



Sekundaariprevention haasteet

Yleislääkäripäivät 23.11.2023

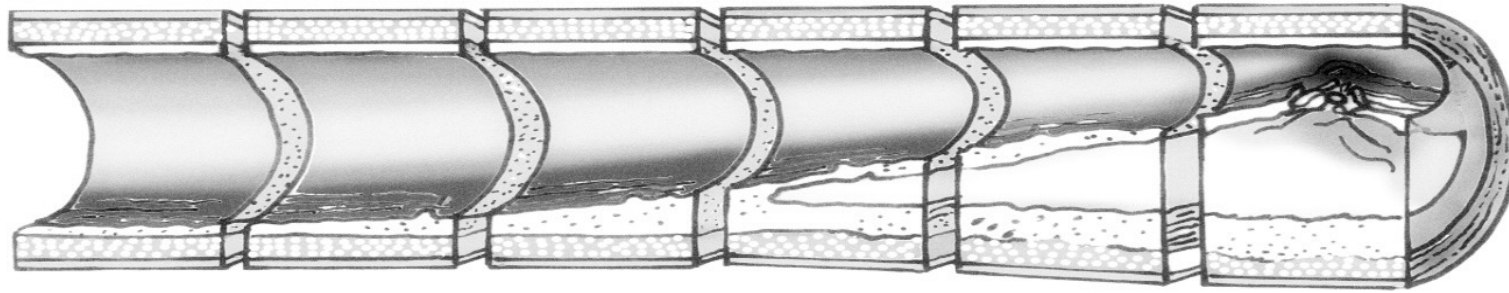
LT Anna-Mari Hekkala

Sisätautien ja kardiologian erikoislääkäri

Ylilääkäri, Suomen Sydänliitto

Sidonnaisuudet

- Ylilääkäri, Suomen Sydänliitto ry
- Erikoislääkäri, Lääkärikeskus Aava
- THL kansalliset laaturekisterit, Sydänrekisterin ohjausryhmä
- Sepelvaltimotaudin Käypä hoito neuvottelukunnan jäsen, asiantuntija Sepelvaltimotautikohtauksen Käypä hoito –suosituksessa
- Jäsen Savuton Suomi 2030 –verkostossa
- Suomen Verenpaine yhdistyksen hallituksen jäsen
- Suomen Kardiologisen Seuran Preventiojaoksen jäsen
- Ei tähän asiaan liittyviä osakeomistuksia



Preventio väestötasolla

Esim. Neuvokas perhe,
Sydänmerkki, Savuton suomi
2030

Riskissä olevien tunnistaminen

Esim.
Kohonneen verenpaineen
tunnistaminen ja hoito
Kohonneen kolesterolin
toteaminen ja hoito

Sairastuneet (sekundaaripreventio)

Esim. sydäninfarkti,
aivoinfarkti

***Mahdollisimman tehokkaat
toimet sairauden
pysäyttämiseksi***

Cardiovascular risk in post-myocardial infarction patients: nationwide real world data demonstrate the importance of a long-term perspective

Tomas Jernberg^{1*}, Pål Hasvold², Martin Henriksson², Hans Hjelm³, Marcus Thuresson⁴, and Magnus Janzon^{5,6}

¹Department of Medicine, Huddinge, Karolinska Institutet, Department of Cardiology, Karolinska University Hospital, 141 86 Stockholm, Sweden; ²AstraZeneca NordicBaltic, Södertälje, Sweden; ³Nyköping Hospital, Nyköping, Sweden; ⁴Statisticon AB, Uppsala, Uppsala 753 22, Sweden; ⁵Department of Cardiology, Linköping University, Linköping, Sweden; and ⁶Department of Medical and Health Sciences, Linköping University, Linköping, Sweden

Received 18 July 2014; revised 4 December 2014; accepted 16 December 2014; online publish-ahead-of-print 13 January 2015

See page 1155 for the editorial comment on this article (doi:10.1093/eurheartj/ehv048)

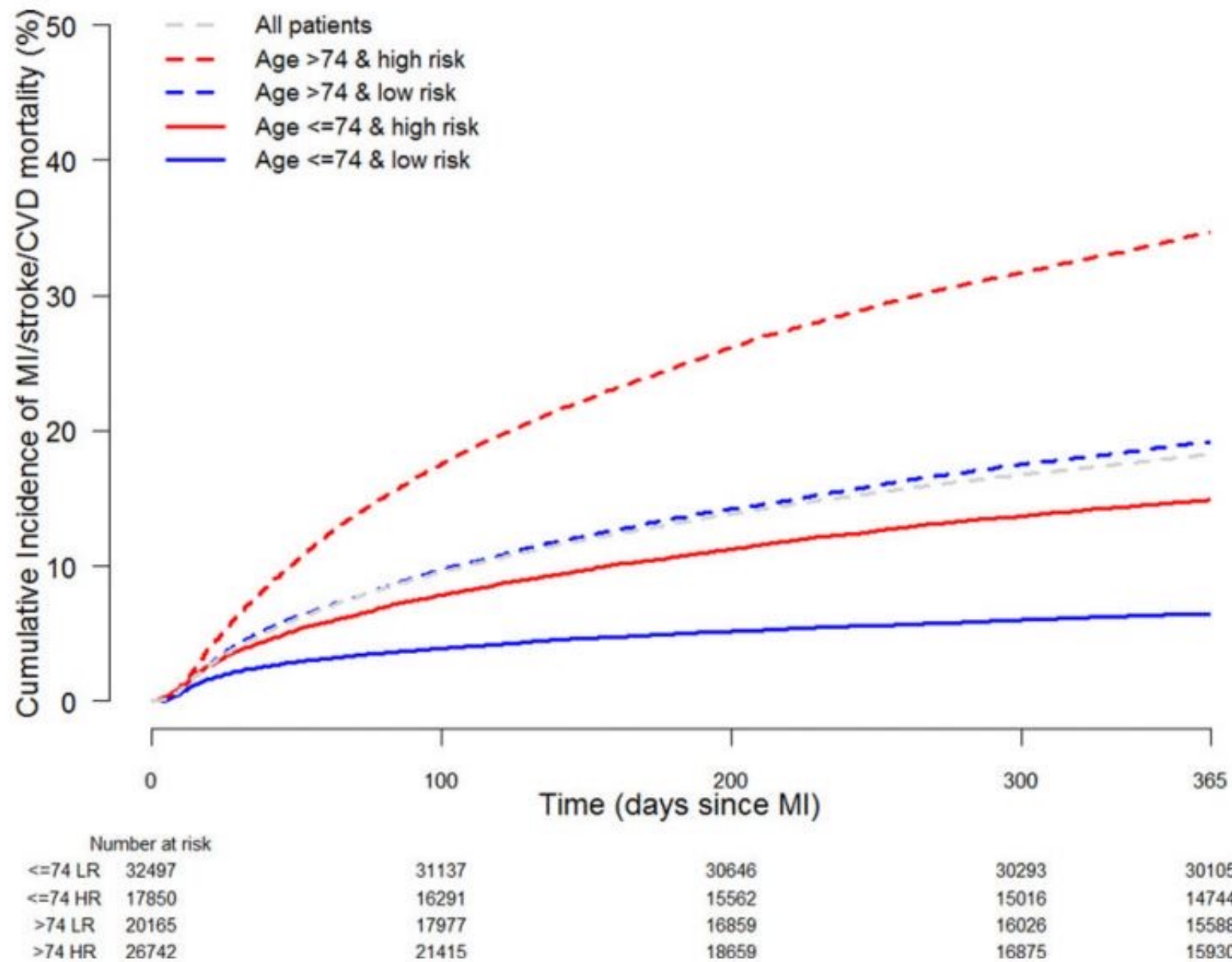
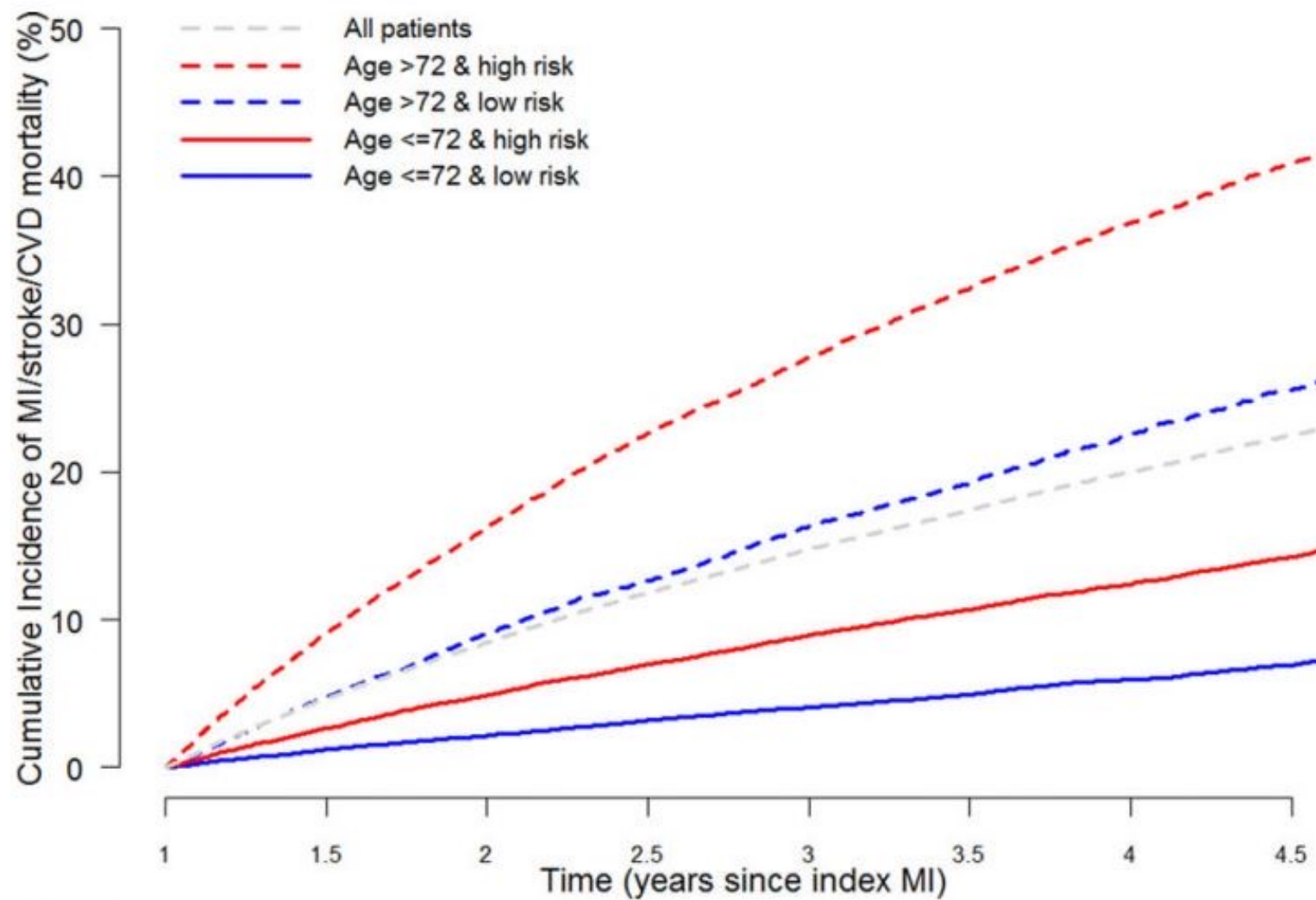


