

tation af patientforløb; som f.eks. dobbeltdokumentation, manglende brug af andre faggruppers data og manglende dokumentation af kontinuiteten i patientforløb. Evalueringen af dækker imidlertid også et stort behov for at udvikle organisationen og EPJ yderligere. Det er specielt afgørende for overblikket, at der arbejdes målrettet med at sikre en logisk og entydig systematisering af data, samt at alle faggrupper lærer at dokumentere kort og præcist. Resultatet af afdelingens evaluering kan bidrage til diskussionen om, hvordan den fremtidige EPJ skal udvikles med henblik på at skabe et dokumentationsredskab, der er med til at sikre et sammenhængende patientforløb, hvor patienterne oplever bedst mulig kvalitet i behandlingsforløbet.

Korrespondance: *Betty Nørgaard*, Stenhøjens 3, DK-7100 Vejle.
E-mail: Betty.Noergaard@fks.regionsyddanmark.dk

Antaget: 8. maj 2008
Interessekonflikter: Ingen

Taksigelse: Der skal rettes en stor tak til personalet på Pædiatrisk Afdeling på Frederica og Kolding Sygehuse for stor opbakning til udvikling, implementering og evaluering af patientjournalen.

Litteratur

1. Ammentorp J, Mainz J, Sabroe S. Kommunikation i sundhedsvæsenet – med fokus på den patientoplevede kvalitet hos voksne og børn/unge. *Ugeskr Læger* 2006;168:3437-42.
2. Svenningsen S. Den elektroniske patientjournal og medicinsk arbejde – reorganisering af roller, ansvar og risici på sygehuse. København: Handelshøjskolen forlag, 2004.
3. Ruland CM. Sundhedsinformatik for sygeplejestuderende. Hvordan IKT kan bidrage til udviklingen af et bedre sundhedsvæsen. Gads Forlag, 2002.
4. Fuller KN. In Search of intelligent life in the documentation universe: a hospital's journey to developing an interdisciplinary computer based documentation system. *Comput Inform Nurs* 2006;24:6-9.
5. Lauritsen JM, Bruus M. En kort oversigt over indtastning af data ved hjælp af EpiData. EpiData Foreningen, Danmark, 2003. www.epidata.dk 14.06.05.
6. Taylor S, Bogdan R. Introduction to qualitative research methods. New York: John Wiley & Sons, 1998.
7. Emerson RM et al. Fieldnotes in ethnographic Research. I: Writing ethnographic fieldnotes. Chicago & London: The University of Chicago Press, 1995:1-16.
8. Vingtoft S, Bernstein K, Bruun-Rasmussen M et al. Evaluering af GEPKA-projektet. Delrapport 2. Klinisk Afprøvning. EPJ-Observatoriet, 2004.

Insufficient blodtryksskontrol efter koronar revaskularisering

Læge Natasha Roseva-Nielsen, ph.d. Kjeld Kristensen, læge Ulrik Tølleruphuus & dr.med. Tage Lysbo Svendsen

Holbæk Sygehus, Hjertemedicinsk og Klinisk Fysiologisk Afdeling

Resume

Introduktion: Efter koronar revaskularisering kan blodtrykket stige, muligvis fordi antianginøs behandling ofte seponeres eller reduceres, og samtidig kan venstre ventrikels uddrivningsfraktion bedres. Vi har foretaget denne undersøgelse for at fastslå omfanget af utilfredsstillende blodtryksregulation hos revaskulariserede patienter.

Materiale og metoder: Hos 190 patienter (48 kvinder), som mindst 12 måneder før havde gennemgået revaskulariserende behandling, blev der foretaget måling af konsultationsblodtryk og ambulante blodtryk; blodprøverne blev undersøgt for lipider og plasmaglukose; *body mass index* (BMI) blev beregnet; anamnese blev optaget med speciel fokus på medicinering og rygevaner.

Resultater: Konsultationsblodtrykket var i gennemsnit $134,2 \pm 17,6/81,1 \pm 9,7$ mm Hg og det dagtidsambulante blodtryk $132,8 \pm 13,8/78,3 \pm 8,7$ mm Hg. Blodtryksskontrollen var utilfredsstillende hos 42,6% af patienterne bedømt ved klinikmåling og hos 51,6% bedømt ved ambulante måling. Hos patienter med kendt diabetes var der 64,3%, som var utilfredsstillende reguleret bedømt ved klinikmåling og 75,0% bedømt ved ambulante måling. Behandling med blodtryksænkende medicin blev registreret hos 79,0% af patienterne. BMI ≥ 25 blev fundet hos 71,6%, totalcho-

lesterol $\geq 4,5$ mmol hos 58,9%, mens 28,0% stadig var rygere et år efter den revaskulariserende behandling.

