



Det Europeiska Hjärthälsofördraget

Förord

Sjuk- och dödlighet

Hjärt-kärlsjukdom är den vanligaste dödsorsaken hos Europeiska kvinnor och män (1). Sådan sjukdom förorsakar nära hälften av alla dödsfall i Europa, årligen mer än 4,35 milj dödsfall i de 52 medlemsstaterna i World Health Organisations (WHO) europeiska del och mer än 1,9 milj inom den Europeiska Unionen (EU; 2). Hjärt-kärlsjukdom förorsakar dessutom hos många individer en betydande grad av funktionsnedsättning och minskad livskvalitet.

Dessa fakta kontrasterar mot att hjärt-kärlsjukdom kan förebyggas. WHO uppskattar att man kan halvera risken för insjuknande i hjärt-kärlsjukdom genom att åstadkomma en måttlig sänkning av befolkningens blodtryck, övervikt, kolesterol och tobaksbruk.

Antalet som insjuknar och senare avlider i hjärt-kärlsjukdom minskar i de flesta länder i norra, södra och västra Europa men ökar i vissa delar av centrala och östra Europa.

Trots att dödligheten i hjärt-kärlsjukdom minskar inom EU ökar antalet kvinnor och män som lever med hjärt-kärlsjukdom (1). Denna paradox beror på en ökande livslängd och att fler patienter överlever ett insjuknande i hjärt-kärlsjukdom.

Sammantaget förorsakar hjärt-kärlsjukdom fler dödsfall än alla cancerformer tillsammans - i högre grad hos kvinnor (50 % av alla dödsfall) än män (43 % av alla dödsfall; 3) – och dödligheten bland kvinnor och män med låg socioekonomisk status är särskilt hög.

Risk faktorer

Viktiga, väl kända riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom är tobaksbruk och förhöjt blodtryck, respektive kolesterolvärde. Dessa riskfaktorer sammanhänger med livsstil och matvanor samt graden av fysisk aktivitet. Andra faktorer av betydelse är övervikt, diabetes mellitus, överkonsumtion av alkohol och psykosocial stress.

Kostnader

Hjärt-kärlsjukdom beräknas kosta EU €169 miljarder/år. Omräknat till årskostnad per person blir den €372. Denna kostnad varierar mer än tiofalt mellan olika medlemsstater – från mindre än €50 i Malta till över €600 i Tyskland och Storbritannien.



with the support of



Samarbeten mellan olika sektorer och aktion

Dokument utfärdade på hög EU-nivå, särskilt slutsatsen från ett möte om befrämjandet av hjärt-kärlhälsa år 2004 (4) understryker betydelsen av att arbeta såväl med en befolknings- som en individinriktad ansats, den senare genom att identifiera högriskindivider.

Ett EU-kommissionsdokument, framtaget under det irländska presidentskapet, uppmanade såväl EU som enskilda medlemsstater att förbinda sig att vidta åtgärder mot hjärt-kärlsjukdom.

Luxemburgdeklarationen (5), antagen under det luxemburgska presidentskapet, upprättade en överenskommelse mellan representanter från nationella hälsovårdsmyndigheter, europeiska och nationella representanter för kardiologföreningar och hjärtfonder att med kraft starta och förstärka förebyggande av hjärt-kärlsjukdom samt se till att effektiva handlingsplaner och interventioner blir tillgängliga i alla europeiska länder. Fler WHO-resolitioner och fördrag (6) om att besegra hjärt-kärlsjukdom och andra betydande icke smittsamma sjukdomar har antagits.

Målet om att vidmakthålla hälsa och förbättra livskvaliteten hos den europeiska befolkningen genom att minska betydelsen av hjärt-kärlsjukdom framgår tydligt av EU-fördraget (7) samt av målsättningen bakom EU:s Lissabonagenda liksom av att förslaget att hälsoaspekter skall integreras i alla principiella EU-planer, uttryckt i konklusionerna från det europeiska rådsmötet den 30 november 2006 under det finländska ordförandeskapet (8).

