

Vi skal fortsatt kritisk vurdere nytte og nødvendighet av behandlingstiltak, inkludert medikamenter og være på vakt mot tvilsom markedsføring. Imidlertid må vi ikke bli så kritiske at vi fratar pasienter nyttig behandling og dermed mulighet til å forebygge alvorlig hjerte- og karsykdom.

Audun Dyrdal

audun.dyrdal@samfunnsmed.uio.no
 Legekontoret U2
 Postboks 137 Bøler
 0620 Oslo

Litteratur

1. The World Health Report 2001. Genève: WHO, 2001.
2. Luscher TF. Vascular protection: current possibilities and future perspectives. *Int J Clin Pract Suppl* 2001; 117: 3–6.
3. Holmen J, Hetlevik I, Krüger Ø. Legemidler ved symptomfrie risikotilstander – dokumentasjonskravene bør skjerpes. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 3972–4.
4. Dyrdal A, Lindbæk M. Diagnostikk av hypertensjon i allmennpraksis – er kontorblodtrykk tilstrekkelig. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 147–51.
5. Fretheim A, Bjørndal A, Dyrdal A, Golding M, Ose L, Reivam Å et al. Retningslinjer for medikamentell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer – hvem bør behandles? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2277–81.
6. Schmidt-Ott KM, Kagiya S, Phillips MI. The multiple actions of angiotensin II in atherosclerosis. *Regul Pept* 2000; 93: 65–77.
7. Lefer AM, Scalia R, Lefer DJ. Vascular effects of HMG CoA-reductase inhibitors (statins) unrelated to cholesterol lowering: new concepts for cardiovascular disease. *Cardiovasc Res* 2001; 49: 281–7.
8. Kristiansen IS. Problematiske mål for effekt. *Dagens Medisin* 22.4.2002.
9. Reikvam Å. En ny «epidemi» med hjerteinfarkt – faktisk eller fiksjon? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 991.

... imot

Individuell forebygging i allmennpraksis

Individuell forebygging på legekontoret har i dag høy prioritet, spesielt forebygging av hjerte- og karsykdommer. Omfanget bør reduseres for å sikre god allmennlegetjeneste til de hjertesyke og andre syke og for å forhindre at de friske blir unødig sykeliggjort.

Hjerte- og karsykdommer er tredje hyppigste konsultasjonsårsak i allmennpraksis, etter sykdommer i muskel- og skjelettsystemet og luftveier. Ukomplisert hypertensjon er hyppigst og utgjør en tredel (1). Diabetes type 2 og dyslipidemier kommer i tillegg. Risikantene (2) har høy gjennomsnittsalder, mer enn halvparten er over 70 år (3).

Antall hjerte- og karriskanter øker når risikodefinisjon «flyttes inn i normalbefolkningen» både for hypertensjon (4) diabetes (5) og dyslipidemi (6). Omkring en million nordmenn trenger oppfølging hvis grensen for blodtrykk skal være 140/90 mm Hg (7). En like stor gruppe har kolesterolverdier over 6,5 mmol/l (6). Mange i dag oppfatter også denne grensen som høy, de har lest at under 5 mmol/l er best (8).

Aldersuavhengig risikodefinisjon gjør svært mange eldre til risikanter; de er statistisk sett nærmere sykdom og død. Mer enn 70 % av dem over 70 år har blodtrykk over 140/90 mm Hg (7). Tilsvarende gjør gjeldende definisjon av osteoporose en like stor andel av eldre kvinner til risikanter – for brudd (9). Det kan hevdes at mange allerede er syke, de har mikroskopiske forandringer i blodårer eller andre organer. Gitt en slik sykdomsdefinisjon vil andel friske reduseres når undersøkelsesmetodene utvikles (10).

Fastlegen skal utføre risikovurdering og sette sammen informasjon om arv, livsstil, risikofaktorer og organskade, basert på kunnskap fra epidemiologiske studier. Komplikasjonen, men ikke nødvendigvis prediksjonsevnen, øker etter hvert som flere faktorer inkluderes (3, 7).

Å redusere risiko

Fastlegen kan anbefale livsstilsendring og tilby forebyggende medikamenter. Effekt på sykkelighet er for liten til å observeres i egen praksis, nytten av tiltakene må baseres på forskning (11). Kliniske studier viser om en

terapi kan være prognoseforbedrende (efficacy) (11). I slike studier vil åtte av 200 eldre spares for sykdom etter fem år med antihypertensiv behandling (4). Hos middelaldrende reduseres dette til tre (4). Det innebærer at 197 personer behandles i fem år uten helsegevinst, de kan ha bivirkninger. Tilsvarende vil statinbehandling av middelaldrende menn med høy risiko medføre at to spares for hjerteinfarkt og en får utsatt sin død hvis 200 behandles i fem år (12). Medikamentene koster 850 000 kroner hvis ett tilfelle av hjerte- og karsykdom skal forebygges med statin og 45 000 kroner hvis tiazid anvendes (13). Årlige utgifter til lipidsenkende medisiner har passert 1 milliard kroner per år, fra 114 millioner i 1994 (6).

Fastlegen skal gjenskape effektene fra kliniske studier i sin praksis (effectiveness). Kliniske studier skiller seg fra hverdagspraksis ved at studiene har selekterte leger og pasienter, økt tidsbruk, ekstra økonomisk kompensasjon, høy monitorering og kort varighet. Å vurdere risikonivå, gjennomføre intervensjon med livsstilsråd og medikamenter, undersøke effekt på risikofaktorer og overvåke bivirkninger er like tidkrevende enten pasienten har 10 % risiko for hjerte- og karsykdom de neste ti år eller 40 %. Terapieffekten er likevel størst ved høy risiko. Dette er av betydning både for individet og for samfunnet. Fastlegen skal starte med livsstilsintervensjon, men erfarer ofte at pasientene har kunnskapen fra før, uten at de nødvendigvis klarer å endre sin levemåte. Legen tilpasser seg dette ved ikke å gjenta uvirksomme anbefalinger (3). Effekt av individuell livsstilsintervensjon i allmennpraksis er usikker (14). Slik erfaring innbyr til bruk av medikamenter. Anbefaling av lave målverdier forsterker dette (4). Om medikamentell forebygging har effekt i en befolkning må undersøkes i epidemiologiske studier. Det gjøres få slike, sammenliknet med antall kliniske studier, og det kan være tvil om effekt (15).

Det er fristende å tro at observert reduksjon av hjerte- og karsykdom skyldes individuell forebygging, men æren kan være ufortjent. Bl.a. startet reduksjonen av antall hjerne- slag før individuell forebygging. Dødelighet av hjerte- og karsykdom ble også betydelig redusert under krigen. En konsekvens kan likevel være at fastlegen bør prioritere andre helseproblemer uten samme positive utvikling.

Forebygging og behandling

Allmennlegen prøver daglig å balansere sin innsats mellom friske og syke, forebygging og behandling, det kroniske og det akutte, det alvorlige og det banale, det enkle og det kompliserte (16). Individuell forebygging får prioritet fordi slikt kan planlegges med «ny kontroll om tre måneder».

Hvis alle med blodtrykk over 140/90 mm Hg takker ja til en time individuell forebygging per år, vil fastlegen bruke en femdel av sin konsultasjonskapasitet (7, 17). Det kunne forsvares hvis det forhindret mange sykdomstilfeller. Men kliniske studier viser at antihypertensiv behandling kun gir 16 % reduksjon av koronarsykdom, den største sykdomsgruppen (4). Siden hjerteinfarkt også forekommer ved lavere blodtrykk, vil nærmere ni av ti slike sykdomstilfeller ikke forebygges med antihypertensiver. Hjertesyke vil derfor kunne oppleve ikke å få nødvendig legehjelp ved akutt og kronisk sykdom – fordi fastlegen prioriterer forebygging. I virkeligheten må likevel fastlegen prioritere de syke (17) på bekostning av forebyggende prosedyrer (3). Da kan man ikke forvente at effektene gjenskapes. Selv med dagens risikantpopulasjon på en halv million er det et kvalitetsproblem, som også rammer pasienter med høy risiko (3). Som en konsekvens bør aktiviteten begrenses til en mindre gruppe med høy risiko. Resten av befolkningen har tilbud om grupperettede strategier som sykkelstier og antirøykekampanjer (18).

