



Helsedirektoratet

Deres ref.:

Vår ref.:
16/6660

Dato: 15.3.17

Høring - Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av hjerte- og karsykdom (IS-1550)

Det vises til brev av 7.12.2016. Direktoratet ber om tilbakemeldinger på det faglige innholdet i retningslinjen, om den er tydelig og om det er mangler. Direktoratet ber også om forslag til tiltak som bør iverksettes for å sikre at retningslinjen tas i bruk i tjenestene.

Utkastet til ny retningslinje skiller seg særlig fra retningslinjen fra 2009 på følgende punkt:

1. Retningslinjen er basert på en ny risiko-kalkulator (NORRISK 2), som beregner risiko for både dødelige og ikke-dødelige kardiovaskulære hendelser (i motsetning til den forrige kalkulatoren som gir risiko kun for død av hjerte- og karsykdom)
2. Intervensjonsgrensen ved forhøyet kolesterolnivå som eneste intervensjonskriterium er redusert fra 8 mmol/l til 7 mmol/l
3. Det gis nå råd om primærforebyggende behandling også for dem over 75 år
4. Retningslinjen omfatter også sekundærforebygging.

Generelle kommentarer

Legeforeningen er enig i at det er ønskelig med en oppdatering av retningslinjen fra 2009. Retningslinjen har fått en god språklig og elektronisk utforming. Mye stoff vil være tilgjengelig og nyttig for allmennheten. Legeforeningen ønsker en kortversjon som er enda mer anvendelig for daglig praksis. Det er positivt at det legges stor vekt på å konkretisere råd om livsstilsendring, og på at beslutninger om forebyggende behandling må basere seg på skjønn og dialog mellom lege og pasient. Retningslinjen bør likevel understreke klarere at pasientene bør være innforstått med sine behandlingsmål og begrunnelsen for disse. Videre er gjennomgående oppmerksomhet på pasientsikkerhet i medisinerer en styrke i denne retningslinjen.

Det er betimelig at retningslinjen problematiserer intervensjonsgrenser og at det fremheves at det er risiko for at individrettet forebygging kan gjøre skade i form av medikalisering, overdiagnostikk og overbehandling. Legeforeningen støtter prinsippet om å prioritere dem med høyest risiko og størst potensiale for gevinst av forebyggende tiltak. Anbefalingene om nye intervensjonsgrenser som er kommet, synes likevel utilfredsstillende utredet, kfr. kommentar til punkt 2. under. Legeforeningen mener at denne utredningen bør gjøres før retningslinjen innføres.

Det fremgår av høringsbrevet at Helse- og omsorgsdepartementet har instruert Helsedirektoratet om å utforme denne nye retningslinjen. Departementet ser den nye retningslinjen som et virkemiddel for å oppnå den såkalte NCD-strategien som har som overordnet mål å redusere for tidlig død av hjerte- og karsykdommer, diabetes, kroniske lungesykdommer og kreft med 25 prosent innen 2025.

Dødeligheten av hjerte- og karsykdom har vært synkende i Norge i flere tiår, og er nå blitt omtrent like lav som i Middelhavslandene. Det er langt fra sikkert at dødelighet av hjerte- og karsykdom fortsatt kan reduseres mye ved hjelp av individrettede forebyggende tiltak, og det er stor fare for at forsøk på å oppnå en slik reduksjon kan ha store omkostninger og bivirkninger.

Kommentarer til punktene 1- 4

1. Det er positivt at det legges stor vekt på praktisk håndtering av risikovurdering, og at det nå foreligger verktøy basert på nyere risikoestimer og oppdatert kunnskap som grunnlag for beslutninger om forebyggende behandling som også må basere seg på skjønn og dialog mellom lege og pasient.

2. Intervensjonsgrensen for totalkolesterol er senket fra fra 8 til 7 mmol/l. Samtidig innfører man en risikogrense knyttet til LDL kolesterol på 5 mmol/l. Det er ikke gjort noen beregning av hvor mange som blir definert som risikanter basert på NORRISK2 og de foreslåtte intervensjonsgrensene, og som dermed bør følges opp av primærhelsetjenesten. Det er ikke redegjort for kost-nytte vurderinger, eller om primærhelsetjenesten har kapasitet til å håndtere nye kriterier. Legeforeningen mener at senkede intervensjonsgrenser ved forebygging av NCD alltid bør gjøres gjenstand til kost-nytte og kapasitetsberegninger. For en allerede hardt belastet primærhelsetjeneste vil slike endringer representere åpenbare prioriteringsutfordringer.

3. Legeforeningen støtter at pasienter som har mottatt primærforebyggende medikamentell intervensjon fra yngre alder skal kunne fortsette denne, likeledes at pasienter i terminal livsfase ikke trenger forebyggende medikamenter. Det foreligger svake anbefalinger for statin- og blodtrykksbehandling av personer over 75 år. Retningslinjen peker på at eldre uten etablert hjerte- og karsykdom eller diabetes kun bør tilbys statinbehandling og blodtrykksbehandling basert på en individuell klinisk vurdering av nytte og risiko, der man særlig vektlegger hvorvidt det foreligger andre vesentlige sykdommer og stor grad av polyfarmasi. Legeforeningen støtter vektleggingen på helhetlig individuell vurdering.

