

Videnskabelig Leder

Hjerte-kar-sygdom er stadig den næststørste dræber i Danmark

Michael Rahbek Schmidt

Kardiologisk Klinik, Rigshospitalet.

Ugeskr Læger 2024;186:V09240612. doi: 10.61409/V09240612

Dette temanummer af Ugeskrift for Læger har fokus på kardiologi. I en række artikler skrevet af repræsentanter for arbejdsgrupperne under Dansk Kardiologisk Selskab får vi indsigt i status og nye landvindinger inden for de forskellige kardiologiske subspecialer. Som det fremgår, dækker kardiologien et meget bredt spektrum af forskellige akutte og kroniske sygdomme. Kardiologi er et af de største og mest omkostningstunge internmedicinske specialer, hvad angår både sygdomsbyrde og behandlingstilbud.

Selvom dansk kardiologi i mange år har været førende på verdensplan, og behandlingen af f.eks. akut myokardieinfarkt er i absolut topklasse, er hjerte-kar-sygdom som helhed stadig den næsthyppigste dødsårsag i Danmark og medfører en meget tung sygdomsbyrde. Over 600.000 lever med hjerte-kar-sygdom (heraf over 25.000 børn og voksne med medfødt hjertesygdom), over halvdelen af borgere over 55 år rammes, og andelen af yngre med hjertesygdom vokser. Hjerte-kar-sygdom er suverænt den hyppigste dødsårsag i Europa og omkostningerne forbundet hermed er 100 mia. EUR højere end hele EU's budget. Problemet er med andre ord langt fra løst, og inden for flere områder går det den forkerte vej. Blandt andet er udviklingen af nye farmakologiske behandlinger af hjertesygdom gået næsten i stå, og ingen nye behandlinger er kommet på markedet siden 2022.

Hvad kan vi gøre? Der er flere veje at gå, som alle kræver politisk engagement og vilje til markante forandringer. Omkring halvdelen af alle tilfælde af hjerte-kar-sygdom kan forebygges med rygestop, behandling af hypertension og hyperkolesterolemie, vægtkontrol og fysisk aktivitet m.m., men dette opnås ikke ved at bebrejde eller uddelegere til den enkelte borger. Det samme gælder rehabilitering efter behandling af hjertesygdom, hvor forbedring af de nuværende tilbud er en forudsætning for at opnå reduktion i sygdomsbyrden. Det kræver strukturelle ændringer, som styrker den generelle sundhed. De foruroligende store (og voksende!) forskelle i sundhed på tværs af geografi og uddannelsesniveau skal bekæmpes, og lige adgang til sundhedsvæsenet sikres. Desuden er eksterne faktorer som partikel- og støjforurening (luftforurening øger for eksempel risikoen for iskæmisk hjertesygdom og stroke med ca. 25%) alvorlige risikofaktorer;

igen et område, som kun kan håndteres politisk.

Regeringens nye sundhedsudspil »Sundhed tæt på dig« med forslag om sammenlægning af Region Sjælland og Region Hovedstaden samt indførelse af 17 sundhedsråd lægger op til en ret betydelig omstrukturering af sundhedsvæsenet, men det er fortsat uklart, hvilke konkrete ændringer hospitalerne imødeser ud over tiltag i retning af et stærkere tværsektorielt samarbejde. Sidstnævnte er ønskværdigt, og ambitionen bedre sundhedstilbud tæt på patienten er god, men det er en forudsætning for succes, at ændringer sker i tæt samarbejde med det faglige miljø (herunder de faglige selskaber) i den konkrete implementering. I sidste ende er os læger, der kan gøre den største konkrete forskel, fordi vi har direkte kendskab til og indflydelse på løsningen af opgaverne.

Man kan med offentlige registre opgøre, hvor mange patienter i hvilke aldersgrupper og køn med hvilken lokalisering, der har hvilke hjerte-kar-sygdomme, og derudfra estimere den nødvendige kapacitet til at imødekomme behandlingsbehovet og den forventelige udvikling i den nærmeste fremtid. Men herefter skal selve opgaven løses, og det kræver dyb faglig indsigt i, hvilke undersøgelser der kan udelades eller optimeres, hvilke der kan foregå på afstand via telemedicin, hvilke behandlinger forventeligt vil forandre sig, og i det hele taget en stillingtagen til hvordan et givet antal patienter med en given diagnose mest hensigtsmæssigt får tilbudt den bedste behandling. Der vil aldrig blive kardiologiske speciallæger nok til at opfylde behovet med den nuværende struktur og tilgang til behandling, og det er essentielt at tage nye teknologiske muligheder i brug, f.eks. fjernbetjening af MR-skannere, fjernaflæsning af pacemakere, online hjælp fra læger til sonografer med ekkokardiografi m.m.

Kardiologien har i årtier været et af de mest forskningstunge specialer og et område i konstant rivende udvikling. Som det fremgår af flere af artiklerne i denne udgave af Ugeskrift for Læger (se f.eks. artiklerne om tidskritiske sygdomme og kronisk iskæmisk hjertesygdom), rykkes grænserne hele tiden for, hvad der er muligt.

Naturligvis skal fundamentet – her forstået som tilgængelighed af behandlingen af alle de store hjerte-kar-sygdomme på niveau med høj international standard – være til stede, før nye behandlingsformer kan indføres. Vi ser et potentiale for i samspil med politikerne at udnytte de eksisterende ressourcer endnu mere målrettet på en måde, som både imødekommer kravet om lige adgang til sundhed, løfter niveauet og levner plads til at udvikle nye behandlinger. Med en mere samlet indsats og konstant fokus på rationel ressourceanvendelse kan dansk kardiologi forblive i den absolutte verdenselite, så danskerne kan få den bedste forebyggelse og behandling af hjerte-kar-sygdom, der findes.

Korrespondance *Michael Rahbek Schmidt*, afgående formand for Dansk Cardiologisk Selskab. Kardiologisk Klinik, Rigshospitalet. E-mail: michael.rahbek.schmidt@regionh.dk

Interessekonflikter Der er anført potentielle interessekonflikter. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig

sammen med lederen på ugeskriftet.dk

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](#)