Figure 3 Kaplan–Meier estimate of the risk of the combined endpoint (myocardial infarction, ischaemic stroke, or cardiovascular death) during the first 365 days after the index myocardial infarction, stratified by age and high- vs. low-risk patients.

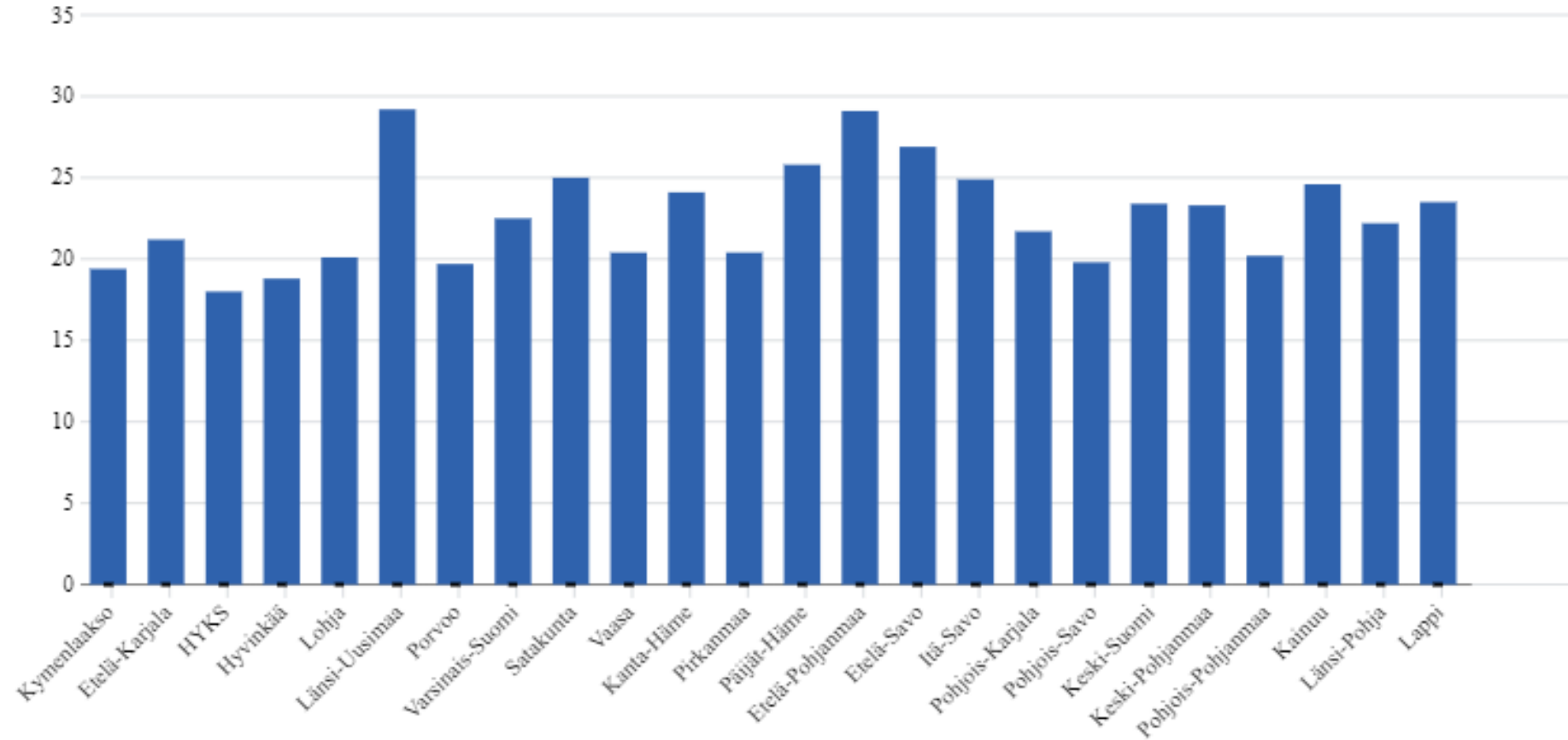


Number at risk		1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5
<=72 LR	18935	18631	16735	14874	12899	10964	9021	7161	
<=72 HR	20111	19438	16874	14558	12393	10540	8711	6847	
>72 LR	13584	12705	10831	9208	7651	6301	4981	3787	
>72 HR	24057	21207	17337	13948	11249	9000	6866	5111	

