



Europæisk charter for hjertesundhed

Forord

Dødelighed og sygdom

Hjertekarsygdom er den hyppigste dødsårsag for både mænd og kvinder i Europa¹. Næsten halvdelen af alle dødsfald i Europa skyldes hjertekarsygdomme. De er hvert år årsag til 4,35 mio. dødsfald i de 52 lande, som er medlem af verdenssundhedsorganisationen WHO Region Europa, og over 1,9 mio. dødsfald årligt i EU². Hjertekarsygdomme er også en af de hyppigste årsager til invaliditet og forringet livskvalitet.

Hjertekarsygdom kan forebygges. WHO vurderer, at antallet af hjertekarsygdomme kan halveres i takt med en beskeden nedgang i forekomsten af forhøjet blodtryk, fedme, forhøjet kolesterol og forbrug af tobak.

Dødelighed som følge af hjertekarsygdom falder i de fleste nord-, syd- og vesteuropæiske lande, men i Central- og Østeuropa er der tale om et mere langsomt fald eller en egentlig stigning.

Trods faldende dødelighed af hjertekarsygdomme, stiger antallet af hjertekarpatienter blandt både kvinder og mænd. Paradokset skyldes den forlængede levealder og forbedrede overlevelse blandt hjertekarpatienter.

Hjertekarsygdomme er årsag til flere dødsfald end kræftsygdomme. Dødeligheden er højere blandt kvinder end mænd. 55% af alle kvinder dør af hjertekarsygdom, mens procentdelen for mænd er 43. Blandt europæere med lav social status er dødeligheden på grund af hjertekarsygdom endnu højere.

Risikofaktorer

Risikofaktorer for hjertekarsygdom er rygning, forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol i blodet. Det er faktorer, som kan relateres til den enkeltes levevis, spisevaner og motionsniveau. Andre risikofaktorer er overvægt og fedme, sukkersyge, overdrevent alkoholforbrug og stress.

Omkostninger

Det skønnes, at hjertekarsygdom belaster EU's økonomi med € 169 mia. om året. Det svarer til en årlig omkostning pr. indbygger på € 372. I nogle medlemslande er omkostningerne mere end 10 gange større end i andre. Således er omkostningerne pr. indbygger under € 50 i Malta, mens omkostningerne er € 600 i fx Tyskland og Storbritannien.



with the support of



Lande med høj forekomst af hjertekarsygdom lider samtidig under en dårligere økonomisk udvikling end lande med lav forekomst af hjertekarsygdom. Produktionstab som følge af hjertekarsygdom og død koster EU over €35 mia. Det svarer til 21% af de samlede omkostninger ved hjertekarsygdomme. Omkring to tredjedele af omkostningerne skyldes dødsfald (€24,4 mia.) og en tredjedel (€10,8 mia.) skyldes sygefravær for hjertekarsyge i den arbejdsdygtige alder.

Samarbejde på tværs af sektorer

EU-dokumenter, herunder rådsresolutionerne⁴ fra 2004 om fremme af hjertesundhed, understreger betydningen af at gøre en indsats på befolkningsniveau samt på individniveau for at identificere højrisikopatienter.

Rådsresolutionerne, som blev vedtaget under det irske formandskab, opfordrede såvel Kommissionen som medlemslandene til at sikre den fornødne indsats over for hjertekarsygdom. Luxembourg-deklarationerne⁵, som blev vedtaget under Luxembourgs formandskab, omfattede en aftale mellem repræsentanter for nationale sundhedsministerier og europæiske og nationale repræsentanter for kardiologiske selskaber og hjerteforeninger, som deltog i Luxembourg-mødet. Aftalen gik ud på at igangsætte eller styrke indsatsen for at forebygge hjertekarsygdom og sikre, at alle europæiske lande har effektive forholdsregler, politikker og planer om forebyggelse. Der er vedtaget flere WHO-resolutioner og chartre⁶ om bekæmpelse af hjertekarsygdom og andre alvorlige ikke-epidemiske sygdomme.

Målet om at sikre den europæiske befolknings sundhed og højere livskvalitet ved at reducere følgevirkningerne af hjertekarsygdom er nedfældet i sin helhed i EU traktaten⁷ og i formålsparagrafferne i EU's Lissabon-agenda. Mulighederne for at integrere sundhed i alle politikker er fastslået i Rådets konklusioner ved et møde den 30. november 2006 under det finske formandskab⁸.

Med støtte fra EU-kommissionen og WHO indbyder European Heart Network (det europæiske hjertenetværk) og European Society of Cardiology (det europæiske selskab for kardiologi) relevante europæiske og internationale organisationer til at:

- tilslutte sig et europæisk charter for hjertekarsundhed
- forpligte sig til at bekæmpe tidlig død og lidelser som følge af hjertekarsygdom gennem forebyggelse
- handle i overensstemmelse med Saint Valentine's deklARATIONEN fra Winning Heart konferencen den 14. februar 2000.

"Ethvert barn, som er født i det nye årtusind, har ret til en levetid på mindst 65 år uden at blive ramt af hjertekarlidelser, som kan forebygges"



with the support of



Del I: Formål

Paragraf 1

Formålet med et europæisk charter for hjertekarsundhed er at nedbringe byrden af hjertekarsygdom i EU og i WHO Region Europa og at mindske og udligne ulighed for sygdomsramte landene imellem.

I dette dokument omfatter udtrykket hjertekarsundhed hjertesygdomme, slagtilfælde og andre åreforkalkningssygdomme.

Paragraf 2

Charteret anbefaler medunderskriverne at fremme og støtte livsstilsorienterede interventioner, som i betydelig grad medvirker til at afhjælpe følgerne af hjertekarsygdomme.

Del II: Medunderskriverne erkender at

Paragraf 3

Der er flere faktorer til hjertekarsygdom, og det er vigtigt, at der sættes ind over for alle risikofaktorer og determinanter på såvel samfunds- som individniveau.

Hjertekarsundhed er karakteriseret ved:

- intet tobaksforbrug
- tilstrækkelig motion – mindst 30 minutter 5 gange om ugen
- sunde spisevaner
- ingen overvægt
- blodtryk under 140/90 mmHg
- kolesterolindhold i blodet under 5 mmol/l (190 mg/dl)
- normalt sukkerstofs-kifte
- undgåelse af kronisk stress.

Paragraf 4

Faktorer forbundet med risiko for hjertekarsygdom kan inddrages i tre kategorier

Biologiske	Livsstilsrelaterede	Andre determinanter	
		Kan ikke påvirkes	Kan ændres
Højt blodtryk	Tobaksrygning	Alder	Indkomst
Højt blodsukker	Usund kost	Køn	Uddannelse
HDL-kolesterol	Alkoholmisbrug	Genetik	Leveforhold
Overvægt/fedme	Fysisk inaktivitet	Etnicitet	Arbejdsforhold

Paragraf 5

Politisk kan risikofaktorerne påvirkes via lovgivning – fx skattelovgivning – kampagner, og andre tiltag, der støtter forebyggelse af hjertekarsygdom.

Enkeltpersoner, kan selv gøre en indsats ved at vælge sund mad, undlade at ryge og dyrke regelmæssig motion.

Sundhedsfagligt personale kan være med til at forebygge hjertekarsygdom ved at rådgive, identificere og behandle højrisiko-personer.

Paragraf 6

Indsatsen for at forebygge hjertekarsygdom skal starte i barndommen og udvikles livet igennem.

Paragraf 7

Følgenvirkninger af diagnosticeret hjertekarsygdom kan nedbringes ved, at diagnosen stilles tidligt, at sygdommen behandles korrekt samt ved rehabilitering med professionel rådgivning om sund levevis.

Paragraf 8

Der er behov for at rette opmærksomheden mod kønsspecifikke aspekter ved hjertekarsygdom og – sundhed.

Del III: Medunderskriverne indvilger i at

Paragraf 9

Gennemføre de politikker og foranstaltninger, der er politisk enighed om i henhold til følgende EU-dokumenter:

- Rådets konklusioner om hjertekarsundhed (juni 2004)⁴
- Luxembourg-deklarationen (juni 2005) om kampagnestøtte for hjertekarsundhed⁵
- WHO-resolutionen om forebyggelse og overvågning af ikke-epidemiske sygdomme i WHO Region Europa⁹

Implementeringen skal ske på europæisk, nationalt og regionalt plan.

Paragraf 10

Arbejde for og støtte udvikling og implementering af omfattende sundhedsstrategier, foranstaltninger og politikker, som fremmer hjertekarsundhed og forebygger hjertekarsygdom, på europæisk, nationalt, regionalt og lokalt plan.



with the support of



Paragraf 11

Opbygge og styrke initiativrige alliancer om hjertekarsundhed for at opnå størst mulig politisk støtte til at udvikle politikker og koordinere handlingsplaner, som mindsker følgerne af hjertekarsygdom.

Paragraf 12

Anspore massemedierne til at opmuntre til uddannelse og kompetenceudvikling i den offentlige sektor og i patientgrupper. Skabe bred opmærksomhed om hjertekarsundhed og sikre, at alle kræfter i samfundet mobiliseres til at opbygge koalitioner.

Paragraf 13

Udvikle grundlaget for at gennemføre kampagner for sundhed ved uddannelse og efteruddannelse, som kan medvirke til, at dette charter bliver gennemført.