Konklusion: Det konkluderes, at blodtryksskontrollen efter koronar revaskularisering er særdeles utilfredsstillende, da cirka halvdelen havde et blodtryk, der lå over de anbefalede grænser.

Blodtryksforhøjelse er en hyppig lidelse hos patienter med iskæmisk hjertesygdom, og sammen med hyperlipidæmi og rygning er blodtryksforhøjelse med til at accelerere sygdomsforløbet. Behandling af hypertensionen (HT) og hyperlipidæmien samt rygeafvænnelse er vigtige opgaver i den sekundære profylakse. Ifølge EUROSPIRE II-undersøgelsen [1, 2] er såvel blodtryksforhøjelsen som hyperlipidæmien ikke optimalt behandlet hos denne gruppe patienter.

Hovedparten af de patienter, der har iskæmisk hjertesygdom, gennemgår i dag koronar revaskularisering. Efter dette indgreb kan den antianginøse medicin ofte reduceres eller seponeres, da de anginøse episoder er minimeret eller ophørt. Dette vil ofte medføre en større eller mindre blodtryksstigning. Revaskulariseringen kan forbedre venstre ventrikels funktion, og dette kan også give anledning til en stigning i blodtrykket (BT). Med baggrund heri vil mange patienter have et stigende BT, og en del vil udvikle hypertension (HT).

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Den maksimale blodtryksstigning vil ofte indtræde 3-6 måneder efter revaskulariseringen. På dette tidspunkt er hovedparten af patienterne afsluttet fra ambulant kontrol, og derfor erkendes HT ikke eller med forsinkelse. Disse forhold kan i forning forklare en blodtryksstigning hos en række patienter. Hos andre er forklaringen nok snarere, at lægerne ikke tager blodtryksforhøjelsen alvorligt og derfor undlader at intensivere eller indlede en behandling, da der ofte kun er tale om let til moderat blodtryksforhøjelse. Dette må betegnes som en fejl, da en moderat blodtryksforhøjelse hos denne gruppe patienter er behæftet med en betydelig øget risiko for at udvikle nye kardiovaskulære episoder [3, 4].

Formålet med undersøgelsen var primært at vurdere, om den sekundære profylakse lever op til anbefalingerne hos patienter med iskæmisk hjertesygdom, som har gennemgået et revaskulariserende indgreb. Undersøgelsen har særligt fokus på blodtrykket.

Metoder

I perioden 2002-2003 blev 261 konsekutive patienter med iskæmisk hjertesygdom henvist fra Hjertemedicinsk Afdeling i Holbæk til revaskularisering i form af perkutan koronarintervention (PCI) eller koronar bypasskirurgi (CABG). Efter at have gennemgået revaskularisering har patienterne fået afdelingens vanlige rehabiliteringstilbud, hvorefter de asymptomatiske patienter med velkontrolleret risikofaktorprofil er blevet henvist til videre opfølgning hos de praktiserende læger, mens den resterende del er blevet fulgt i HjerTEAMBULATORIET. Mindst 12 måneder efter det revaskulariserende indgreb

blev alle patienter inviteret til at få udført blodtryksmålinger samt vurdering af øvrige risikofaktorer. For med størst mulig sikkerhed at diagnosticere et forhøjet BT valgte vi at supplere konsultationsblodtryksmåling (KBT) med ambulant 24-timers blodtryksmåling (ABT). Der blev udspurgt om rygevaner og medicin. Alder, køn og *body mass index* (BMI) blev registreret. Fastende totalcholesterol, højdensitetslipoprotein (HDL), lavdensitetslipoprotein (LDL), triglycerider og blodsukker samt morgenurin for albumin blev bestemt.

KBT blev målt på begge arme med kviksølvmanometer efter ti minutters hvile. På den arm, der havde det højeste blodtryk, blev der foretaget yderligere to målinger, hvoraf gennemsnittet blev udregnet. ABT-målinger blev foretaget oscillometrisk med et A&D TM2421-udstyr (A&D Osaka, Japan). Apparatet var indstillet til at måle BT og hjertefrekvens hvert 15. minut fra kl. 06.00-21.59 og hvert 30. minut fra 22.00 til 05.59. Patienterne registrerede søvnperiodens længde. Blodtryksmålingerne blev analyseret, og det gennemsnitlige systoliske og diastoliske BT for dag- og natperioderne blev beregnet.