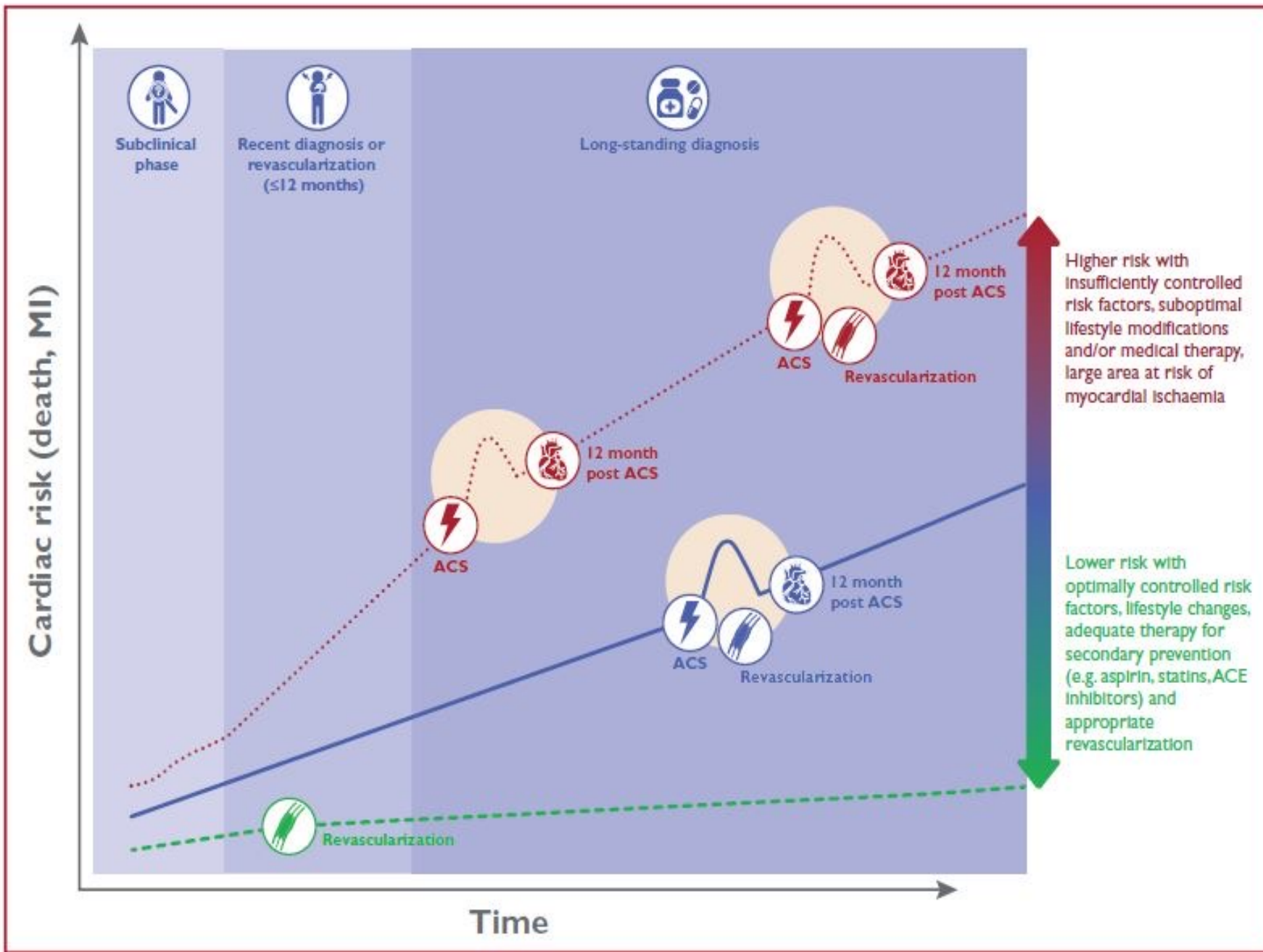
Figure 5 Kaplan–Meier estimate of the risk of the combined endpoint (myocardial infarction, ischaemic stroke, or cardiovascular death) after 365 days after index myocardial infarction until end of study for stable post- myocardial infarction patients, stratified by age and high- vs. low-risk patients.

Vuosi sepelvaltimotautikohtauksesta

Kuolleet tai uuden infarktin vuoksi sairaalaan joutuneet v. 2016-2017 (%)



■ 1 vuoden aikana kuolleet tai uudestaan sydäninfarktin vuoksi hoitoon tulleet (%)



**Sekundaaripreventio
määrittää potilaan
ennusteen**

©ESC 2019

Riskitekijöiden hoidon tavoitteet

Verenpaine alle 130/80 mmHg

LDL-kolesteroli alle 1,4 mmol/l

Normaali sokeriaineenvaihdunta / mahdollisimman hyvä diabeteksi hoitotasapaino

BMI alle 25 kg/m² tai 5-10% painonpudotus

Liikuntaa säännöllisesti

Tupakoimattomuus

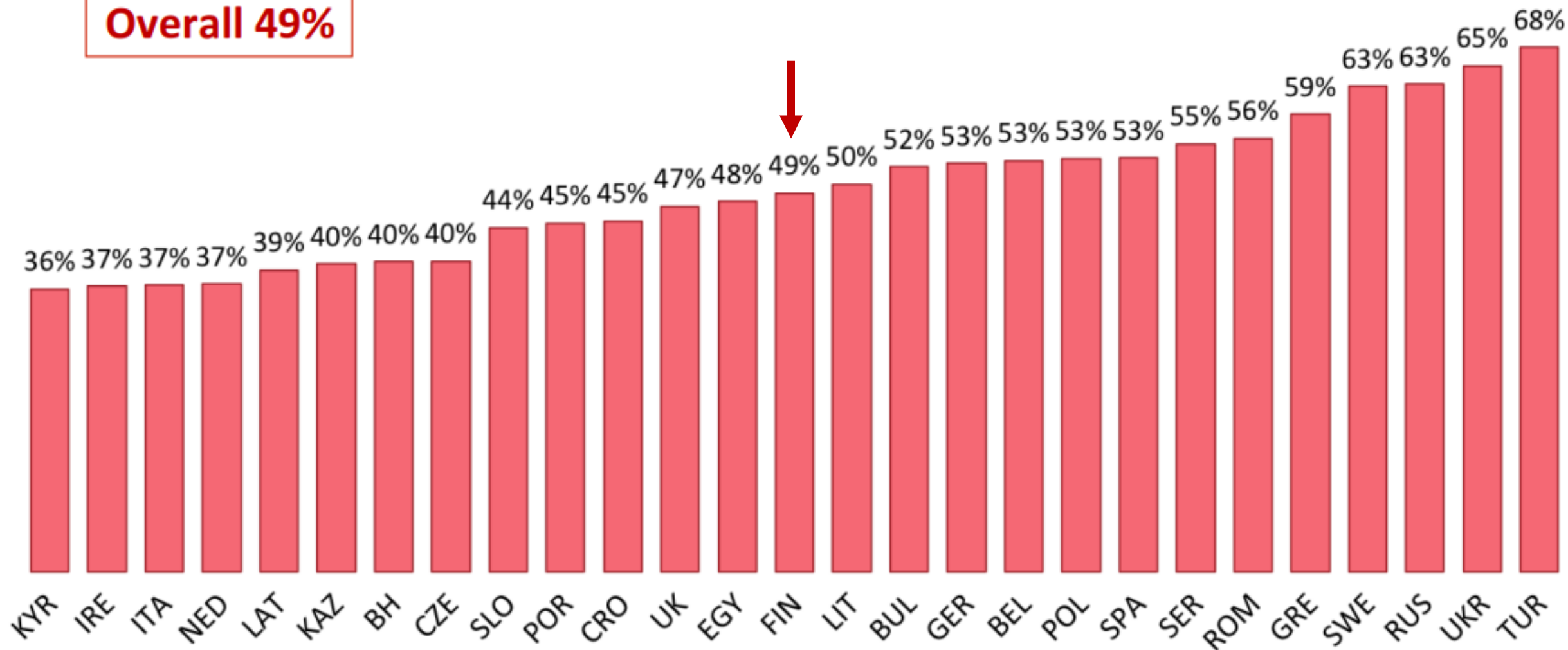


EUROASPIRE V

Therapeutic control of hypertension*



Overall 49%



*SBP/DBP < 140/90 mmHg (< 140/80 mmHg for patients with diabetes) in patients using antihypertensive drugs; standardized for age and gender