Med stöd av EU kommissionen, WHO, Europeiska Hjärtforskningsorganisationer och Hjärtläkarföreningar, inviteras berörda Europeiska och Internationella organisationer att:

- underteckna det Europeiska fördraget för hjärthälsa
- förbinda sig att genom förebyggande arbete motverka förtida död och onödigt lidande förorsakat av hjärt-kärlsjukdom.
- att arbeta för St Valentine-deklarationen från Hjärtkonferensen i Winnipeg den 14 februari 2000.

”Varje barn, som fötts efter millennieskiftet har rätt att leva till åtminstone 65 års ålder utan att drabbas av förebyggbar hjärt-kärlsjukdom”.

Del I: Syfte

Artikel 1

Ändamålet med det Europeiska hjärthälsöfördraget är att i betydelsefull omfattning minska hjärt-kärlsjukdomsbördan inom EU och WHO:s europeiska region samt att minska skillnaderna i sjukdomsförekomsten inom och mellan olika länder.

I detta dokument omfattar begreppet "hjärthälsa" inte bara egentlig hjärtsjukdom utan även slaganfall och annan kärlsjukdom som beror på åderförfattning.

Artikel 2

Fördraget rekommenderar de som undertecknat det att stödja och uppmuntra åtgärder, främst livsstilsorienterade sådana, vilka på ett betydelsefullt sätt kan bidra till att minska hjärt-kärlsjukdomarnas förekomst.

Del II: De undertecknande erkänner att

Artikel 3

Hjärt-kärlsjukdom beror av ett flertal samverkande orsaker och att det är av största vikt att alla faktorer som ökar risken för sådan ohälsa beaktas såväl på en samhälls- som på en individuell nivå. Faktorer som karakteriserar hjärt-kärlhälsa inkluderar:

- Frihet från tobaksbruk
- Tillräcklig fysisk aktivitet – minst 30 min 5 ggr/vecka
- Hälsosamma matvanor
- Frihet från övervikt
- Blodtryck < 140/90 mmHg
- Blodkolesterol < 5 mmol/l
- Normal blodsockeromsättning
- Undvikande av uttalad stress



with the support of



Artikel 4

Faktorer förenade med ökad risk för hjärt-kärlsjukdomshändelser kan indelas i tre kategorier:

Biologiska	Livsstilsberoende	Övriga	
		Opåverkbara	Modifierbara
För högt blodtryck	Tobaksbruk	Ålder	Inkomst
För högt blodsocker	Ohälsosamma kostvanor	Kön	Utbildning
För högt kolesterol	Alkoholmissbruk	Ärftlighet	Levnadsförhållanden
För hög vikt	Fysisk inaktivitet	Etniskt ursprung	Arbetsförhållanden

Artikel 5

Riskfaktorer kan påverkas av beslutsfattare genom att med hjälp av lagstiftning, inkluderande beskattning och marknadsföring eller på annat sätt skapa en bra livsmiljö; av enskilda individer genom att anamma hälsosamma kostvanor, rökfrihet och att aktivera sig fysiskt; samt av hälsoarbetare genom att förespråka hälsosamma vanor och genom att spåra och ta hand om människor med förhöjd risk för hjärt-kärlsjukdom.

Artikel 6

Det är nödvändigt med ett livslångt förhållningssätt till aktuella riskfaktorer och att börja påverka dem redan i barneåldern.

Artikel 7

Effekten av etablerad hjärt-kärlsjukdom kan reduceras genom tidig diagnos, utredning och behandling samt rehabilitering och förebyggande åtgärder inkluderande livsstilsrådgivning.

Artikel 8

Det är av stor vikt att man tar hänsyn till könsskillnader avseende hjärt-kärlhälsa och sjukdom.

Del III: De undertecknande förbinder sig att

Artikel 9

Förverkliga de principer och åtgärder om vilka överenskommits i dokument framtagna på hög Europeisk nivå.

- EU-kommissionens slutsatser avseende hjärthälsa (juni 2004) (4)



with the support of



- Luxemburgdeklarationen (juni 2005) avseende förverkligande av åtgärder vilka befrämjar hjärt-kärlhälsa
- WHO resolutionen om förebyggande och kontroll av icke-smittsamma sjukdomar inom WHO:s europeiska region

Förverkligandet skall ske genomföras på europeisk, nationell, regional och lokal nivå.