KBT blev betegnet som normalt, såfremt værdierne var < 140/90 mm Hg. De ambulante blodtryksværdier blev betragtet som normale, såfremt gennemsnitsværdien i dagtiden var < 135/85 mm Hg. For diabetikere var grænserne for normale konsultationstryk 130/80 mm Hg og for ambulant blodtryk i dagtiden 125/75 mm Hg.

For lipidstatus blev et totalcholesterol < 4,5 mmol/l, LDL < 2,5 mmol/l, triglycerid < 1,8 mmol/l og HDL > 1,0 mmol/l betragtet som normale eller velregulerede niveauer. En fasteplasmaglukose (FPG) > 7,0 mmol/l blev betragtet som foreneligt med diabetes mellitus. En FPG på 6,0-7,0 mmol/l blev betragtet som foreneligt med abnorm glukoseregulation.

U-albumin/U-kreatinin ratioen blev beregnet. Normalt referenceområde < 3,0 mmol/l.

Statistik

Middel- og standardafvigelse blev beregnet på de målte værdier. Der blev anvendt Students t-test for de kontinuerlige data. p-værdier < 0,05 blev betragtet som signifikante.

Resultater

Patienter

I alt 190 patienter (48 kvinder) indgik i studiet. Patienternes demografiske og kliniske karakteristika er vist i **Tabel 1**. Ud af de 71 patienter, som ikke deltog i studiet, havde 37 patienter atrieflimren, mens de øvrige ikke ønskede at deltage.

Blodtryk

Blodtryksdata er vist i **Tabel 2**. Resultaterne er indført særskilt for de 110 patienter med selvrapporert HT. Alderen var signifikant højere for patienter med anamnese om HT sammenlignet med patienter uden tidligere kendt HT (66,9 ± 8,8 vs. 63,9 ± 9,9 år). Signifikant flere patienter med selvrapporert

Tabel 1. Studiepopulation (n = 190), gennemsnitsalder 65,6 ± 9,3 år, gennemsnitligt *body mass index* 27,3 ± 4,1 kg/m².

Variabel	n (%)
Kvinder	48 (25,3)
Mænd	142 (74,7)
<i>Risikofaktorer</i>	
Kendt hypertension	110 (57,8)
Kendt diabetes	28 (14,7)
Rygning aktuelt	54 (28,4)
Familier anamnese om hjerte-kar-lidelser	90 (47,4)
<i>Kardiovaskulær anamnese</i>	
Akut myokardieinfarkt	124 (65,3)
Perkutan koronarintervention	119 (62,6)
Koronar bypass-graft-kirurgi	82 (43,2)
Apopleksi	22 (6,3)
Perifer karsygdom	19 (10,0)
Betablokkere	102 (53,7)
Angiotensinkonverterende enzym-inhibitorer og angiotensinreceptorblokkere	71 (37,4)
Kalciumkanalblokkere	38 (20,0)
Diuretika	73 (38,4)
Anden blodtryks-sænkende medicin	13 (6,8)
Nitrater	20 (10,5)
Digoxin	8 (4,2)
Acetylsalicylsyre	175 (92,1)
Lipidsænkende medicin	160 (84,2)

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Tabel 2. Blodtryk (BT) og puls for alle patienter (n = 190) og for patienter med og uden anamnese om hypertension (HT).

Variabel	Samtlige patienter	Patienter med anamnese om HT	Patienter uden anamnese om HT
n (%)	190	110 (57,9)	80 (42,1)
Konsultation, systolisk BT, mmHg	134,2 ± 17,6	137,3 ± 18,6	129,9 ± 15,1
Konsultation, diastolisk BT, mmHg	81,1 ± 9,7	82,4 ± 10,0	79,4 ± 8,8
Ambulant, systolisk BT, mmHg	132,8 ± 13,8	135,2 ± 14,4	129,4 ± 12,2
Ambulant, diastolisk BT, mmHg	78,3 ± 8,7	79,8 ± 9,1	76,3 ± 7,6
Dårlig ^a BT-kontrol Konsultationsblodtryk, n (%)	81 (42,6)	51 (46,4)	30 (37,5)
Dårlig ^b BT-kontrol Ambulant blodtryk, n (%)	98 (51,6)	66 (60)	32 (40)
Hjertefrekvens, døgn	67,3 ± 10,8	67,2 ± 10,2	67,5 ± 11,1
Hjertefrekvens, dag	70,7 ± 10,0	70,0 ± 9,7	71,1 ± 10,5
Hjertefrekvens, nat	64,7 ± 10,7	63,9 ± 9,8	63,8 ± 10,5

a) $\geq 140/90$ mmHg hos ikkediabetikere og $\geq 130/80$ mmHg hos diabetikere.
b) $\geq 135/85$ mmHg hos ikkediabetikere og $\geq 125/75$ mmHg hos diabetikere.