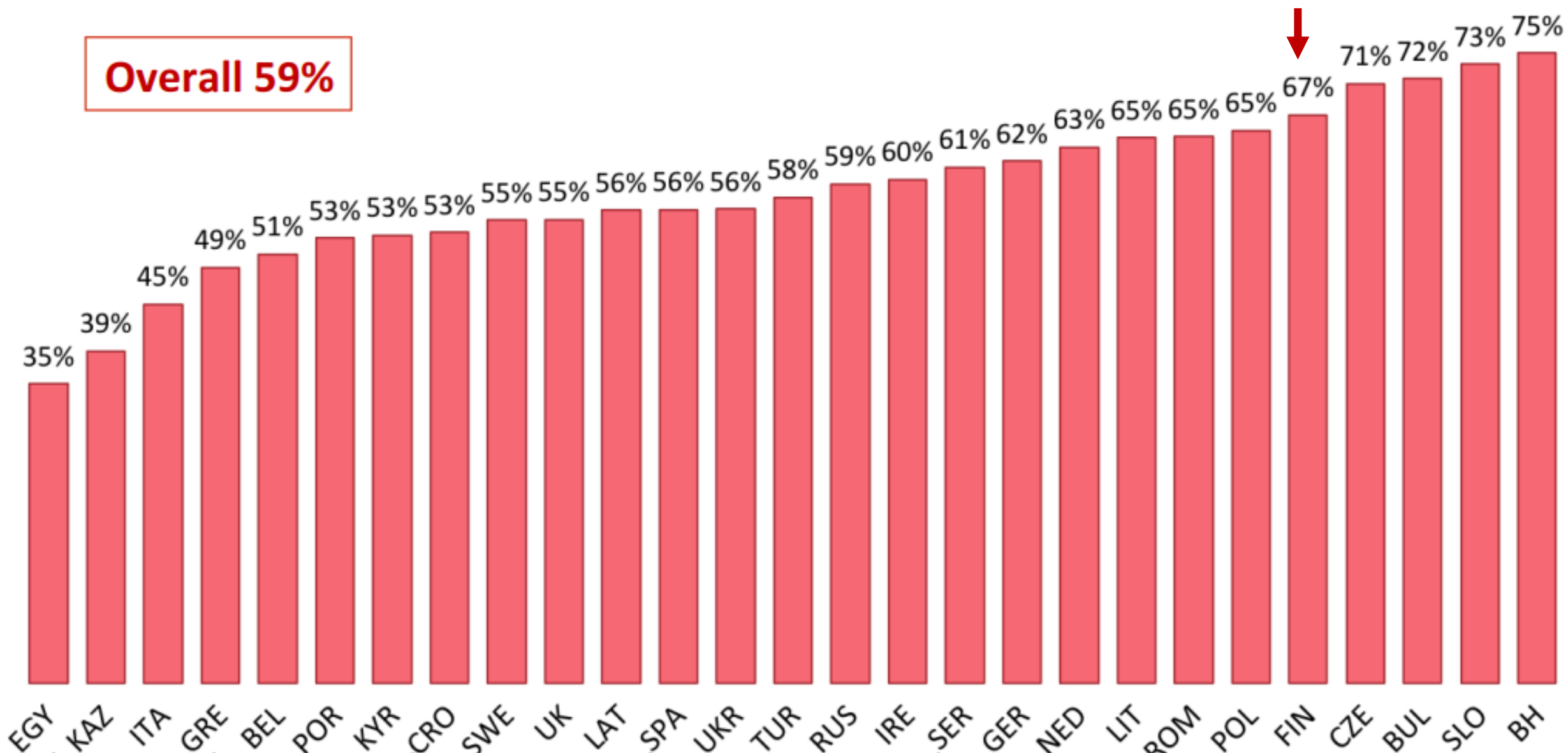


EUROASPIRE V

Prevalence of central obesity*



Overall 59%



*Waist circumference > 102 cm for men and > 88 cm for women, standardized for age and gender



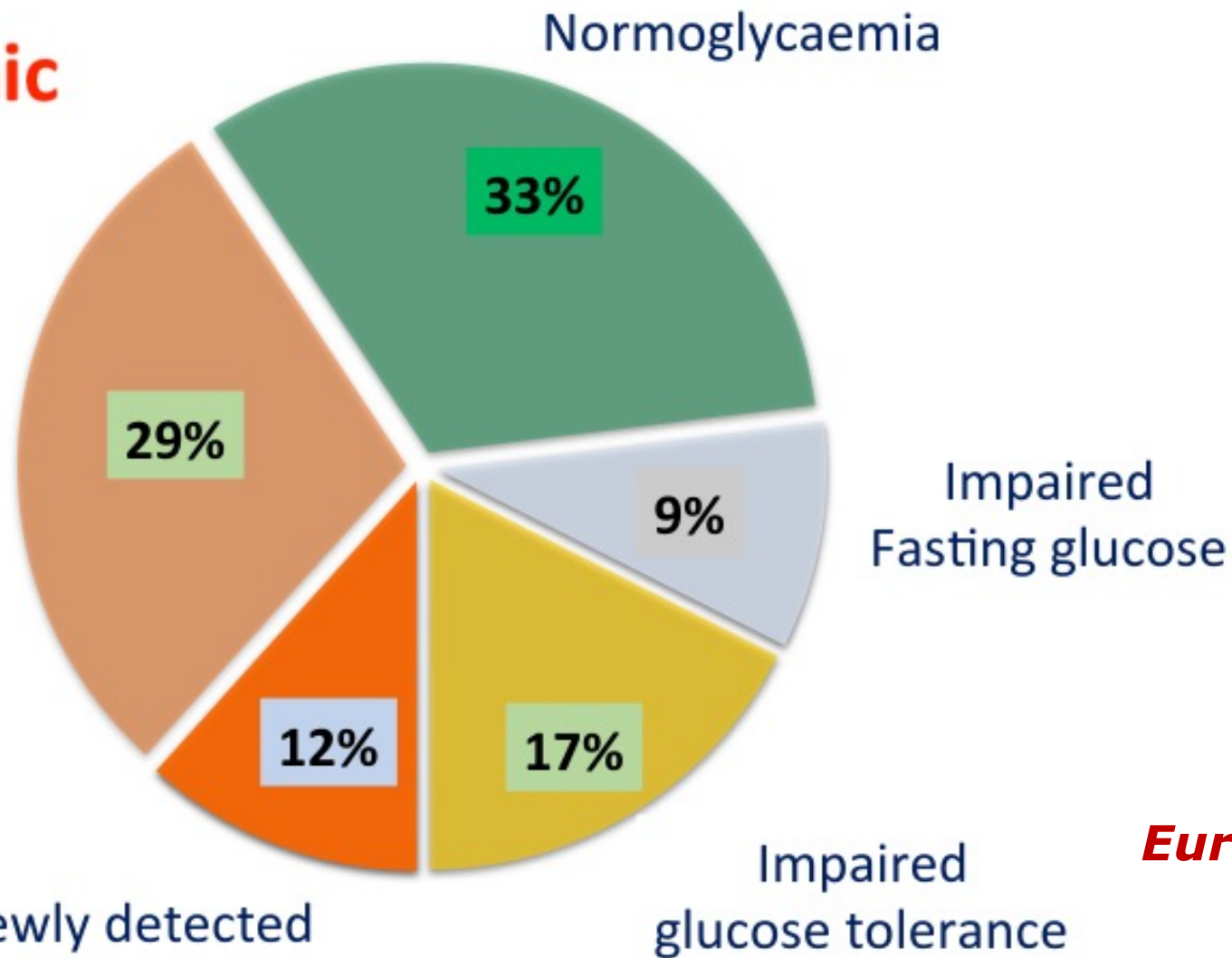
Glucose metabolism in patients with CAD

Dysglycaemic

$\geq 58\%$

Selfreported
diabetes

Newly detected
diabetes

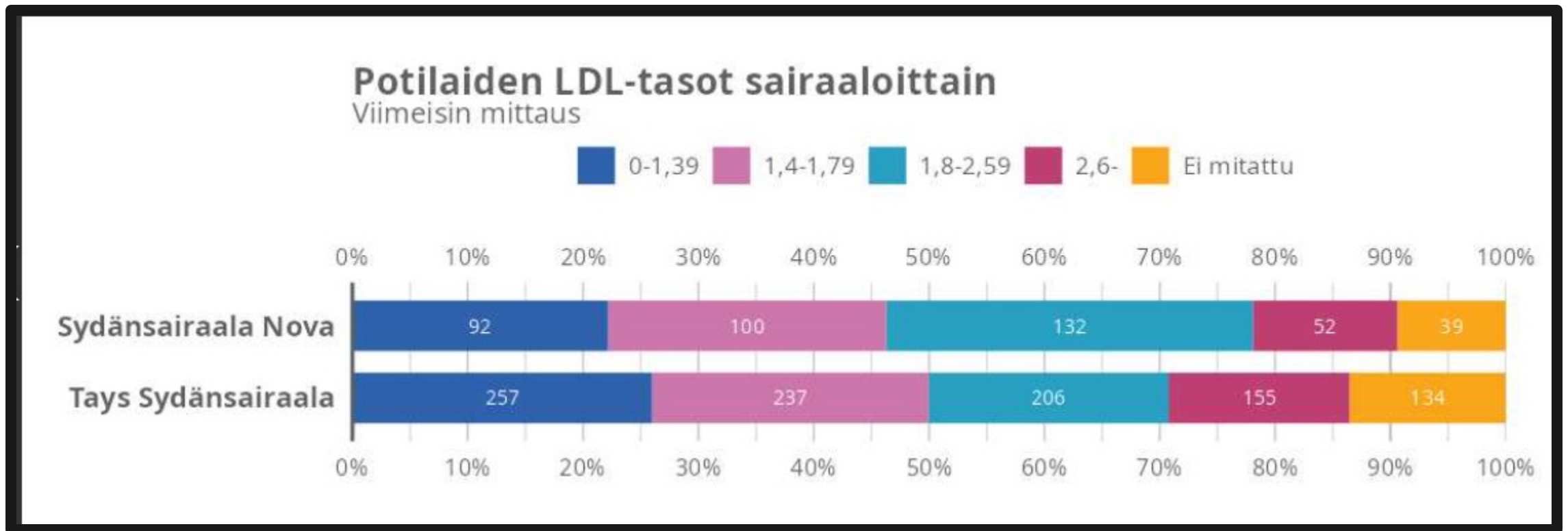


Euroaspire V

THL:n kansallinen sydänrekisteri, by Pirjo Mustonen 3/2022

Toimenpiderekisterissä olevat potilaat, joiden toimenpideindikaatio on STEMI tai NSTEMI 2019-2020

LDL: viimeisin mittaus toimenpiteen jälkeen 2021 loppuun mennessä.



Liikuntasuositus sepelvaltimotautipotilaalle

(lähde: Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus, päivitetty 11/2022)

Hyöty- ja arkiaktiivisuus

- Mielellään päivittäin, vähintään 3-4 kertaa viikossa
- Vähintään 30 min, mielellään 60 min / kerta
- Esim. reipas puutarhatyö, kotityöt, kävely

Kohtuukuormitteista kestävyysliikuntaa

- Mielellään päivittäin
- Vähintään 2,5 tuntia viikossa, mielellään 3-4 tuntia
- Vähintään 20 min (mielellään 60 min) / kerta
- Esim. reipas kävely, pyöräily, uinti

Lihaskuntoharjoitteita

- 2-3 kertaa viikossa
- 8-10 suuriin lihasryhmiin kohdistuvaa liikesarjaa
- 10-15 toistoa/liikesarjaa

Laihduta!

