



Kommentar

Debattinnlegg på inntil 800 ord sendes inn via www.manusnett.no

Misforståelser uten grenser

Vi må vi ikke stoppe arbeidet med å hindre hjerte- og karsykdom, men utnytte ny kunnskap og nye muligheter optimalt. De nye europeiske retningslinjene er et godt utgangspunkt.

Oppgitte interessekonflikter:

Se Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1823–4

Ifølge Statistisk sentralbyrå døde 44 401 kvinner og menn i Norge i 2002. Av disse døde om lag 40 % av hjerte- og karsykdom (1). 9 583 kvinner og menn døde før de var 74 år gamle. Av disse døde 20 % av iskemisk hjertesykdom og 10 % av karsykdommer i hjernen (hjerneslag). Det er derfor ikke urimelig at helsetjenesten og samfunnet er opptatt av tiltak som kan hindre slike dødsfall.

Getz og medarbeidere (2) har nylig vurdert de seneste europeiske retningslinjene for kardiovaskulær risikointervensjon (3). De fremhever at ifølge disse retningslinjene har 90 % av befolkningen over 50 år i Nord-Trøndelag en uheldig risikoprofil for blodtrykk og kolesterolnivå, og at dette reiser etiske dilemmaer om risikomerking, medikalisering og resursbruk. Her har Getz og medarbeidere dessverre blandet sammen behandlingsmål og intervensjonsindikasjoner. Anbefalingene sier at intervensjon skal gis når risikoen for kardiovaskulær død er over > 5 % i løpet av ti år. De tar utgangspunkt i den gamle sannhet at preventive tiltak er mest effektive hos dem som har størst risiko, og setter opp følgende prioriteringsrekkefølge:

1. Individuer med kjent arteriosklerotisk sykdom
2. Asymptomatiske individer med høy risiko for kardiovaskulær sykdom, det vil si individer med multiple risikofaktorer som resulterer i > 5 % risiko for å få dødelig arteriosklerotisk komplikasjon de neste ti år, eller med markert forhøyet nivå av en enkelt risikofaktor, slik som kolesterolnivå over 8 mmol/l, LDL-kolesterolnivå over 6 mmol/l og blodtrykk 180/110 mm Hg eller høyere

3. Individuer med type 2-diabetes og type 1-diabetes med mikroalbuminuri
4. Nære slektinger av pasienter med tidlig arteriosklerotisk sykdom
5. Asymptomatiske individer med spesielt høy risiko samt andre individer funnet i praksisen

De gir også instruktive skjemaer for beregning av risiko, ett for bruk i samfunn med høy kardiovaskulær dødelighet og ett for samfunn med lav kardiovaskulær dødelighet.

De europeiske retningslinjene legger stor vekt på livsstilsendringer, behandling av viktige kardiovaskulære risikofaktorer og bruk av profylaktisk medikamentell behandling. Det er satt opp behandlingsmål. Hvor hensiktsmessig det er med slike absolute behandlingsmål, kan diskuteres. Alle risikofaktorer er kontinuerlig variable, og enhver reduksjon i risiko er nyttig. Hvis man binder seg for sterkt opp i målet og glemmer at målet i en del tilfeller er uoppnåelig, kan dette gi unødig nederlagfølelse hos både pasient og lege. Ellers finner jeg lite å kritisere ved retningslinjene. De passer godt med de tiltak vi anbefaler i Norge i dag med røykesluttkampanje, grønn resept-kampanje og stortingsmelding nr. 16 (2002–03) *Resept for et sunnere Norge*.

Å intervenere mot risiko for sykdom og død er ikke å sykeliggjøre folk, slik som noen hevder. Tvert imot. Det er heller ikke sykeliggjøring å vaksinere våre barn, å anbefale folinsyre før svangerskap, å hjelpe folk til å slutte å røyke, å ta malariamidler profylaktisk, å behandle folk med høyt kolesterolnivå med statiner, å gi menn med erektsjonssvikt Viagra, å behandle type 1-diabetikere med ACE-hemmere når de har asymptomatisk mikroalbuminuri osv., osv. Det er en ganske spesiell situasjon i Norge i dag: klinikerne som gjerne vil drive profylakse mot de store folkesykdommer, mens enkelte samfunnsmedisinere ikke vil at helsetjenesten skal befatte seg med den slags (4, 5). I en lederartikkel i Tidsskriftet

nr. 24/2004 med tittelen *Medikalisering uten grenser* ironiserer Steinar Westin over dem som vil ta profylakse mot hjerte- og karsykdom mer alvorlig enn han gjør, og skriver: «Fortsette som før og anta at Vårherre må ha gjort en konstruksjonsfeil» (5). Jeg har aldri støtt på noen kolleger som tror at menneskenes helse er ideell og best tjent med at vi ikke intervenserer. Jeg tror heller ikke at Westin mener det. At mange i Nord-Trøndelag ligger uheldig høyt i lipidnivå og blodtrykk, og at dette øker risikoen for hjerte- og karsykdom, gir et godt utgangspunkt for profylaktiske tiltak, både på samfunns- og individnivå. Vi må ikke la irritasjon over legemiddelindustrien hindre oss fra å benytte godt dokumentert profylakse, selv når det innebærer bruk av medikamenter.

Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer er høy. Selv om dødeligheten er fallende, bør vi ikke stoppe arbeidet med å hindre hjerte- og karsykdom, men utnytte ny kunnskap og nye muligheter optimalt. De fleste tiltakene må gjøres i samfunnet og utenfor helsesektoren, men de enkelte leger, spesielt fastlegene, må bidra i sin viktige rolle som det enkelte individs viktigste helserådgiver.

Jak Jervell
Bygdøy allé 25A
0262 Oslo

Litteratur

1. Dødsfall etter årsak. Hele landet. 1991–2002. Statistisk sentralbyrå. <http://www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/tab-2004-02-27-01.html> (29.12.2004).
2. Getz L, Kirkengen AL, Hetlevik I et al. Ethical dilemmas arising from implementation of the European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Scand J Prim Health Care* 2004; 22: 202–8.
3. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart J* 2003; 24: 1601–10
4. Altmann C. – Dropp behandling av fedme og røyking. *Aftenposten* 15.11.2003. <http://www.aftenposten.no/forbruker/helse/article669896.ece> (1.1.2005).
5. Steinar Westin. *Medikalisering uten grenser*. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 3179.