HT havde dårlig blodtrykskontrol. Blodtrykket lå i gennemsnit på 132,8/78,8 hos ikkediabetikere og på 132,3/75,6 mmHg hos diabetikere. Kun få patienter havde isoleret diastolisk blodtryksforhøjelse (5,8 ud fra KBT og 5,3 ud fra ABT), og der fandtes kun få patienter med meget høje blodtryksværdier (**Figur 1**). Flere patienter, der havde gennemgået CABG, viste sig at være dårligt reguleret i sammenligning med patienter, der var revaskulariseret kun med PCI (51,2% vs. 27,8%). Vi fandt 28 patienter (14,7%), som var velkontrollerede ud fra KBT-målinger, men dårligt kontrolleret ud fra ABT-målinger. Det modsatte blev observeret hos 16 patienter (8,4%), som havde forhøjet BT ud fra KBT-måling, men forhøjet ud fra ABT-måling. Syvogtve patienter (40%) havde velkontrolleret BT både på basis af KBT- og ABT-målinger.

Vi havde kun 28 patienter med anamnese om diabetes, som viste sig at have signifikant dårligere BT-kontrol end patienterne uden diabetesanamnese (64,3% vs. 38,9% ud fra KBT og henholdsvis 75% vs. 47,5% ud fra ABT-målinger).

Farmakologisk behandling

Anvendelsen af forskellige kardiovaskulære lægemidler fremgår af Tabel 1.

Behandling med blodtryksænkende medicin blev registreret hos 79% af alle patienterne. Som forventet blev flere

patienter i farmakologisk behandling fundet blandt patienterne med HT-anamnese. Tabel 1 viser anvendelsen af de forskellige antihypertensive lægemidler blandt patienterne. Flertallet af patienterne både med selvrapporert og uden tidligere kendt HT (henholdsvis 94,5% og 57,5%) blev behandlet med blodtryksænkende medicin. Det viste sig, at 42% af patienterne fik monoterapi, 34% fik tostopbehandlingen, 21,3% var i behandling med tre slags blodtryksænkende medicin og kun 2,7% var i firestopbehandlingen.

Andre risikofaktorer

Tabel 3 viser patienternes lipidprofil og plasmaglukose. Næsten 60% af patienterne havde totalcholesterol over den anbefalede grænse på 4,5 mmol/l. Endvidere havde 72% BMI $\geq 25,0$.

Kun 14% af patienterne havde anamnese om diabetes, men yderligere fire patienter (2,5%) havde FPG $> 7,0$ mmol/l, og her udover havde 40 patienter (22,5%) plasmaglukose (PG) $> 6,0$ mmol/l. Ni patienter med kendt diabetes (32,1%) havde PG $\leq 6,0$ mmol/l.

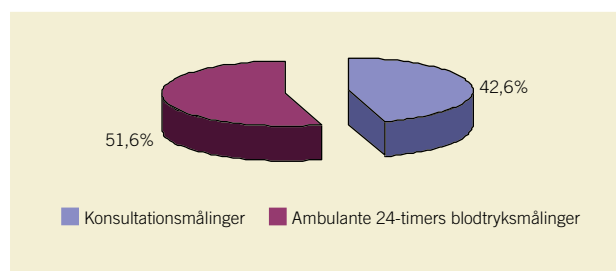
Før revaskularisering var 61% af patienterne rygere, mens 28,4% stadigvæk røg et år efter proceduren.

Mikroalbuminuri blev påvist hos 154 patienter (81%) med ligelig fordeling mellem diabetikere og ikkediabetikere.

Diskussion

Blodtryksforhøjelse er en veletableret og uafhængig risikomarkør for vaskulær sygdom. Nærværende studie havde som hovedformål at undersøge omfanget af utilfredsstillende blodtryksregulation hos patienter med iskæmisk hjertesygdom et år efter koronar revaskularisering.

Vi fandt, at bedømt på ABT-målinger var mere end halvdelen af patienterne ikke tilfredsstillende regulerede. Hos den del af patienterne, som ikke havde nogen hypertensionsanamnese, var over 40% hypertensive på trods af, at flertallet af dem tog medikamina med blodtryksænkende effekt. Hos de patienter, som havde en hypertensionsanamnese, var 60% hy-



Figur 1. Patienter med dårligt reguleret blodtryk – resultater af konsultationsmålinger og ambulante 24-timers blodtryksmålinger (n=190).

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

Tabel 3. Lipidprofil og plasmaglukose.

Variabel	Gennemsnitlig ± standardafvigelse for studiepopulationen	Målniveau	n (%) uden for målniveauet
Totalkolesterol, mmol/l	4,8 ± 0,7	< 4,5	112 (58,9)
Lavdensitetslipoproteiner, mmol/l	2,6 ± 0,9	< 2,5	106 (55,8)
Højdensitetslipoproteiner, mmol/l	1,4 ± 0,4	> 1,0	15 (7,9)
Triglycerider, mmol/l	1,7 ± 1,3	< 1,8	50 (26,3)
Plasmaglukose, mmol/l	5,7 ± 1,8	≤ 6,0	40 (21,1)

pertensive på trods af, at næsten alle (94,5%) fik antihypertensiva. Vi må derfor konkludere, at utilfredsstillende blodtrykskontrol er et hyppigt problem, selv i en højrisikogruppe med etableret iskæmisk hjertesygdom af en sværhedsgrad, som har ledt til revaskularisering og på trods af en udbredt anvendelse af antihypertensiva. Dette resultat er dog ikke ringere end resultaterne ved tilsvarende undersøgelser; EUROASPIRE II-studiet viste således, at kun ca. 49% var velregulerede bedømt ved konsultationsmålinger (det tilsvarende tal hos os var ca. 55%) [2].

Nærmere undersøgelse af vore data viste, at navnlig det systoliske blodtryk var utilfredsstillende reguleret (Figur 1). Dette var tilfældet uafhængigt af hypertensionsanamnese, brug af antihypertensive og en evt. tilstedeværelse af dyslipidæmi eller hyperglykæmi. Gruppen af etablerede diabetikere havde dog den mest utilfredsstillende regulering, idet 64% var over målet mht. konsultationsblodtryk og 75% mht. ambulante blodtryk; det er naturligvis af vigtighed at pointere, at behandlingsmålet for denne patientgruppe jo er markant lavere.

I modsætning til de to store europæiske opfølgingsstudier EUROASPIRE I og II anvendte vi såvel konsultationsmåling som ambulante blodtryksmålinger; sidstnævnte har vist sig at være den førstnævnte overlegen som risikomarkør for kardiovaskulære hændelser [5] og død [6].

Vi fandt, at en ikke helt lille andel af de patienter, som på basis af konsultationsmåling blev anset som normotensive/velregulerede, viste sig at være det modsatte, når resultatet af de ambulante målinger lagdes til grund. Dette er i god overensstemmelse med en metaanalyse af studier af blodtryksbehandling vurderet ved henholdsvis konsultationsmålinger og ambulante målinger [7]. Det potentielle problem er naturligvis, at denne patientgruppe vil modtage utilstrækkelig antihypertensiv behandling og derved få en unødvendigt høj morbiditetsrisiko, hvilket antydes i visse studier [8-10]. Vi fandt, at 14,7% af vore patienter havde en blodtryksprofil, som ved *masked hypertension* (velreguleret klinik-BT, men forhøjet ambulante BT), hvilket er i overensstemmelse med andres angivelser [11]. Det tyder på, at en eventuel tilstedeværelse af iskæmisk hjertesygdom er uden større betydning for hyppigheden af fænomenet.

Det modsatte fænomen, konsultationshypertension, hvor BT er normalt bedømt ved ambulante målinger men forhøjet

ved konsultationsmålinger, fandtes kun hos 8,4% af vore patienter. Dette er en lavere frekvens, end de 15-50% andre har rapporteret [12]; det er tænkeligt, at denne markante forskel kan tilskrives, at vores patientgruppe har hyppige lægekøntakter og gentagne hospitaliseringer bag sig, hvilket formodes efterhånden at reducere konsultationseffekten [13].

På baggrund af ovenstående foreslår vi at anvende ambulante blodtryksmålinger som en del af den rutinemæssige opfølgning af patienter efter koronar revaskularisering.

