

Forebyggelse af hjerte-kar-sygdom – et bevægeligt mål

LEDER

Gorm Boje Jensen &
Henrik Steen Hansen

Ugeskr Læger
2014;176:V65493

Ca. 80% af al hjerte-kar-sygdom, herunder akut myokardieinfarkt (AMI), kan ifølge WHO forebygges. I den vestlige verden forekom der en stor stigning i incidens og mortalitet af AMI i efterkrigsårene. Dette affødte en betydelig forebyggende indsats og samtidig udvikling af effektive behandlingsmetoder, hvilket tilsammen resulterede i et markant fald i incidens og mortalitet [1, 2]. Den forebyggende indsats har især været rettet mod behandling af højrisikopersoner, f.eks. med kolesterolsænkende medicin, blodtryksmedicin og individuel rådgivning om rygning, kost og fysisk aktivitet. Sundhedsmyndigheder og patientforeninger har tillige gennemført en lang række forebyggende kampagner i det offentlige rum. Der kan ikke være tvivl om, at indsatsen har været virksom, idet incidensen af AMI er mere end halveret [1]. Men der er stadig mange mennesker, i 2012 ca. 8.500, der får første AMI, en alvorlig og ofte katastrofal begivenhed, og prævalensen af kronisk hjertesygdom er stigende [3].

Vinther et al har i dette nummer af Ugeskrift for Læger, s. 1020 [4] i en analyse baseret på INTER99-studiet undersøgt forekomsten af koronar hjertesygdom sat i relation til den estimerede risiko baseret på blodtryk, kolesterolniveau og risikoscore. Undersøgelsen viser, at de a priori-bedømte højrisikogrupper rent faktisk har en højere risiko for at få et AMI, men samtidig bekræftes det Roseske paradoks, at de fleste sygdomstilfælde i en befolkning forekommer hos personer i den store lavrisikogruppe, simpelthen fordi denne antalsmæssigt er så meget større end højrisikogrupperne. På baggrund af disse resultater argumenterer forfatterne for, at en befolkningsbaseret strategi, som flytter risikoniveauet i hele befolkningen, kunne være mere effektiv til reduktion af sygdomsforekomsten end den nuværende praksis, hvor man behandler store befolkningsgrupper for deres individuelle risikofaktorer med rådgivning og medicin for forhøjet kolesteroltal og blodtryk samt rygning.

Der er en række problemer, som forfatterne ikke behandler i deres artikel. Arbejdet er baseret på en befolkningsundersøgelse med en tilslutning på 50%. Især socialt dårligere stillede grupper med øget risiko deltager ikke i sådanne undersøgelser. Resultaterne er derfor i bedste fald relevante for den danske middelklasse. Sundhed er blevet middelklassens hovedprojekt. Den manglende inklusion af socialt dårligt stillede grupper i samfundets forebyggende tilbud er et særligt problem, som i sig selv forstærker behovet

for strukturelle forebyggende tiltag. Det er også sandsynligt, at risikoniveauerne har flyttet sig i opfølgingsperioden.

Arbejdets risikoestimat er baseret på de klassiske koronarrisikofaktorer. Der findes mere målrettede metoder til at skærpe vurderingen af individuel risiko. UL-undersøgelser af a. carotis eller aorta og påvisning af calciumaflejringer i koronarkarrene er i dag teknologiske muligheder, og der er behov for forskning i disse undersøgelsesmetoders effektivitet og risici som screeningværktøjer.

Vi mener ligesom *Vinther et al* ikke, at det er et spørgsmål om enten højrisikostrategi eller befolkningsbaseret strategi. Det er nødvendigt at gennemføre strukturelle tiltag i form af lovgivning om tobak og salt, øgede muligheder for fysisk aktivitet, kost og andre tiltag, der fremmer folkesundheden. Men der vil stadig være behov for individuel behandling. Som eksempler kan nævnes statinbehandling for familiær hyperkolesterolemie og medikamentel behandling af forhøjet blodtryk og andre risikofaktorer. Vi vil også anbefale en socialt differentieret strategi mhp. at imødegå den 2,5 gange øgede risiko blandt lavtuddannede, hvilket er uacceptabelt og udemokratisk [5].

Vi har bevæget os ind i en ny æra som officielt lavrisikoland for hjerte-kar-sygdom, men ikke lav risiko for alle. Der er både behov for mere forskning for at imødegå den sociale ulighed i sundhed på hjerte-kar-området og for at udvikle mere effektive markører for individuel risiko og senere hjerte-kar-sygdom.

LITTERATUR

1. Dansk Hjertestatistik. København: Hjerteforeningen og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2010.
2. Schmidt M, Jacobsen JB, Lash TL et al. 25 year trends in first time hospitalisations for acute myocardial infarction, subsequent short and long term mortality, and the prognostic impact of sex and comorbidity: a Danish nationwide cohort study. *BMJ* 2012;344:e356doi:10.1136.
3. Koch M, Davidsen M, Andersen LV et al. Increasing prevalence despite decreasing incidence of ischemic heart disease and myocardial infarction. *Eur J Prev Cardiol* 18. nov 2013 (epub ahead of print).
4. Vinther JL, Jørgensen T, Borglykke A. Need to combine individual strategies with population-level strategies in the prevention of coronary heart disease. *Dan Med J* 2013;60(10):4726.
5. Koch MB, Davidsen M, Juel K. Hjertekarsygdomme i Danmark. Forekomst og udvikling 2000-2009. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2011.

KORRESPONDANCE:

Gorm Boje Jensen,
Forskning & Sundhedspolitik,
Hjerteforeningen,
Hauser Plads 10,
1127 København K.
E-mail: gbjensen@
hjerteforeningen.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk