

Videnskabelig Leder

Ugeskr Læger 2021;183:V205077

To screen or not to screen – for højt blodtryk?

Halfdan Petursson, Johann Agust Sigurdsson & John Brodersen

Ugeskr Læger 2021;183:V205077

COVID-19-pandemien har givet store udfordringer i sundhedsvæsenet. Mange har været alvorligt syge, og pandemien har derfor også internationalt medført et behov for nedprioritering af nogle af sundhedsvæsenets indsatser. Men pandemien har ikke ændret på, at hjerte-kar-sygdomme stadig er den anden mest almindelige dødsårsag i Danmark. Så både under en pandemi og i »fredstid« skal sundhedsvæsenets ressourcer prioriteres, så tiltag giver størst mulig gavn og minimal skade.

Højt blodtryk er en afgørende risikofaktor for hjerte-kar-sygdomme og er relativt simpelt og billigt at behandle. Forskellige behandlinger er blevet undersøgt, og diskussionen af disse fortsætter [1]. Højt blodtryk opdages hovedsageligt ved en tilfældighed, f.eks. ved opportunistisk blodtryksmåling, hvis lægen får mistanke om, at patienten har øget risiko for at udvikle hjerte-kar-sygdom. I Danmark har vi altså ikke noget systematisk screeningsprogram for højt blodtryk som foreslået i forskellige former [2]. Men vil det være værdifuldt og muligt at indføre sådan et nationalt screeningsprogram?

Der er robust evidens af høj kvalitet for, at farmakologisk behandling af højt blodtryk reducerer dødeligheden og sygeligheden ved hjerte-kar-sygdomme [3, 4]. Intuitivt ville der derfor kunne forventes store fordele ved et screeningsprogram pga. en høj forekomst af højt blodtryk i befolkningen. Men intuition er ikke nok, der kræves direkte robust evidens af høj kvalitet, og ifølge et Cochranereview mangler denne evidens [5]. Hvad viser den indirekte evidens så? I Danmark er der gennemført to randomiserede studier, hvor den almindelige befolkning blev inviteret til et generelt helbredstjek inklusive screening af blodtrykket: Ebeltoftundersøgelsen [6] og Inter99-studiet [7]. Man kunne ikke i nogen af studierne påvise en nedsættelse af dødelighed eller sygelighed. Resultaterne er i overensstemmelse med internationale studier: To systematiske review viser, at hverken invitation til generelle helbredstjek eller alskens typer screening for hjerte-kar-sygdomme nedsætter dødeligheden eller sygeligheden ved hjerte-kar-sygdomme [8, 9]. Samtidig vil der ske en betydelig overdiagnostik [10] og dermed overbehandling af højt blodtryk, hvis den almindelige befolkning blev screenet [11]. Det kunne måske være forklaringen på overdødeligheden blandt kvinder i de geografiske områder, hvor deltagelsesprocenten var højest i Inter99-studiet [12]. Endelig viser undersøgelser af labellingeffekten af diagnosen »hypertension«,

at det ikke er en gratis omgang at hæfte mærkatet »forhøjet blodtryk« på raske personer. Det kan have betydelige negative psykosociale konsekvenser [13-16].

Tilgængelige ressourcer skal også tages i betragtning, selv hvis screening skulle være mere gavnlig end skadelig. Screeningsprogrammet kræver betydelige ressourcer, fordi målgruppen er stor, og programmet kan forventes at øge arbejdsbyrden for de praktiserende læger betydeligt. De praktiserende læger følger allerede flertallet af patienterne med høj risiko for hjerte-kar-sygdomme. Derfor vil man ved screening først og fremmest indfange personer med lavere absolut risiko, hvor behandling giver en mindre fordel end i højrisikogruppen [17]. Et screeningsprogram kommer dermed til at belaste de i forvejen travle praktiserende læger med nye »lavrisikopatienter« i en tid med stor mangel på praktiserende læger. Det virker som en forkert prioritering. En norsk undersøgelse viser, at hvis de europæiske retningslinjer for behandling af blodtryk blev implementeret i en screenet befolkning, ville det kræve, at antallet af praktiserende læger blev mindst fordoblet. Denne enorme ressource af læger ville vel at mærke kun kunne tage sig af patienter med højt blodtryk [18]. Et screeningsprogram skal altid sættes ind i et prioriteringsperspektiv, og i dette tilfælde står valget mellem at prioritere »lavrisikopatienter« [11], frem for patienter med kroniske sygdomme, inklusive dem med høj risiko for hjerte-kar-sygdomme.