Muista lääkkeesi!

Syö terveellisemmin!



Liiku enemmän!

Lopeta heti tupakointi!

Piristy!

Töihin siitä!

Suoriudu sängyssä!

Sekundaariprevention haasteita

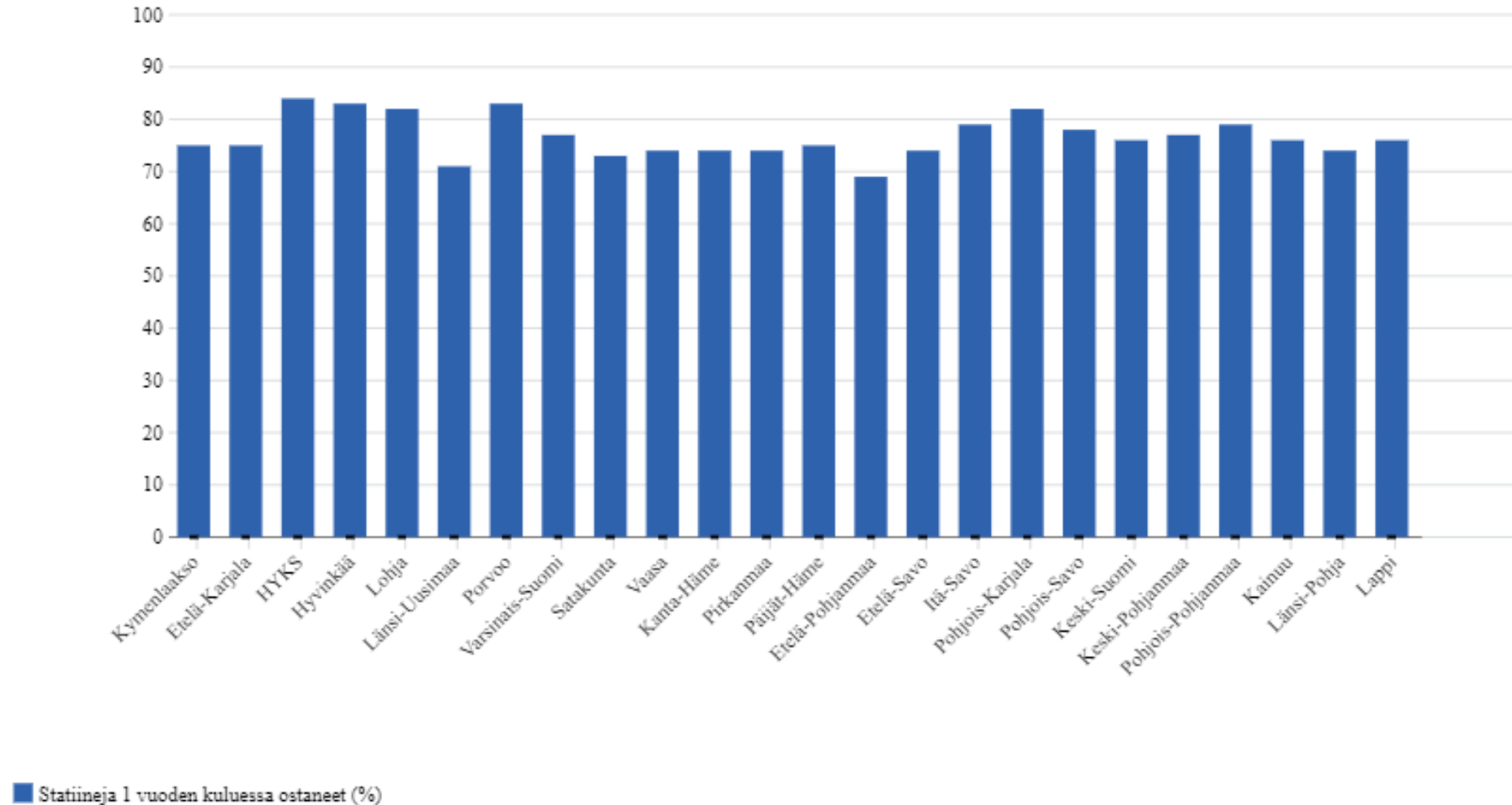
Potilas

- Oireiden puuttuminen
- Sairauden kieltäminen
- Liikaa lääkkeitä
- Haittavaikutukset/niiden pelko
- Epäluottamus
- Kommunikaatio-ongelmat
- Sosioekonomiset haasteet

Ammattilaiset

- Potilaan tarpeiden aliarvioiminen
- Hoidon koordinaation puuttuminen (hoitopolut)
- Fokus akuuttihoiossa
- Potilasta ei pyritä tavoittamaan aktiivisesti
- Epäonnistuminen tavoitteiden asettamisessa
- Epäonnistuminen lääkehoidon tehostamisessa ja elintapahoidossa
- Puuttuva laadunseuranta

Sepelvaltimotautikohtauksen jälkeen Statiineja vuoden kuluessa ostaneet (%) vuosina 2014-2015



CLINICAL RESEARCH STUDY

The logo for The American Journal of Medicine, featuring the text "THE AMERICAN JOURNAL of MEDICINE®" in white serif font on a dark green rectangular background.

Adherence to Drugs That Prevent Cardiovascular Disease: Meta-analysis on 376,162 Patients

Sayed H. Naderi, BMedSci, Jonathan P. Bestwick, MSc, David S. Wald, MD

Wolfson Institute of Preventive Medicine, Barts and the London School of Medicine, Queen Mary University of London, Charterhouse Square, London.

The American Journal of Medicine (2012) 125, 882-887

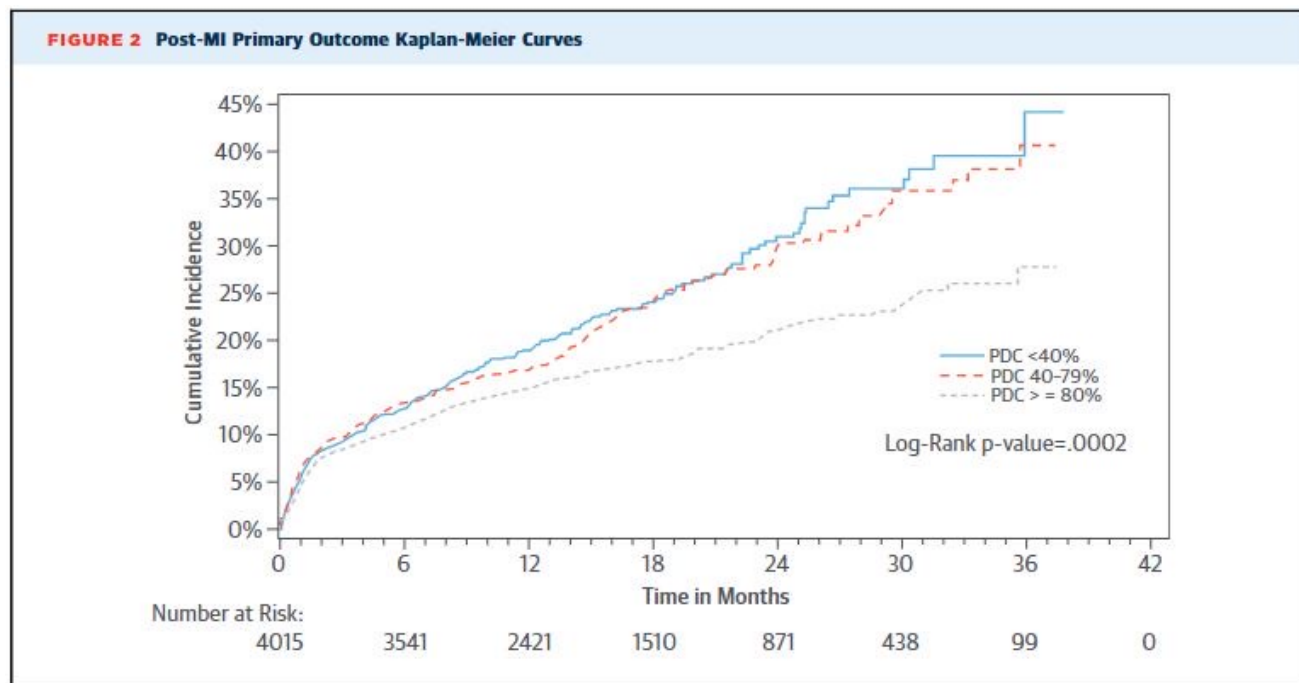
Joka kolmas sydäninfarktin sairastanut potilas ei sitoudu lääkehoitoon (9 tutkimusta, 100 000 potilasta; seuranta-aika keskimäärin 32 kk)



Assessing the Impact of Medication Adherence on Long-Term Cardiovascular Outcomes

