

Europeiska Kardiologföreningen publicerade 2016 nya riktlinjer för kardiovaskulär prevention

EHI doi/10.1093/eurheartj/ehw106

Nedan följer en sammanfattning av de mest betydelsefulla delarna av de nya rekommendationerna tillsammans med kommentarer från Svenska Kardiologföreningens arbetsgrupp för preventiv kardiologi och levnadsvanor.

Läs även den Medicinska kommentaren **Hälsosamma levnadsvanor i fokus för nya riktlinjer (Perk J, Kiessling A, Agewall S)** i Läkartidningen. 2016;113:D7HM <http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Kommentar/2016/10/Halsosamma-levnadsvanor-i-fokus-for-nya-riktlinjer/>

Vad är nytt i 2016 års preventionsriktlinjer?

1. Det är ett större fokus på den enskilda patienten och dennes totala riskprofil.
2. Hälsosamma levnadsvanor och full följsamhet till föreskriven behandling sätts i centrum.
3. Riktlinjerna inkluderar nu även ett folkhälsoperspektiv med ett helt nytt avsnitt med rekommendationer om prevention på befolkningsnivå.

Riktlinjerna är en uppdatering av 2012 års publikation och följer väsentligen samma struktur: Vad är kardiovaskulär prevention? Vem behöver det? Hur och var ska det erbjudas? Dokumentet är väl i linje med de senaste svenska rekommendationerna (Socialstyrelsen, Läkemedelsverket).

Vem kan ha nytta av preventionen?

Bedömning av risk bör erbjudas alla som kan misstänkas ha en förhöjd risk för insjuknande och död i hjärtkärlsjukdom, såsom vid rökning, högt blodtryck eller vid diabetes mellitus. Det gäller även vid andra sjukdomar såsom t.ex. reumatoid artrit, sömnapnésjukdom eller erektil dysfunktion, vid kända förhöjda lipidvärden eller vid förekomst av familjär hyperkolesterolemi. Man rekommenderar att riskvärderingen återupprepas vart femte år bland dessa personer. Om hjärtkärlsjukdom finns i familjen (1a-grads kvinnliga anhöriga <65 år eller manliga anhöriga <55 år) bör också en riskbedömning göras.

Primärpreventivt rekommenderas att allmän screening för kvinnor >50 år och män >40 övervägs om resurser finns.

För en sammanvägning av olika riskfaktorer kan SCORE diagrammet användas där Sverige numera ingår i gruppen lågrisk-länder i Europa. 2012 års gradering av risk i fyra nivåer förblir densamma: mycket hög risk, hög risk, måttlig risk och låg risk. Även rekommenderade behandlingar och målvärden är oförändrade för varje grupp i de nu aktuella riktlinjerna.

Kommentar från arbetsgruppen: Primärpreventiv screening har hittills inte rekommenderats nationellt i Sverige men utförs sedan många år i Västerbotten <https://www.vll.se/startside/halsa-och-varld/folkhalsa/vasterbottens-halsundersokning-vhu>. Västerbottens hälsoundersökningar är vetenskapligt väl utvärderade med ett flertal framstående publikationer som visat positiva hälsoeffekter. Socialstyrelsen fastslog för några år sedan att hälsosamtal var kostnadseffektiva. Numer genomförs likande befolkningsinriktade primärpreventiva insatser i allt fler län och regioner t.ex. Jönköping, Gävleborg, Norrbotten, Västernorrland och Sörmland.

Man bör beakta svagheter i SCORE modellen: metoden bygger på äldre kohorter och det finns en ålderbegränsning till 40-65 år. Vidare finns det en risk för underskattning av risken för 10-års

mortalitet i hjärtkärlsjukdom hos yngre personer med påtagligt förhöjda enskilda riskfaktorer, samt en risk för underskattning av risk om SCORE modellen tillämpas t.ex. på patienter med diabetes. SCORE-beräkning kan aldrig ersätta en individuell klinisk bedömning.