Flertallet af vore patienter og næsten alle med en hypertensionsanamnese anvendte medikamina med en blodtryks-sænkende effekt. Som forventet var betablokkere den hyppigst anvendte stofgruppe; sammenlignet med EUROASPIRE II-studiet [1] var anvendelsen af betablokkere dog fortsat under internationalt niveau. Vi fandt også, at anvendelsen af ACE-hæmmere og angiotensinreceptor-blokkere var påfaldende lav i lyset af, at flere studier har vist en positiv forebyggende effekt af dette behandlingsprincip hos patienter med iskæmisk hjertesygdom (HOPE [14], EUROPA [3]). Også calciumantagonister synes i nogle undersøgelser at have en sekundærprofylaktisk effekt hos patienter med iskæmisk hjertesygdom [15], hvilket er et stærkt indicium på, at intensiveret antihypertensiv behandling som sådan er gavnlige uanset det valgte antihypertensivum. Vi fandt, at calciumantagonister kun var i sporadisk brug (Tabel 1), hvilket muligvis kan skyldes den gode effekt af revaskulariseringen på anginasymptomer, men som i hvert fald demonstrerer, at der er mulighed

Forkortelser

ABT = ambulante 24-timers blodtryksmålinger
BMI = <i>body mass index</i>
BT = blodtryk
CABG = koronar bypasskirurgi
FPG = fasteplasmaglukose
HDL = højdensitetslipoprotein
HT = hypertension
KBT = konsultationsblodtryk
LDL = lavdensitetslipoprotein
PCI = perkutan koronarintervention
PG = plasmaglukose

for at supplere den givne behandling med en gruppe af velto-lerede antihypertensiva.

I lyset af den meget høje frekvens af utilstrækkelig blodtrykskontrol finder vi det utilfredsstillende, at kun få patienter var i tre- eller firestofsbehandling. Da et meget højt BT trods alt var sjældent i vores patientgruppe, ville et eventuelt tillæg af yderligere et antihypertensivum formodentlig medføre, at markant flere patienter ville kunne klassificeres som velbehandlede.

Ovenstående gælder for de blodtryksgrænser, der var gældende på tidspunktet for undersøgelsens udførelse. Der er nu kommet nye rekommandationer, hvor anbefalingen vedrørende patienter med etableret kardiovaskulær sygdom er behandlingsgrænser svarende til dem, der hidtil har været gældende for diabetikere, dvs. konsultationsblodtryk < 130/80 mm Hg [16]. Det er klart, at hvis denne grænse retrospektivt anvendtes på vores patientmateriale, ville andelen af utilfredsstillende behandlede patienter blive endnu højere.

Årsagerne til den utilfredsstillende blodtrykskontrol lader sig ikke afklare af vort datasæt. Vi har således ikke undersøgelser af venstre ventrikels funktion før og efter revaskularisering, ligesom vi ikke i detaljer kan redegøre for hvilke ændringer i behandlingen med blodtryksænkende medikamenter, der er foretaget op til revaskularisering, umiddelbart efter revaskularisering og ved den opfølgende ambulante kontrol. Alle patienter fik som udgangspunkt den samme efterbehandling, som uanset arten af revaskularisering indebar et rehabiliteringsforløb i vort ambulatorium i de første måneder efter proceduren, hvorefter de patienter, som var symptomfrie, og hvor vi ikke anså deres sekundærprofylaktiske behandling for at være optimal, blev afsluttet til fortsat kontrol hos egen praktiserende læge. Kun yderst få patienter havde et parallelt forløb hos thoraxkirurger eller invasive kardiologer, så det primære ansvar for opfølgningen har klart ligget på den lokale kardiologiske afdeling. En mulig forklaring på den manglende overholdelse af *guidelines* skal måske søges i manglende complians hos såvel afdelingslæger som praktiserende læger [17].

Med hensyn til risikofaktorer ud over BT fandt vi store andele af patienter med BMI \geq 25, totalcholesterol \geq 4,5 mmol/l and LDL \geq 2,5 mmol/l. Det store flertal af patienterne var i statinbehandling. I EUROASPIRE II-studiet fandt man tilsvarende store andele af patienter med utilfredsstillende kolesterolværdier og en lidt lavere frekvens af statinforbrug [1]. Grænserne for tilfredsstillende kolesterolniveau er nedsat mellem de to undersøgelser, således at de absolutte kolesterolniveauer er lavere i vores patientgruppe, men dette kan altså ikke tilskrives en bedre opfyldelse af aktuelt gældende anbefalinger.

Der var kun få patienter med en kendt diabetesanamnese i vores studie, men et ganske stort antal fandtes at have FPG > 6,0 mmol/l. Blodtryksregulationen i denne patientgruppe var ringere end hos de øvrige, hvilket antyder, at der findes en stor undergruppe med en bekymrende risikofaktorprofil, som

ikke fanges ved vores nuværende rutiner. Dette synes primært at kunne tilskrives manglende opmærksomhed på de lavere behandlingsmål for denne patientgruppe, idet det numeriske blodtryk faktisk var lavere for patienter med kendt diabetes.