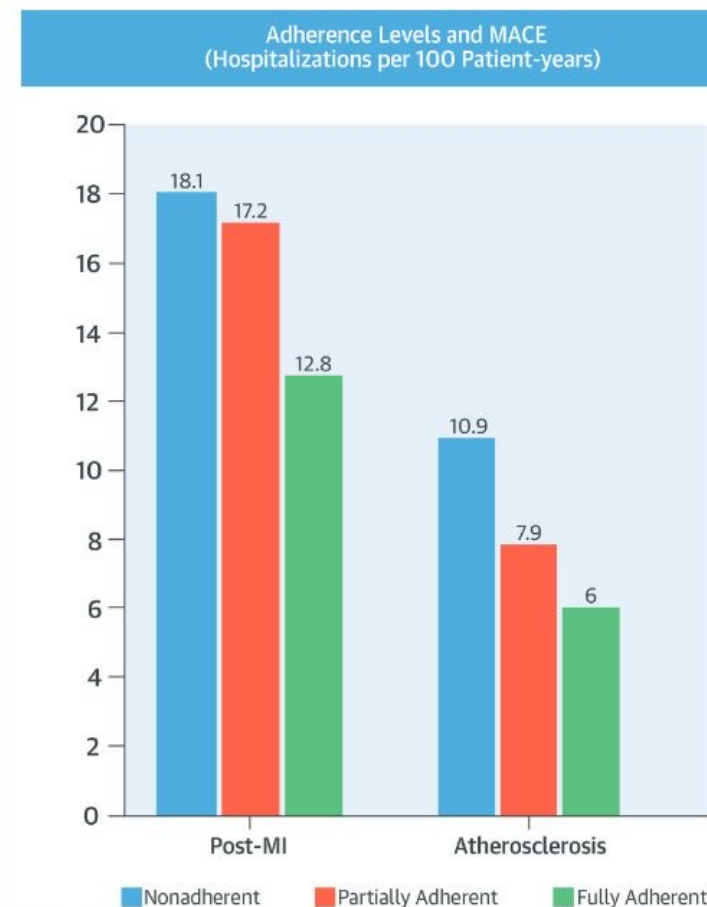
Sameer Bansilal, MD, MS,^a Jose Maria Castellano, MD, PhD,^{a,b,c} Ester Garrido, MPH,^{a,d} Henry G. Wei, MD,^e Allison Freeman, MS,^e Claire Spettell, PhD,^e Fernando Garcia-Alonso, MD, PhD,^d Irene Lizano, PhD,^d Renee J.G. Arnold, PHARM D,^a Jay Rajda, MD, MBA,^e Gregory Steinberg, MChB,^e Valentin Fuster, MD, PhD^{a,b}

	Post-MI (n=4015)	Valtimitauti (n=12976)
Adherent	43%	34%
Os in adherent	31%	38%
Non-adherent	26%	28%



Kaplan-Meier curves for major adverse cardiovascular events (MACE) according to adherence categories in the post-MI cohort. Abbreviations as in Figure 1.

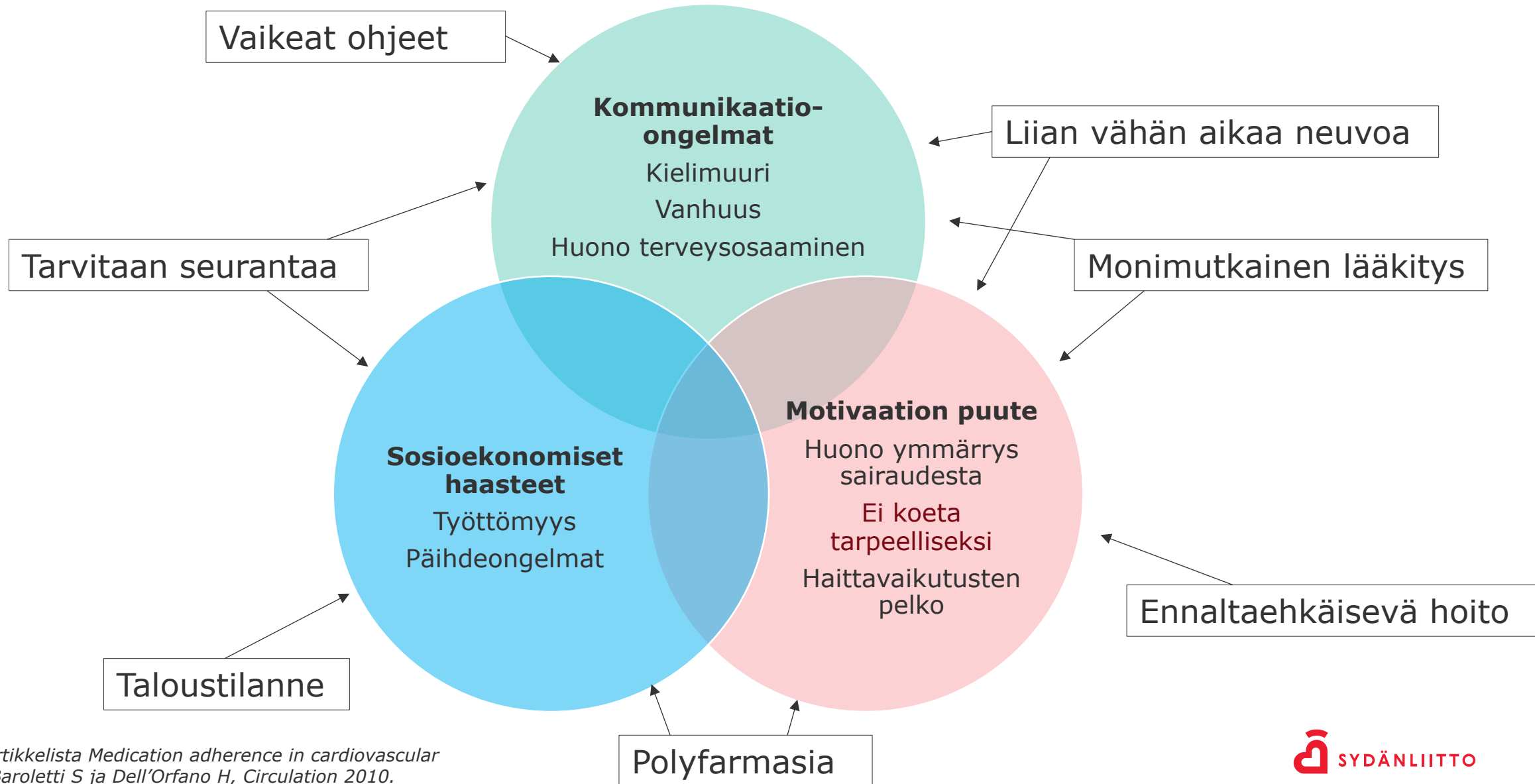
CENTRAL ILLUSTRATION Medication Adherence and Cardiovascular Outcomes: Rates of MACE-Related Hospitalizations



Bansilal, S. et al. J Am Coll Cardiol. 2016;68(8):789-801.

Rates of hospitalizations per 100 patient-years related to major adverse cardiovascular events (MACE) across adherence categories in the post-myocardial infarction (MI) and atherosclerosis cohorts. In both cohorts, increasing adherence was associated with reduced rates of hospitalizations for MACE.

Tekijöitä nonadherenssin taustalla





How to optimize the adherence to a guideline-directed medical therapy in the secondary prevention of cardiovascular diseases: a clinical consensus statement from the European Association of Preventive Cardiology

Roberto F. E. Pedretti ^{1*}†, Dominique Hansen ^{2,3†}, Marco Ambrosetti⁴, Maria Back^{5,6}, Thomas Berger⁷, Mariana Cordeiro Ferreira⁸, Véronique Cornelissen⁹, Constantinos H. Davos¹⁰, Wolfram Doehner ^{11,12,13,14}, Carmen de Pablo y Zarzosa¹⁵, Ines Frederix ^{16,17,18}, Andrea Greco¹⁹, Donata Kurpas²⁰, Matthias Michal^{21,22}, Elena Osto ²³, Susanne S. Pedersen^{24,25}, Rita Esmeralda Salvador²⁶, Maria Simonenko ²⁷, Patrizia Steca²⁸, David R. Thompson²⁹, Matthias Wilhelm^{30‡}, and Ana Abreu^{31‡}

Tunnista nonadherentit tyypit

Pelot, uskomukset

Unohtelijat

Naissukupuoli

Paranna kommunikaatiotaitoja

Luottamus

Enemmän tietoa

mutta ei liikaa kerralla

Monipilleri?

”mHealth”?

Hyödynnetään älypuhelimia

- Muistutusviestit
- Automaattiset tekstiviestit
- Soitot

”eHealth”?