Paragraf 14

Støtte udviklingen af nationale strategier til at identificere personer i højrisikogruppen, forebygge, at de bliver syge, og følge op på og udvise omsorg for personer, der har en diagnosticeret hjertekarlidelse.

Paragraf 15

Fremme gennemførelsen af de seneste europæiske retningslinjer for at forebygge hjertekarsygdom, udarbejdet af det fælles europæiske ekspertudvalg. Fremstødet omfatter, at retningslinjerne oversættes til lokale sprog, og at de tilpasses til nationale specifikationer, herunder statistikker over dødelighed og sygdomsforekomst i de enkelte lande, og lokal praksis. Retningslinjerne skal også tilpasses lokale rutiner i sundhedssektoren samt udbredes til alle medicinske fagområder og til andre samarbejdspartnerne i sygdomsforebyggelse.

I samarbejde med sundhedsmyndighederne sikre, at det forebyggende arbejde prioriteres højt i sundhedssektoren og får tilført tilstrækkelig veluddannet arbejdskraft, som aflønnes rimeligt i forhold til landets lønpolitik.

Paragraf 16

Prioritere undersøgelser af, om politikker og forebyggelse fungerer effektivt, herunder vurdere de økonomiske omkostninger i sundhedssektoren.

Igang sætte forskning i epidemiologi og adfærdsfaktorer, herunder virkningen af de programmer, som fx

- gennemføres for at højne folkesundheden generelt
- er rettet mod ungdommen og forståelse af aldringens betydning for at udvikle hjertekarsygdom
- har fokus på særlige kvindeaspekter.

Undgå at forskning i hjertekarsygdom splittes op ved at fremme og finansiere samarbejde, udvidelse og koordinering af forskningsprojekter.

Paragraf 17

Kortlægge og bedømme det aktuelle niveau for hjertekarsundhed, herunder udbredelsen af viden om risikofaktorer, for at vurdere om befolkning og enkeltpersoner er nærmere målene i paragraf 2.

Paragraf 18

Regelmæssigt undersøge, i hvilket omfang nationale politikker og planer vedtages og gennemføres.

I samarbejde med EU-kommissionen og WHO arrangere møder om det europæiske charter for hjertekarsundhed for at etablere en platform for at udveksle ideer og erfaringer og fremlægge planlagte eller gennemførte forbedringer.

Officiel støtte til

Det europæiske charter for hjertekarsundhed

Undertegnede godkender hermed officielt det europæiske charter for hjertekarsundhed.

- Fordi hjertekarsygdom stadig er den største dødsårsag i Europa
- Fordi det europæiske charter for hjertekarsygdom prioriterer, at hjertekarsygdom bekæmpes og forebygges i europæisk folkesundhedspolitik
- Fordi det europæiske charter for hjertekarsundhed bekæmper risikofaktorer og satser på at mobilisere tværsektorielt samarbejde og bred støtte til at fremme hjertekarsundhed og forebygge hjertekarsygdom:

Undertegnede vil arbejde tæt sammen med alle øvrige medunderskrivere på europæisk og nationalt plan inden for sundhedssektoren og med alle potentielle partnere – politikere såvel som NGO'er – om at medvirke aktivt til et mere hjertekarsundt Europa.



with the support of



WONCA Europe

Comité Permanent des Medecins Européens / Standing Committee of European Doctors (CPME)

European Institute for Women's Health (EIWH)

European Men's Health Forum (EMHF)

European Network for Smoking & Prevention (ENSP)

European Public Health Alliance (EPHA)

European Health Management Association (EHMA)

EuroHealthNet

European Atherosclerosis Society (EAS)

European Society of Hypertension (ESH)

European Association for the Study of Diabetes (EASD)

International Society on Behavioural Medicine (ISBM)

European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (EACPR)

ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP)

1 Rådsmøde nr. 2733 Beskæftigelse, socialpolitik, sundhed og forbrugerbeskyttelse – Luxembourg – 1. og 2. juni 2006

2 European Cardiovascular Disease Statistics – British Heart Foundation and European Heart Network – 2005

3 Den økonomiske belastning af hjertekarsygdom i den udvidede europæiske union – European Heart Journal

4 Det Europæiske Råd – 9507/04 – Rådsmøde nr. 2586. – 1. og 2. juni 2004

5 Luxembourg- deklARATIONEN – 29. juni 2005

6 EUR/RC56/R2; WHA53.17; EUR/RC52/R12; EUR/RC55/R1; EUR/RC54/R3; EUR/RC55/R6

7 EU-traktatens artikel 152

8 Rådsmøde nr. 2767 Beskæftigelse, socialpolitik, sundhed og forbrugerbeskyttelse – Bruxelles – 30. november og 1. december 2006

9 Regional Komité resolution EUR/RC56/R2 om forebyggelse og overvågning af ikke-epidemiske sygdomme i WHO Region Europa



with the support of

