

*Det blir stadig færre hjerteinfarkt,
til tross for redusert fysisk aktivitet
og økt kroppsvekt*

En ny «epidemi» med hjerteinfarkt – faktum eller fiksjon?

Uheldige trekk ved samfunnsutviklingen har i den senere tid fått stadig mer medieomtale. Nordmenn – både barn, ungdom og voksne – fører et mer stillesittende liv, kroppsvekten øker og diabetes mellitus opptrer med økt hyppighet. En forventet konsekvens av dette er økt forekomst av hjerte- og karsykdommer, og spådommer om dette har heller ikke manglet. Kildene for medieoppmerksomheten er kontinuerlig ført helsestatistikk og resultater fra forskningsprosjekter, og disse etterlater ikke tvil om at inaktivitet og økt kroppsvekt er et karakteristisk utviklingstrekk (1–3).

Liten fysisk aktivitet, og trolig også overvekt, er uavhengige risikofaktorer for hjerte- og karsykdom, slik de klassiske risikofaktorene høyt kolesterolnivå, høyt blodtrykk og røyking er det. Men – hvilke konsekvenser har vi sett? Hvordan er utviklingen for henholdsvis dødeligheten av hjerte- og karsykdommer og insidensen av hjerteinfarkt?

Totaldødeligheten av hjerte- og karsykdommer har vært synkende siden 1970-årene. For hjerteinfarkt har det vært et stort savn at vi ikke har hatt et nasjonalt register som kunne gi oss løpende informasjon om insidensutviklingen. Intuitivt ville man vente at insidensen av hjerteinfarkt ville falle parallelt med eller endog i forkant av redusert dødelighet av hjerte- og karsykdom, siden sykdom går forut for død.

Det siste tiåret har vi fått noe bedre muligheter for insidensstudier, idet Norsk Pasientregister gjennom et pasientadministrativt system har registrert alle sykehusinnleggelser for hjerteinfarkt siden 1990. Til tross for svakheter – blant annet har det ikke vært mulig å inndele i førstegangsinfarkt og senere hjerteinfarkt før i 1999 – er de foreliggende data fra Norsk Pasientregister nyttige. Nylig er disse data grundig analysert for tidsrommet 1991–2000, og funnene avspeiler insidensutviklingen for hjerteinfarkt (4).

Tallenes tale er klar – og interessant. Gjennom hele perioden var antall sykehusinnleggelser for hjerteinfarkt fallende. Fallet fra 1991 til 2000 var 18 %, litt mer for menn og litt mindre for kvinner. Det mest bemerkelsesverdige er likevel en markant *nedgang* i innleggelser for aldersgrupper under 80 år (29 %) og en like uttalt *økning* for de aller eldste (25 %) (4). Justering for alderssammensetning bekreftet tendensen. Det synes som om den gunstige utviklingen med redusert sykkelighet og dødelighet knyttet til hjerte- og karsykdommer allerede fra 1970-årene kan ha skjovet forekomsten av hjerte-

infarkt til høyere alder. I så fall er dette en tilsiktet konsekvens av vår anstrengelse for å bekjempe hjerte- og karsykdommer. Aterotrombotisk sykdom er en naturlig del av de somatiske endringer som inntreffer når man nærmer seg den naturlige avslutningen av livet. Temaet er drøftet mer inngående i en annen sammenheng (4).

Måling av troponin er i de aller siste årene tatt i bruk i infarktdiagnostikken, og dette har utløst en diskusjon om diagnostiske kriterier for hjerteinfarkt (5). En del tilfeller som tidligere ble diagnostisert som ustabil angina pectoris, kan nå bli klassifisert som hjerteinfarkt. Dette representerer ikke en reell endring i insidens av hjerteinfarkt definert etter konvensjonelle kriterier. Endret diagnosestilling har neppe gjort seg signifikant gjeldende i perioden 1991–2000. Dersom dette skulle ha skjedd, ville den reelle nedgangen i antall innleggelser for hjerteinfarkt vært enda mer uttalt.

Den fryktede konsekvens av de senere års uheldige livsstil – økt hyppighet av hjerteinfarkt – kan således ikke spores i denne type analyser. Det er mulig at utslagene først vil komme på et senere tidspunkt. Men det er ikke umiddelbart innlysende at endringer i kostvaner og livsstil trenger lang tid på å slå ut i endret insidens av hjertesykdom. I et klassisk arbeid fra 1951 beskrev Strøm & Jensen erfaringene fra et særegent historisk «eksperiment» (6). Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer falt raskt og betydelig kort tid etter krigsutbruddet i 1940, holdt seg lav i krigsårene, og begynte raskt å stige fra 1945. Forfatterne mente at den sannsynlige årsaken til redusert insidens av hjertesykdom var endret kosthold, med redusert kaloriinntak og en markant nedgang i fettkonsumet.

En annen forklaring på den positive utviklingen det siste tiåret kan være at også gunstige miljøfaktorer har vært operative. Disse kan ha holdt de omtalte uheldige påvirkningene i sjakk og kan endog ha vært så sterke at nettoresultatet er blitt en reduksjon i antall hjerteinfarkter. To forhold er av særlig interesse. Selv om kaloriinntaket er for høyt, er den relative sammensetningen av ulike kostingredienser blitt bedre, med mindre inntak av fett og større forbruk av frukt og grønnsaker. Den andre faktoren som ikke bør undervurderes, og som kan ha gitt utslag, er en stadig mer omfattende bruk av hjertemedikamenter de siste tiårene. Dette har trolig forhindret et stort antall tilfeller av hjerte- og karsykdommer. Oppnådd gevinst har da

skjedd med det som kan oppfattes som en omkostning, nemlig en utstrakt medikalisering av befolkningen.

Faresignalene ved dagens samfunnsutvikling skal tas på alvor, og mottiltak må settes inn. Det er sterkt ønskelig at folk flest øker den fysiske aktiviteten. Samtidig må vi operere med en nøktern og sannferdig fremstilling av den faktiske utviklingen for sykdommen hjerteinfarkt. Det siste tiåret har vært oppmuntrende, og vi ser med spenning på utviklingen i det tiåret vi nå er i starten av.

Åsmund Reikvam

asmund.reikvam@ioks.uio.no
Institutt for farmakoterapi
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo
Postboks 1065 Blindern
0316 Oslo

*Åsmund Reikvam (f. 1944) er professor ved
Institutt for farmakoterapi, Universitetet i Oslo,
og spesialist i indremedisin og hjertesykdommer.*

Litteratur

1. Wøien G, Øien O, Graff-Iversen S. 22 år med hjerte- og karundersøkelser i norske fylker. Bør vi være tilfreds med den utviklingen risikofaktorene har tatt? *Norsk Epidemiologi* 1997; 7: 255–66.
2. Tverdal A. Forekomst av fedme blant 40–42-åringer i to perioder. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 667–72.
3. Vekt – helse. Rapport nr. 1/2000. Oslo: Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, 2000.
4. Reikvam Å, Hagen T. Markedly changed age distribution among patients hospitalized for acute myocardial infarction. *Scand Cardiovasc J. Akseptert for publisering* 2002.
5. Strømme JH, Rolstad OJ, Mangschau A. Troponiner og andre nye biokjemiske hjertemarkører – tid for et skifte. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1863–9.
6. Strøm A, Jensen RA. Mortality from circulatory disease in Norway 1940–45. *Lancet* 1951; i: 126–9.