Valmennusohjelmat verkossa

- Digihoitopolut
- Tulppa-verkkovalmennus
 - Yhteydenpitomahdollisuus, tietoa, tehtäviä, palautetta, vertaisryhmiä

Polypill Strategy in Secondary Cardiovascular Prevention

Jose M. Castellano, M.D., Ph.D., Stuart J. Pocock, Ph.D., Deepak L. Bhatt, M.D., M.P.H., Antonio J. Quesada, Ph.D., Ruth Owen, M.Sc., Antonio Fernandez-Ortiz, M.D., Ph.D., Pedro L. Sanchez, M.D., Ph.D., Francisco Marin Ortuño, M.D., Ph.D., Jose M. Vazquez Rodriguez, M.D., Alexandra Domingo-Fernández, B.Sc., Iñigo Lozano, M.D., Maria C. Roncaglioni, M.Sc., *et al.*, for the SECURE Investigators*

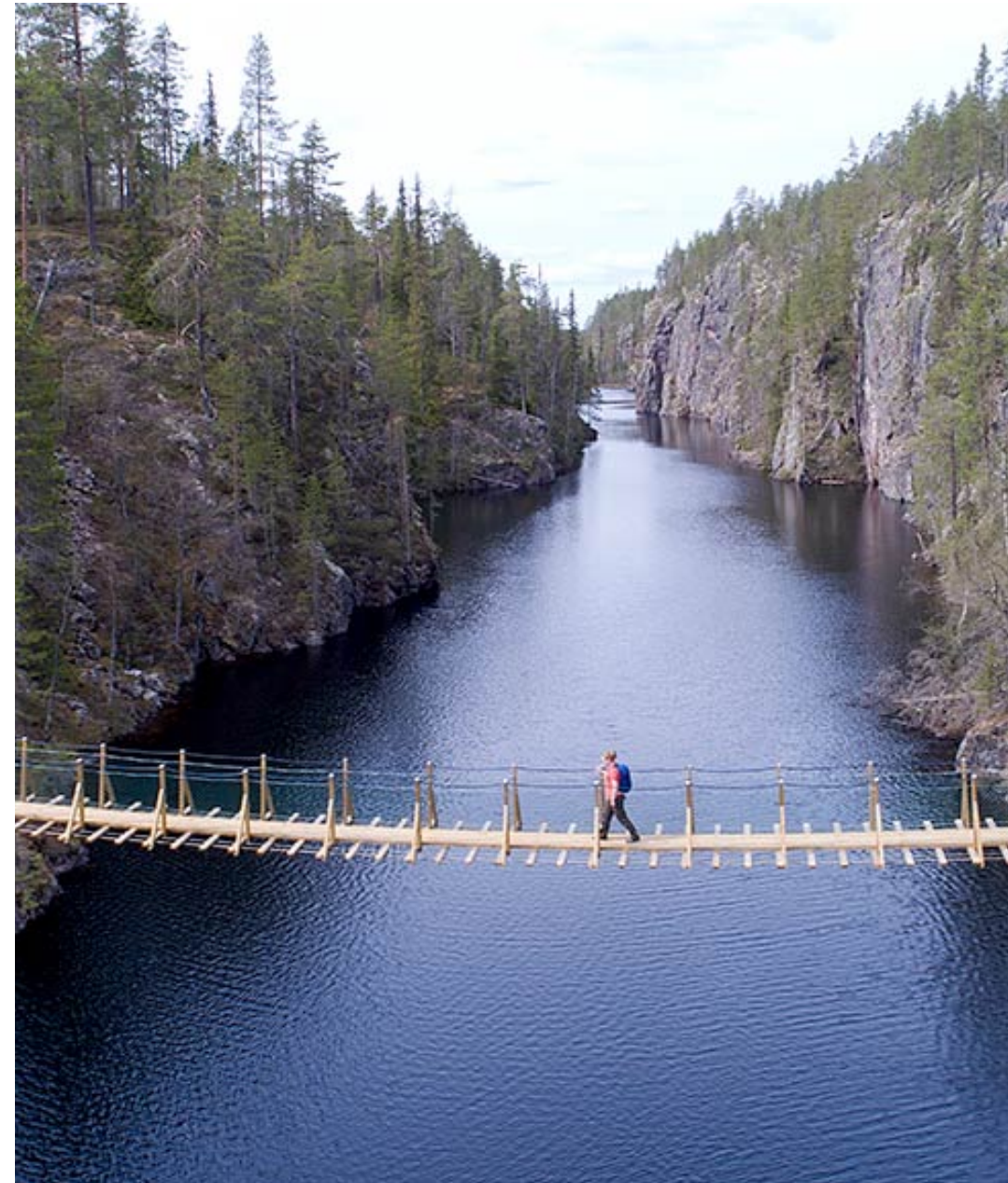
August 26, 2022

- "Sydäninfarktin jälkeen, jopa 50% potilaista laiminlyö lääkitystään."
- Ensimmäinen randomisoitu tutkimus: **monipilleri** (polypill) versus tavanomainen hoito **sydäninfarktin jälkeen**.
- Monipilleri sisälsi
 - ASA 100 mg, ramipriili (2,5, 5, tai 10 mg) ja atorvastatiini (20 tai 40 mg).
- 2499 potilasta (naisia 31%)
- Monipilleriryhmässä ilmeni **uusintatapauksia 30% vähemmän verrattuna tavanomaiseen hoitoon**.
- Lääkeadherenssi oli parempi.

Ongelmana hoidon jatkuvuus

Hoitopolku katkeaa

- Potilaan pitää olla itse aktiivinen
- Digitaaliset ratkaisut avuksi?
 - Käytössä/alkamassa kahdeksalla alueella
 - Kesto 1 kk – toistaiseksi
 - Luettavaa
 - Yhteydenottomahdollisuus



Kuva: Hannu Halttu

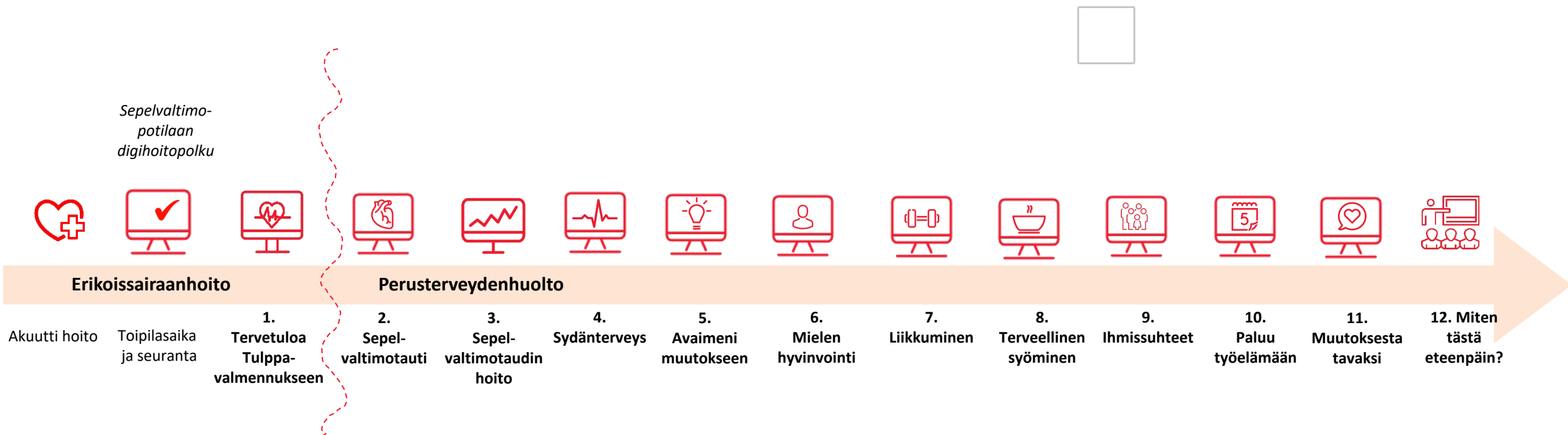
”Potilaille tulee laatia yksilöllinen ja tavoitteellinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma”

Sepelvaltimotautikohtauksen Käypä hoito –suositus 23.3.2022

Sydänkuntoutuksen vaihtoehtoja:

- Kelan kuntoutuskurssit (pienelle joukolle; 3 viikon jaksoa)
- Tulppa-ryhmäkuntoutus (tällä hetkellä viidellä hyvinvointialueella)
- Tulppa-verkkovalmennus (osa hoitoketjua OYS:n ja KYS:n alueilla)
- Paikalliset liikunnallista sydänkuntoutusta tarjoavat toimijat