Med hensyn til rygning fandt vi et opmuntrende og markant fald i andelen med rapporteret tobaksrygning før og efter revaskularisering. Andelen af rygere efter revaskularisering (ca. 28%) var dog stadig højere end i EUROASPIRE-studiet [1], hvor man fandt ca. 20% rygere.

Mikroalbuminuri rapporteres at være associeret med en fordobling af risikoen for død hos patienter med kardiovaskulær sygdom [18]. At flertallet af vore patienter havde mikroalbuminuri er ikke overraskende i og med, at alle har etableret endotelaffektion; fundet bekræfter, at der er tale om højrisikopatienter, som fordrer langtidsopfølgning af hele deres risikofaktorprofil.

Konklusion

Det konkluderes, at blodtrykskontrollen langt fra er tilfredsstillende hos patienter med iskæmisk hjertesygdom, idet over halvdelen fandtes at være over behandlingsgrænserne et år efter revaskularisering. Den antihypertensive behandling ville formentlig let kunne intensiveres og bedres. Også kontrollen af metaboliske risikofaktorer var utilfredsstillende, mens anvendelsen af trombocythæmmere og det observerede fald i rapporteret rygning fandtes tilfredsstillende.

Korrespondance: *Natasha Roseva-Nielsen*, Kardiologisk Afdeling, Holbæk Sygehus, DK-4300 Holbæk. E-mail: ngr@regionsjaelland.dk

Antaget: 6. maj 2008
Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. EUROASPIRE I and II Group. European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. *Lancet* 2001; 357:995-1001.
2. Boersma E, Keil U, De Bacquer D et al. EUROASPIRE I and II Study Groups. Blood pressure is insufficiently controlled in European patients with established coronary heart disease. *J Hypertens*. 2003;21:1831-40.
3. Fox KM; EUROpean trial on reduction of cardiac events with Perindopril in stable coronary artery disease investigators. Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease: randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial (the EUROPA study). *Lancet* 2003;362:782-8.
4. Nissen SE, Tuzic EM, Libby P et al. CAMELOT investigators. Effect of antihypertensive agents on cardiovascular events in patients with coronary disease and normal blood pressure: the CAMELOT: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004;292:2217-25.
5. Clement DL, De Buyzere ML, De Bacquer DA et al. for the Office versus Ambulatory pressure study investigators. Prognostic value of ambulatory blood pressure recordings in patients with treated hypertension. *N Engl J Med* 2003;348:2407-15.
6. Mancia G, Facchetti R, Bombelli M et al. Long-term risk of mortality associated with selective and combined elevation in office, home, and ambulatory blood pressure. *Hypertension* 2006;47:846-53.
7. Mancia G, Parati G. Office compared with ambulatory blood pressure in assessing response to antihypertensive treatment: a meta-analysis. *J Hypertens* 2004;22:435-45.
8. Bobrie G, Chatellier G, Genes N et al. Cardiovascular prognosis of »masked hypertension« detected by blood pressure self-measurement in elderly treated hypertensive patients. *JAMA* 2004;291:1342-9.
9. Hara A, Ohkubo T, Kikuya M et al. Detection of carotid atherosclerosis in sub-

- jects with masked hypertension and white-coat hypertension by self-measured blood pressure at home: The Ohasama Study. *J Hypertens* 2007;25:321-7.
10. Pierdomenico SD, Lapenna D, Bucci A et al. Cardiovascular outcome in treated hypertensive patients with responder, masked, false resistant and true resistant hypertension. *Am J Hypertens* 2005;18:1422-8.
 11. Pickering TG, Davidson K, Gerin W et al. Masked hypertension. *Hypertension* 2002;40:795-6.
 12. Celis H, Fagard RH. White-coat hypertension: a clinical review. *Eur J Intern Med* 2004;15:348-57.
 13. Mancia G, Bertinieri G, Grassi G et al. Effects of blood pressure measurement by the doctor on patient's blood pressure and heart rate. *Lancet* 1983;2:695-8.
 14. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. Effects of an angiotensin – converting – enzyme inhibitor, Ramipril, on cardiovascular events in high risk patients. *New Engl J Med* 2000;342:145-53.
 15. Poole-Wilson PA, Lubsen J, Kirwan BA et al. Effect of long-acting nifedipine on mortality and cardiovascular morbidity in patients with stable angina requiring treatment (ACTION trial): randomised controlled trial. *Lancet* 2004;364:849-57.
 16. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A et al. The task force for the management of arterial hypertension at the European society of hypertension (ESH) and at the European Society of Cardiology (ESC). 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 2007;28:1462-536.
 17. Hobbs FD, Erhardt L. Acceptance of guideline recommendations and perceived implementation of coronary heart disease prevention among primary care physicians in five European countries: the Reassessing European Attitudes about Cardiovascular Treatment (REACT) survey. *Fam Pract* 2002;19:596-604.
 18. Klausen KP, Scharling H, Jensen JS. Very low level of microalbuminuria is associated with increased risk of death in subjects with cardiovascular or cerebrovascular diseases. *J Intern Med* 2006;260:231-7.