Opportunistisk blodtryksmåling hos højrisikopersoner er god klinisk praksis, men når vi forholder os til den bedst tilgængelige evidens, tyder det på, at systematisk screening for højt blodtryk medfører mere skade end gavn – faktisk ingen gavn, kun skade.

Korrespondance *John Brodersen*, Forskningsenheden for Almen Praksis, Region Sjælland, Center for Forskning & Uddannelse i Almen Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet og Center for Sundhed og Samfund. E-mail: jobr@sund.ku.dk

Interessekonflikter Der er anført potentielle interessekonflikter. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med lederen på ugeskriftet.dk

REFERENCER

1. LeFevre M. ACC/AHA hypertension guideline: what is new? What do we do? *Am Fam Physician* 2018;97:372-3.
2. Engström S, Berne C, Gahnberg L, Svärdsudd K. Efficacy of screening for high blood pressure in dental health care. *BMC Public Health* 2011;11:194.
3. Musini VM, Tejani AM, Bassett K et al. Pharmacotherapy for hypertension in adults 60 years or older. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;6:CD000028.
4. Wright JM, Musini VM, Gill R. First-line drugs for hypertension. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;4:CD001841.
5. Schmidt BM, Durao S, Toews I et al. Screening strategies for hypertension. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;5:CD013212.

6. Bernstorff M, Deichgræber P, Bruun NH et al. Randomised trial examining cardiovascular morbidity and all-cause mortality 24 years following general health checks: the Ebeltoft Health Promotion Project (EHPP). *BMJ Open* 2019;9:e030400.
7. Jorgensen T, Jacobsen RK, Toft U et al. Screening and lifestyle counselling in a general population does not reduce ischaemic heart disease: a randomised trial – Inter99. *BMJ* 2014;348:g3617.
8. Krogsboll LT, Jorgensen KJ, Gotzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;1:CD009009.
9. Eriksen CU, Rotar O, Toft U, Jørgensen T. What is the effectiveness of systematic population-level screening programmes for reducing the burden of cardiovascular diseases? WHO, 2021.
10. Petursson H, Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Can individuals with a significant risk for cardiovascular disease be adequately identified by combination of several risk factors? *J Eval Clin Pract* 2009;15:103-9.
11. Sheppard JP, Stevens S, Stevens R et al. Benefits and harms of antihypertensive treatment in low-risk patients with mild hypertension. *JAMA Intern Med* 2018;178:1626-34.
12. Bender AM, Jørgensen T, Pisinger C. Higher mortality in women living in high-participation areas of a population-based health check and lifestyle intervention study. *Int J Pub Health* 2019;64:107-14.
13. Haynes RB, Sackett DL, Taylor DW et al. Increased absenteeism from work after detection and labeling of hypertensive patients. *New Engl J Med* 1978;299:741-4.
14. Sångren H, Reventlow S, Hetlevik I. Role of biographical experience and bodily sensations in patients' adaptation to hypertension. *Patient Educ Couns* 2009;74:236-43.
15. Jorgensen P, Langhammer A, Krokstad S, Forsmo S. Diagnostic labelling influences self-rated health. *Fam Pract* 2015;32:492-9.
16. Gyuricza JV. Psychosocial consequences of labelling in healthy people with mild hypertension: development of a patient-reported outcome measure [ph.d.-afh]. University of São Paulo, 2020.
17. Glasziou PP, Irwig LM. An evidence based approach to individualising treatment. *BMJ* 1995;311:1356-9.
18. Petursson H, Getz L, Sigurdsson J, Hetlevik I. Current European guidelines for management of arterial hypertension: are they adequate for use in primary care? *BMC Fam Pract* 2009;10:70.