Vad bör eller kan man erbjuda den enskilda personen?

I de aktuella riktlinjerna har hälsosamma levnadsvanor fått en högre prioritet. Vid såväl hypertoni, hyperlipidemi och diabetes mellitus slås fast att en framgångsrik behandling endast kan uppnås om patienten själv engagerar sig och får råd och stöd för att uppnå hälsosamma levnadsvanor. För framgångsrikt stöd lyfts betydelsen av ett motiverande förhållningssätt i patientmötet fram.

Målsättningen för de viktigaste riskfaktorerna

Tobak	Ingen exponering för tobak i någon form
Matvanor	Låg halt av mättat fett samt 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/m ² . Midjemått < 94 cm (män) eller < 80 cm (kvinnor)
Blodtryck	< 140/90 mm Hg

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

Målvärden för lipider är oförändrade, sänkning av LDL-kolesterol förblir den viktigaste målsättningen (< 1.8 mmol/l och minst 50 % reduktion av utgångsvärdet för personer med mycket hög risk, < 2.6 mmol/l och minst 50 % reduktion av utgångsvärdet för personer med 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 förutsättningen att dessa äldre är i gott allmäntillstånd. Större användning av 24-timmars blodtrycksregistrering och av patienternas egen kontroll önskas men tyvärr saknas ännu åldersrelaterade målvärden.

Hälsosamma levnadsvanor och viktminskning för överviktiga patienter förblir hörnstenen i den preventiva vården av patienter med diabetes. Målvärdet för HbA1C för att minska risken för hjärtkärlsjukdom och mikrovaskulära komplikationer är för de allra flesta diabetiker, både typ I och II, <53 mmol/mol.

I dokumentet identifieras även särskilda preventiva råd för kvinnor, såsom den förhöjda risken för kvinnor med polycystiskt ovarialsyndrom, graviditetsdiabetes respektive hypertoni och eller preeklampsi.

Vidare kan anpassade preventiva insatser behövas för personer från vissa etniska minoriteter, socioekonomiskt utsatta samt personer med en psykosocial problematik.

Följsamhet till den givna behandlingen förblir ett stort problem: särskilda råd ges hur man kan förbättra patientens följsamhet.

Kommentar arbetsgruppen: i stort sett samma budskap som i 2012-års version men rekommendationen för målvärden för blodtrycket i åldersgruppen över 60 och över 80 år är otydliga och kan leda till feltolkningar. Läkemedelsverkets senaste behandlingsrekommendationer för att förebygga aterosklerotiska hjärtkärlsjukdomar med läkemedel (2014) rekommenderar < 140/90 oavsett ålder.

De Nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder 2011 lyfter fram betydelsen av rådgivande och kvalificerat rådgivande samtal (t.ex. motiverande samtal) som vetenskapligt välgrundade metoder för att uppnå hälsosamma levnadsvanor. Vidare poängteras här användning av tillägg för att öka följsamheten till råden t.ex. förskrivning av fysisk aktivitet på recept (FaR). De europeiska riktlinjerna är väl i linje med dessa nationella riktlinjer.

Hur bör eller kan man stärka preventionen på befolkningsnivå?

I dokumentet finner man både en gradering av den vetenskapliga evidensen och av rekommendationer för åtgärder på folkhälsoplanet. Föreslagna åtgärder delas in i sju områden:

1. Myndigheter och lagstiftning
2. Media och utbildning
3. Varumärkning och information
4. Ekonomiska incitament
5. Skolor
6. Arbetsplatser
7. Lokalsamhället

Insatser på befolkningsnivå kan leda till ett ökat intresse bland beslutsfattare, särskilt när detta sker i samverkan med nationella organisationer såsom yrkes- och patientföreningar. Läkare och andra hälsoprofessioner uppmanas att ta en större plats i debatten för en god folkhälsa, då den vetenskapliga evidensen finns för att agera även från professionens sida. Bland rekommendationerna med högsta styrkan (grad I) kan följande nämnas:

Tobak: priset bör höjas för att minska tobaksbruket, 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 finns, 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: här föreslås lagstiftning 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. Informationen om näringsinnehållet bör uniformt finnas på framsidan av

förpackningar och vara tillräckligt läsbart. 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. En ökad satsning bör även göras på skolgårdar så att de inbjuder till fysisk aktivitet.