Patienters vurdering af medicinpakningernes indlægssedler

Stud.med. Anna Horwitz, overlæge Lene Reuther & overlæge Stig Ejdrup Andersen

Bispebjerg Hospital, Klinisk Farmakologisk Enhed

Resume

Introduktion: Formålet var at undersøge, hvad medicinbrugere fra almen praksis mener om indlægssedler, herunder om de kan læse og forstå dem, og om informationen om bivirkninger har nogen betydning for patienternes lyst til at tage medicinen.

Materiale og metoder: Et spørgeskema med 14 spørgsmål blev udarbejdet og besvaret af uselektede patienter fra en almen praksis i en forstad til København.

Resultater: I alt 111 patienter blev inkluderet. Otteogfirs patienter (79%) læste altid eller ofte indlægssedlerne. Heraf lagde 77% vægt på bivirkninger, mens kun knap 13% lagde vægt på al information i indlægssedlen. Der var 21%, som aldrig eller sjældent læste indlægssedlerne, men stoled på lægen eller apotekeren. Af de interviewede havde 62% ikke problemer med at læse og forstå indlægssedlerne. Blandt de øvrige havde 57% vanskeligheder pga. skriftstørrelsen, og 33% fandt skriftsproget vanskeligt. I alt 35 patienter (32%) angav, at de havde stoppet medicinering pga. information om bivirkninger på indlægssedlen.

Konklusion: For patienter i almen praksis er indlægssedlen en væsentlig kilde til lægemiddelinformation – især om bivirkninger. Knap en tredjedel af patienterne oplyste, at de havde undladt medicinering på grund af de bivirkninger, der var omtalt på indlægssedlerne. Fremtidige undersøgelser bør fokusere på indlægssedlens betydning for nonadhærens, herunder på hvordan man skriftligt kan informere læsbart, forståeligt og korrekt uden at skabe frygt.

Når lægemidler får markedsføringstilladelse, godkender myndighederne også et produktresumé (SPC) og en indlægsseddel. Produktresumeeet beskriver lægemidlets egenskaber og de betingelser, der knytter sig til brugen af det, men indeholder en del fagudtryk, som umiddelbart ikke er let tilgængelige for den almindelige bruger.

Hovedformålet med indlægssedler er at informere og beskytte brugere af lægemidler og bidrage til, at lægemidler anvendes korrekt på baggrund af en fyldestgørende og forståelig information [1]. Lægemiddelstyrelsen har udarbejdet en vejledning til udarbejdning af indlægssedler [2].

Lægemiddelstyrelsen skal gøre indlægssedler tilgængelige for ethvert lægemiddel, der markedsføres i Danmark [3], og bekendtgørelser og vejledninger præciserer kravene til information om lægemidler, herunder produkternes pakning og indlægssedler. Bekendtgørelserne indeholder bestemmelser, via hvilke Europaparlamentets og -rådets direktiver gennemføres. Det er således EU-lovgivningen, der dikterer, hvad indlægssedlerne skal indeholde. Lægemiddelstyrelsens vejledning præciserer krav om læsbarhed, tekststørrelse, skrifttype, store og små bogstaver og brug af forkortelser [1]. Hensynet til brugerne har afgørende betydning ved Lægemiddelstyrelsens vurdering af indlægssedler [2].

Et spansk telefoninterview med 1.069 personer viste, at 76% af befolkningen fik information om receptpligtig medicin fra indlægssedlerne, 55% fra læger og 17% fra apotekerne [4]. Alligevel følte patienterne sig dårligt informeret om receptpligtig medicin og ønskede, at sundhedsmyndighederne overvågede information fra forskellige kilder, f.eks. fra producenterne.