.

kosociala området. Detta gäller såväl låg social klass, socioekonomisk status, social isolering och bristande socialt stöd som stress i arbetet, stress från relationer och i familjen, negativa emotioner inkluderande depression och ilska samt hälsofarliga beteenden som tobaksrökning, brist på fysisk aktivitet under fritiden, skadlig nutrition och överdriven alkoholkonsumtion.

Dessa risker identifieras i ett anamnestiskt samtal med patienten eller ännu enklare genom att patienten fyller i ett standardiserat frågeformulär [2]. Kunskapen är särskilt viktig för att förstå patientens inre motstånd och yttre barriärer mot att förändra och förbättra sin livsstil och sina levnadsvanor. Låg utbildning, monotont och okvalificerat arbete, påfrestningar i familjen eller relativ social isolering åtföljt av känslomässiga reaktioner som ilska och depression gör det mycket svårare att ta itu med övervikt, börja motionera och sluta röka.

Idag finns effektiva beteendemedicinska behandlingsmetoder mot långvarig depression, vare sig den är bidragande orsak till eller följd av hjärtsjukdomen. Även hälsovådliga beteenden som brist på fysisk aktivitet under fritiden och osunda kostvanor låter sig modifieras och behandlas med beteendemedicinsk metodik. Till och med tekniker och metoder för att motverka ensamhet och isolering kan bli tillgängliga för den behandlande läkaren. Varför skulle inte doktorn kunna ordinera sociala aktiviteter likaväl som han/hon ordinerar blodfettssänkande farmaka och motion?

Här har svensk forskning bidragit med empiriskt kunskapsunderlag till utformningen av de nya riktlinjerna [3-5].

Psykosocial intervention/prevention

Om och hur psykosociala risker skall angripas i preventivt syfte är fortfarande omtvistat. De psykosociala och beteendemedicinska interventionsstudierna är få, ofta underdimensionerade och inte alltid randomiserade och kontrollerade. Även med goda vetenskapliga resurser kan de metodologiska problemen vara avsevärda. Den stora finska primärpreventiva Nordkarelenstudien blev en viktig inspirationskälla till sam-

hällsbaserad prevention genom livsstilsförändring. Men de vetenskapliga konklusionerna var inte helt entydiga. De livsstilsförändringar som inträffade i Nordkarelen, som följd av folkhälsokampanjerna, »smittade av sig« till det närliggande kontrollområdet Kuopio. Följaktligen kunde man inte säkert visa att den insats man gjort verkligen var orsak till den kraftiga nedgång i insjuknande i hjärt-kärlsjukdom som kunde observeras. Det skedde ju en nästan lika stor positiv förändring i Kuopio.

Inte heller den hittills största satsningen på psykosocial intervention, den amerikanska multicenterstudien »Enhancing Behavioral Rehabilitation in Coronary Heart Disease« (ENRICHED) av mer än 2 000 hjärtinfarktpatienter, har gett entydigt konklusiva resultat. De metodologiska svårigheterna är likartade. Systematisk psykosocial och beteendemedicinsk intervention visade sig ha positiva effekter på depression och social isolering och gynnsamma effekter på livskvalitet. Men eftersom kontrollpatienterna fick tillgång till beteendemedicinsk information och rådgivning – med åtföljande positiva hälsoeffekter – blev nettoskillnaden i dödlighet i hjärt-kärlsjukdom mellan grupperna obetydlig [2].

Att hjärt-kärlsjukdom inte kan hejdas enbart med bypassoperationer, ballongvidgning, blodproppslösare, blodtrycks-sänkare och blodfettsförtunnare är nog de flesta överens om. De akuta åtgärderna måste åtföljas av riktade preventiva insatser. Det är inte försvarbart, varken ur ett folkhälsoperspektiv eller ur den enskildes patientens synvinkel, att passivt observera t ex en fetmaepidemi under uppsegling och låta den växa till att omfatta allt fler och allt yngre människor för att därefter behandla med massförskrivning av samhällssubventionerad farmakoterapi. Vi skulle knappast låta ofullständig vetenskaplig evidens fördröja eller förhindra kraftfulla åtgärder i ett sådant läge.

Analogt måste vi ta till oss de nya riktlinjernas budskap att psykosocial stress utgör en risk, som i sig kräver specifika åtgärder och insatser. Avgörande för vår framgång blir att även pågående interventionsprojekt och folkhälsokampanjer som har psykosociala och beteendemedicinska mål och metoder opartiskt och förbehållslöst utvärderas och diskuteras. Avgörande för framgången blir också tillämpningen av dessa nya gemensamma riktlinjer, vilka speglar ett samarbete och en samsyn i Europa som hittills överträffar alla försök till interdisciplinär samverkan i andra delar av världen.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2003;10:S1-S10.
2. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2003;24:1601-10.
3. Rosengren A, Wilhelmsen L, Orth-Gomér K. Coronary disease in relation to social support and social class in Swedish men. A 15 year follow-up in the study of men born in 1933. *Eur Heart J* 2004;25:56-63.
4. Åkerstedt T, Knutsson A, Westerholm P, Theorell T, Alfredsson L, Kecklund G. Sleep disturbances, work stress, and work hours – a cross-sectional study. *J Psychosom Res* 2002;53:741-8.
5. Wamala SP, Mittleman MA, Horsten M, Schenck-Gustafsson K, Orth-Gomér K. Job stress and occupational gradient in coronary heart disease risk in women. The Stockholm Female Coronary Risk Study. *Soc Sci Med* 2000;51:481-9.