4. Legeforeningen mener at det er hensiktsmessig å utvide retningslinjen til å gjelde sekundærprofylakse.

Spesifikke kommentarer til innholdet

Legeforeningen savner omtale av det finnes sårbare grupper med økt risiko som faller utenfor risikomodellen (i.e. pasienter med langvarig psykisk lidelse, lav sosioøkonomisk status og personer med fremmedkulturell bakgrunn)

I kapittelet om utredning av høyt blodtrykk, er anbefalingen i hovedoppslaget: "Personer med gjentatte blodtrykksmålinger $\geq 140/90$ mm Hg anbefales undersøkelse for å kartlegge nøyaktig blodtrykksnivå". Under praktiske råd heter det: "Diagnostikk er vanligvis basert på

måling ved 3 uavhengige besøk og diagnoseblodtrykket er gjennomsnittet av trykket ved de to siste konsultasjonene." Disse utsagnene synes å stå i motstrid til hverandre. Risikoberegningene for pasientene med inflammatoriske leddsykdommer som revmatoid artritt(RA) m. fl. anbefales oppgradert. Tradisjonelle risikokalkulatorer gir en upresis risiko for fremtidige hendelser sammenliknet med faktiske hendelser. I ESC retningslinjer for forebygging av hjerte-karsykdommer og EULAR's anbefalinger for forebygging av den økte kardiovaskulære risikoen hos pasienten med inflammatorisk leddsykdom anbefales det å multiplisere den beregnede risikoen for fremtidig hjerte-kar hendelse med 1.5. I de norske retningslinjene er multiplikatoren satt til 1.4. I en dansk registerstudie er det vist at pasienter med RA har en relativ risiko på 1.7 for fremtidig hjerteinfarkt sammenliknet med de som ikke har RA. Den forhøyete risikoen hos RA pasienter var lik den pasienter med diabetes hadde. Det er likevel vist at multiplikatoren på 1.5 ikke korrekt predikerer fremtidige kardiovaskulære hendelser hos RA pasienter. En av årsakene til feilaktige risikoberegning ved bruk av tradisjonelle risikokalkulatorer kan være at pasienter med RA har 2-3 ganger hyppigere asymptomatisk aterosklerose i arteria carotis enn sammenlignbare pasienter som ikke har RA. RA pasienter med carotidplakk har 2,5-4 ganger høyere risiko for akutt koronarsyndrom og har redusert overlevelse grunnet kardiovaskulær sykdom. Fordi pasienter med RA har høy pretest-sannsynlighet for å få avdekket carotid aterosklerose anbefaler vi, på linje med EULAR, at den kardiovaskulær risikovurderingen bør inkludere ultralyd av arteria carotis.

Det er henvist til diabetesretningslinjen under kapitlet om risikovurdering og grense for legemiddelbehandling. Her anbefales å sette inn lenke.

Kolesteroltesting bør ikke være forbeholdt dem over 40 år. Det er svært viktig at familiær hyperkolesterolemi (FH) diagnostiseres tidlig.

Det er oppgitt upresis pris på statiner (3-400 kr/år). Atorvastatin 40 mg koster 419 kr for 3 mnd.

Gradering og språkbruk

I tråd med retningslinjene for GRADE og praksis ved den nylig publiserte nasjonale retningslinje for diabetes vil vi anbefale å bruke formuleringene «anbefales» for sterke anbefalinger og «foreslås» for svake anbefalinger istedenfor "må" og "bør".

Livsstilsråd

Røyking

Passiv røyking bør nevnes som noe man bør unngå både å eksponeres for og å forårsake.

Fysisk aktivitet

Det refereres til Aktivitetshåndboken (antagelig utgave 2008). Legeforeningen bemerker at utgangspunktet for Aktivitetshåndboken, "Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling" (FYSS) 2008, nå nettopp er kommet i ny utgave, FYSS 2017. Denne bør brukes som referanse.

Det bør angis hva graderingen svak-sterk anbefaling står for. Fysisk aktivitet som primær profylakse oppgis som svak anbefaling og bør i så fall vurderes oppgradert til moderat. Effekten av inaktivitet: Aktiv vs. helt inaktiv livsstil utgjør det største og viktigste skille når det gjelder helseeffekt og bør omtales nærmere

Alkohol

Nyere evidens går i retning av at også mindre doser alkohol ikke bør fremheves som sunt, men beskrives helsemessig nøytralt. Vi støtter den innstramningen i råd om anbefalte maksimale doser alkohol som er gitt.

Innspill til implementering av retningslinjen

Vi foreslår at retningslinjen og FYSS kunne foreligge som fritt nedlastbar slideserie og sendes ut til alle norske sykehus og andre som ønsker det. Alle større helseinstitusjoner som har yngre leger ansatt, har obligatoriske utdanningsprogrammer med regelmessige flere ukentlige foredrag hvor dette kunne gå inn i undervisningen.

Senter for kvalitet i legekontor (SKIL) har utviklet en metode for læring av egen praksis i veiledede kollegagrupper, med oversikt over egen praksis basert på indikatorer, og bruk av skreddersydde e-læringskurs som hjelpemidler. Det foreligger data som viser forbedring av praksis når det gjelder SKILs første tema som er Legemiddelgjennomgang og risikomedikasjon til eldre. Det anbefales et samarbeid mellom myndighetene og SKIL for å utvikle et tilbud om retningslinjens tema.

Retningslinjen vil også være viktig for samarbeidende helsepersonell som sykepleiere og fysioterapeuter og spesialisthelsetjenesten, og ikke minst frivillige organisasjoner på nasjonalt og lokalt plan (LHL, lokale helselag mfl). Den kan legges ut på nettstedet helsenorge.no.

Med hilsen

Den norske legeforening

Geir Riise
generalsekretær

Bjarne Riis Strøm
fagdirektør