Kommentar arbetsgruppen: Detta är ett angeläget kapitel och ur ett svenskt perspektiv pågår en hel del aktiviteter och initiativ. Ansvars- och arbetsfördelningen mellan professionsorganisationer, myndigheter, län- och regioner samt andra samhällsaktörer är dock oklar. Än mindre tydlig är hjärtkärlsjukvårdens roll i detta. Arbetsgruppen vill efter samråd med svensk förening för allmänmedicins levnadsvanoråd samt kvalitets- och patientsäkerhetsråd lyfta fram följande angelägna exempel på aktiviteter på befolkningsnivå inom hälso- och sjukvårdens ansvarsområde:

1. FH-screening (Familjär Hyperkolesterolemi) under en 10 årsperiod från 2015 enligt Socialstyrelsens Riktlinjer. Här bör ett nationellt kompetensstöd utvecklas.
2. Riktade Hälsosamtal inom primärvården å la Västerbotten, Jönköping m.fl. (jmf ovan). Arbetsgruppen ställer sig bakom en nationell spridning av dessa i primärvården i stort.
3. I enlighet med de europeiska riktlinjerna vill vi från arbetsgruppens sida poängtera att hjärtkärlprevention är en angelägenhet för hela hälso- och sjukvården och att all vårdpersonal ska kunna efterfråga patienters levnadsvanor och vid behov hänvisa vidare för stöd. Det målet finns nu även bland de allmänna målen för specialistkompetens som läkare.

Var bör preventionen ske i klinisk praxis?

Hjärtkärlprevention är en angelägenhet för hela hälso- och sjukvården. När det är lämpligt ska all vårdpersonal kunna värdera individens totala kardiovaskulära risk. Teamarbete inom öppenvård är basen för ett effektivt långsiktigt preventivt arbete, särskilt för gruppen med hög kardiovaskulär risk. Rådgivning om levnadsvanor och planering av den fortsatta preventiva vården bör initieras redan under vårdtiden på sjukhuset för patienter med kardiovaskulär sjukdom. Efter utskrivningen ska patienten med akut koronart syndrom eller hjärtsvikt erbjudas en möjlighet att delta i ett program för hjärtrehabilitering, med start helst inom de första veckorna efter utskrivningen. Planering och uppföljning av detta kan med fördel delegeras till en sjuksköterska. En systematisk kvalitetsgranskning av det preventiva vårdarbetet behövs, någonting som i Sverige redan sker inom ramen för det nationella SEPHIA registret.

Kommentar arbetsgruppen: dessa råd ligger helt i linje med det nya vårdprogrammet för sekundär prevention efter akut koronart syndrom som arbetsgruppen för levnadsvanor i samverkan med Riksförbundet Hjärt-Lung och arbetsgruppen för SPICI-studien våren 2016 presenterade på det kardiologiska vårmötet - Prevention vid kranskärlssjukdom: hjärtrehabilitering i förvandling. Arbetsgruppen stödjer även de levnadsvanemottagningar för högriskindivider som har till uppgift att ge kvalificerat stöd för att utveckla och vidmakthålla hälsosamma levnadsvanor.

Allmänna slutsatser från arbetsgruppen: Arbetsgruppens bedömning är att de nya europeiska preventionsriktlinjerna utgör en viktig grund för det fortsatta svenska arbetet. Evidensbaserade preventiva insatser är fortsatt underutnyttjade både på individ och populationsnivå.