Fastlegen vil – enten hun liker det eller ikke – bidra til å gi store deler av befolkningen risikodiagnoser, med usikker helsegevinst. Antall risikotilstander øker og omfanget av hver tilstand kan økes ved å endre grensene. Genetisk kartlegging kan gjøre alle til risikanter – fra unnfangelsen. Verken fastlegen eller risikantene vil vite hvem som har nytte av risikointervensjon. Men alle som holder seg friske, vil kunne tro det skyldes undersøkelse og behandling. Den takknemmeligheten er ikke fortjent, men kan bidra til ekspansjon av helsetjenesten. Den negative effekten av en risikodiagnose er et tema for seg selv, det samme gjelder kommunikasjonen (19). Hvordan informere slik at personen det gjelder forstår innholdet og kan delta i beslutningene? Autonomibegrepet utfordres også av at informasjon som er formidlet ikke kan trekkes tilbake (19).

Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM) har utviklet retningslinjer som tar hensyn til problemstillingene som er omtalt (7, 13, 20, 21).

Irene Hetlevik

irene.hetlevik@medisin.ntnu.no
Ranheim Legesenter
7056 Ranheim
og Institutt for samfunnsmedisin, NTNU

Litteratur

1. Hunskaar S, Hafting M, Hetlevik I, Høltedahl KA, Johannessen T, Rutle O. Allmennmedisin. Klinisk arbeid. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997.
2. Holmen J. Risikant – et nytt ord i forebyggende helsearbeid. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 2294.
3. Hetlevik I. The role of clinical guidelines in cardiovascular risk intervention in general practice. Doktoravhandling. Trondheim: Institutt for samfunnsmedisinske fag, NTNU, 1999.
4. WHO-ISH Hypertension Guidelines Committee. 1999 World Health Organisation – International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. www.who.int/ncd/cvd/HT-Guide.htm. (3.4.2003).
5. Claudi T, Cooper JG, Midtjøll K, Daae C, Furuseth K, Hanssen KF. NSAMs handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis. Oslo: Norsk Selskap for Allmennmedisin, Statens institutt for folkehelse, Den norske lægeforening, Norges Diabetesforbund, 2000.
6. Wærsted A, Hannisdal K, red. Terapi anbefaling: Behandling av hyperlipidemi. Nytt fra Statens legemiddelkontroll 1995; 18, nr. 7: 1–23.
7. Hetlevik I, Holmen J, Ellekjær H, Gjelsvik B, Kimsås A, Meland E. Kliniske retningslinjer for hypertensjon. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3037–41.
8. Kolset T. Fett – ikke ett fett. Dagbladet 19.7.2002
9. Claussen CC. WHO-definisjon: 70 prosent over 70 år er benskjøre. Dagens Medisin 6.1.2000.
10. Hetlevik I. Frisk, syk eller risikant? I: Hunskaar S, red. Allmennmedisin. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 2003; under trykking.
11. Holmen J, Hetlevik I, Krüger Ø. Legemidler ved symptomfrie risikotilstander – dokumentasjonskravene bør skjerpes. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3972–4.
12. Shepherd J, Cobbe M, Ford I, Isles CG, Lorimer AR, MacFarlane PW et al. for the West of Scotland Coronary Prevention Group. Prevention of coronary heart disease in men with hypercholesterolemia. N Engl J Med 1995; 333: 1301–7.
13. Meland E, Ellekjær H, Gjelsvik B, Kimsås A, Holmen J, Hetlevik I. Medikamentell forebygging av hjerte- og karsykdommer i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2643–7.
14. Ashenden R, Silagy C, Weller D. A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. Fam Pract 1997; 14: 160–76.
15. Thürmel H, Lund-Larsen PG, Tverdal A. Is blood pressure treatment as effective in a populations setting as in controlled studies? Results from a prospective study. J Hypertens 1994; 12: 481–90.
16. Hetlevik I. Den fulle allmennmedisinske bøtten. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3547–8.
17. Hetlevik I. Tilbake til de syke forebygging på legekontoret i krise. I: Swensen E, red. Diagnose: risiko. Oslo: Universitetsforlaget, 2000: 52–72.
18. Hetlevik I. Individuell risikointervensjon – en utfordring for samfunnet. I: Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K, Nylenna M, red. Helse for de mange. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003: 86–96.
19. Getz L, Nilsson PM, Hetlevik I. A matter of heart: the general practitioner consultation in an evidence-based world. Scand J Prim Health Care 2003; 21: 3–9.
20. Holmen J, Hetlevik I, Ellekjær E, Gjelsvik B, Kimsås A, Meland M. Kliniske retningslinjer for primærhelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1794–9.
21. Meland E, Ellekjær H, Gjelsvik B, Kimsås A, Holmen J, Hetlevik I. Forebyggende livsstilsråd mot hjerte- og karsykdommer i primærhelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2656–60.