Artikel 10

Förespråka och stödja utvecklingen samt förverkligandet av fullständiga hälsostrategier liksom principer och åtgärder som, på en europeisk, nationell, regional och lokal nivå, kan befrämja hjärt-kärlhälsa och motverkar hjärt-kärlsjukdom.

Artikel 11

Utveckla och stärka hängivna nätverk med avsikt att frigöra starkast möjliga politiska stöd för utveckling av principer samt samplanering av åtgärder med avsikt att minska hjärt-kärlsjukdom.

Artikel 12

Engagera sig i utbildning av och stärka ställningen hos allmänhet och patienter genom att aktivera massmedia, utveckla medvetenhetsökande marknadsföring samt genom att mobilisera samhällsresurser och tvärprofessionella sammanslutningar.

Artikel 13

Utveckla möjligheterna till hälsobefrämjande åtgärder genom utbildning inom utbildningsväsendets alla nivåer i avsikt att tillgodose behov skapade av detta fördrags målsättningar.

Artikel 14

Stödja utvecklingen av nationella strategier för att upptäcka och ta om hand om individer med hög risk för hjärt-kärlsjukdom samt förebyggande och omhändertagande av dem som drabbats.

Artikel 15

Arbeta för att den aktuella upplagan av den gemensamma arbetsgruppens för europeiska riktlinjer om förebyggande av hjärt-kärlsjukdom anammas. Detta omfattar översättning av riktlinjerna till svenska och att anpassa dem till rådande nationella förutsättningar t.ex. vad avser registrering av sjuk- och dödlighet och lokal hälso- och sjukvårdspraxis, samt att medverka till att riktlinjernas innehåll sprids till den medicinska professionen och med dem samverkande organisationer inom hälsoarbetet.

Att i samråd med hälso- och sjukvårdsvårdsmyndigheterna se till att förebyggande arbete prioriteras, förses med välutbildad arbetskraft i tillräcklig omfattning och att detta arbete erhåller en rimlig ersättning inom ramen för det nationella försäkringssystemet.

Artikel 16

Prioritera forskning om förebyggande handlingsplaners och enskilda insatsers effektivitet, inkluderande hälsoekonomiska aspekter.

Initiera epidemiologiskt och beteendevetenskapligt inriktad forskning fokuserad på betydelsen av olika program för förbättrad och vidmakthållen befolkningshälsa med speciell uppmärksamhet på insatser riktade till unga individer och på program som försöker förstå mekanismerna bakom hjärt-kärlsystemets åldrande och kvinnlig hjärt-kärlsjukdom.

Motverka fragmenteringen av europeisk forskning inom hjärt-kärlsjukdomarnas område genom att verka för gemensamt forskningsstöd samt genom att befrämja samverkan, samordning och utvidgning av forskningsprojekt.

Artikel 17

Studera rådande hjärt-kärlhälsa (inklusive förekomsten av riskfaktorer) för att skapa förutsättningar att följa framsteg mot i artikel 2 uppsatta mål på befolknings liksom på individuell nivå

Artikel 18

Regelbundet gå igenom i vilken grad nationella mål om hjärt-kärlhälsa har antagits och arbetats mot.

Att i samarbete med Europakommissionen och WHO anordna möten baserade på det europeiska hjärthälsofördraget, vilket kommer att fungera som en plattform för utbyte av idéer och erfarenheter och inom ramen för vilket uppnådda eller för framtiden planerade förbättringar kommer att redovisas och diskuteras.

Referenser

- (1) 2733rd Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council Meeting – Luxembourg – 1 and 2 June 2006
- (2) European Cardiovascular Disease Statistics – British Heart Foundation and European Heart Network – 2005
- (3) Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union – European Heart Journal
- (4) Council of the European Union – 9507/04 – 2586th Council Meeting – 1 and 2 June 2004
- (5) Luxembourg Declaration – 29 June 2005
- (6) EUR/RC56/R2; WHA53.17; EUR/RC52/R12; EUR/RC55/R1; EUR/RC54/R3; EUR/RC55/R6
- (7) Article 152 of the EU Treaty
- (8) 2767th Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council Meeting – Brussels – 30 November and 1 December 2006
- (9) Regional Committee resolution EUR/RC56/R2 on the prevention and control of non-communicable diseases in the WHO European Region



with the support of



EUROPE