Tulppa-valmennus hoitopolulla



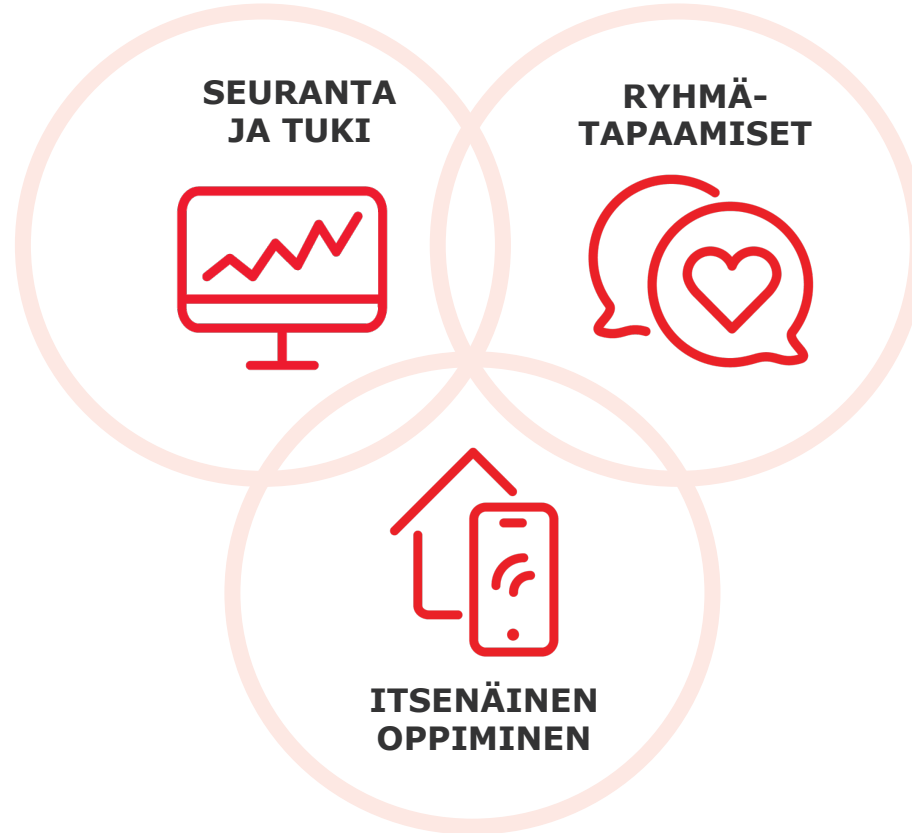
ESH

- Lääkäri suosittelee ja perustelee kuntoutusta
- Hoitaja ohjaa kuntoutuksen toteutumisen
- Sihteeri liittää digihoitopolulle/valmennukseen

ESH ja PTH yhteistyö/työnjako

- Hoitaja vastaa valmennuspolun kysymyksiin ja ottaa yhteyttä asiakkaaseen tarvittaessa
- 5 ryhmätapaamista hoitajan/fysioterapeutin/ liikunnanohjaajan johdolla
- Asiakkaalle siirtymät huomaamattomia

Tulppa-verkkovalmennuksen osa-alueet



SEURANTA JA TUKI
Mahdollisuus matalan kynnyksen yhteydenottoon viestitoiminnolla. Ohjaajan seuranta, tuki ja kannustus polulla sekä tapaamisissa.

RYHMÄTAPAAMISET
Ohjaajan johdolla tapahtuvat videotapaamiset. Keskustelua ja vertaistukea. Vertaistukihenkilöiden vierailuja.

ITSENÄINEN OPPIMINEN
12 -osainen itsenäisesti edettävä valmennuspolku. Tekstiä, videoita, tehtäviä ja pohdinnan paikkoja.

Kokemuksia

Tulppa-valmennuksen pilotti 2019-2021.

Valmennus on ollut tuotannossa 2022 alkaen.

Käytössä Pohjois-Pohjanmaalla ja Pohjois-Savossa.

Valmis palvelu vapauttaa terveydenhuollon toimijoiden resursseja.

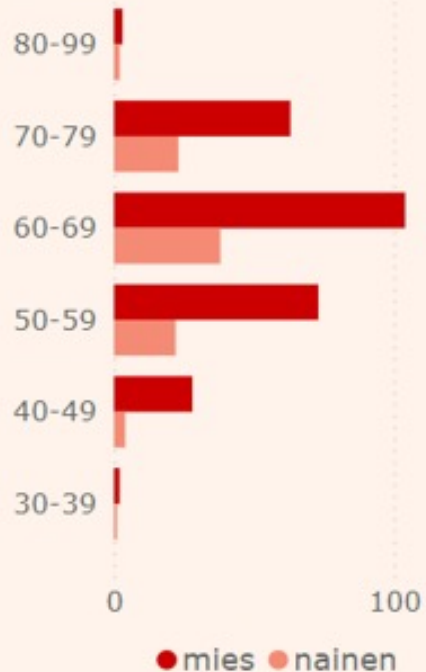
Pystytään tarjoamaan sydäntuntoutusta määrällisesti enemmän.

Yhteensä n. 450 käyttäjää
Palautetta saatu 140 käyttäjältä.

444

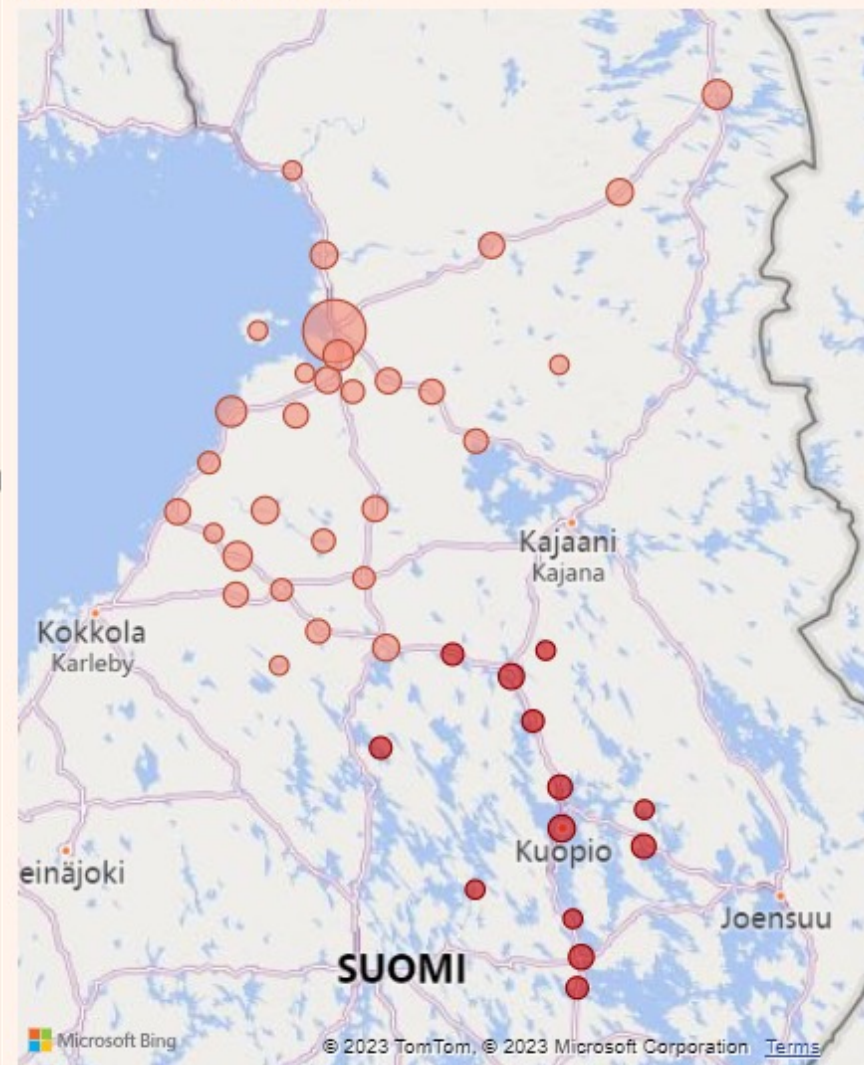
Potilaita yhteensä

Potilaitten määrä ikäryhmän ja sukupuolen mukaan



Tulppa-verkkovalmennus

Tulppa-verkkovalmennuksen aloittaneet potilaat kunnittain



Potilaiden kokemuksia Tulppa- verkkovalmennuksesta

Vertaistuki lohdutti,
muitakin suorilta
jaloilta sairastuneita

Sairaalassa saatu tieto ei
jäänyt päähän, mutta
valmennuksessa sai keskittyä
rauhassa.

Ei ollut mitään
utopistista,
kaikki oli faktaa.

Tuli tunne, ettei olla
ihan yksin tän asian
kanssa.

Lääkitysten tarve
perusteltiin, uskalsin sitten
käyttää niitä.

Kurssi antoi uskoa siihen, että
taudin kanssa pystyy
elämään, vaikka alussa ei
uskonut.

Todettiin niin paljon
kerralla, että olin ihan
shokissa, kurssi auttoi.

Ei ollut saarnaamista,
vaan asiallista ja
kunnioittavaa.

Lopuksi

Sekundaaripreventio on vaativaa hoitoa

- Onnistuessaan vaikuttavaa

Haasteet on voitettavissa

1. Panostetaan lääkehoidon onnistumiseen (tietoa ja tukea, monipillerit)
2. Ehjät hoitopolut (ESH-PTH)
3. Kaikille sydänvalmennusta
4. Kansallinen laaturekisteri mahdollistaa vertaiskehittämisen

Kiitos!