

Psykosociala riskfaktorer i behandlingsriktlinjer för hjärt-kärlrisk

I en alldeles utmärkt artikel har professor Lars Wilhelmsen, Göteborg, och docent Joep Perk, Oskarshamn, än en gång presenterat de senaste europeiska riktlinjerna för kardiovaskulär prevention i klinisk praxis (LT 46/2004, sidorna 3677-82).

Riskkartor underlättar arbetet

Till det som är nytt och användbart i dessa rekommendationer hör riskkartor, baserade på den nya SCORE-algoritmen, vilka gör det lätt för doktorn – och patienten – att pricka in den individuella risken hos en man eller kvinna, en rökare eller icke-rökare, en diabetiker eller icke-diabetiker vid en given ålder, ett givet blodtryck och ett givet kolesterolvärde [1].

Det hör också – veterligen för första gången inkluderade i behandlingsriktlinjer – betydelsen av psykosociala riskfaktorer för hjärt-kärlrisk. Stress i arbetet och i familjen, social isolering, depressivitet och fientlighet, särskilt hos socialt utsatta människor, ökar risken och försämrar prognosen i kardiovaskulär sjukdom. Dessa faktorer utgör svårforcerade barriärer mot framgångsrik livsstilsförändring och bör därför uppmärksammas och åtgärdas i den primära och framför allt i den sekundära preventionen.

Utfördes av ISBM

Arbetet med att sammanställa och värdera de psykosociala riskfaktorerna och åtgärderna mot dem utfördes däremot inte av någon av de sju omnämnda europeiska specialistföreningarna (hypertoni, diabetes etc). Det anförtroddes International Society of Behavioral Medicine (ISBM) med undertecknad som samordnare.

Till hjälp hade jag en kunnig och väl förankrad expertgrupp av beteendemedicinare från ISBM, kompletterad med europeiska kardiologer och psykosomatiker: Christian Albus (Köln, Tyskland), Antti Uutela (Helsingfors, Finland), Brian Oldenburg (Queensland, Australien), Redford Williams (Durham, USA), Christoph Herrmann-Lingen (Göttingen, Tyskland), Neil Schneiderman (Miami, USA), Gunilla Burell (Uppsala, Sverige), Susana Sans (Barcelona, Spanien), Nuri Bagés (Barcelona, Spanien), Guy De Backer (Gent, Belgien) och Hans-Christian Deter (Berlin, Tyskland).

ISBMs över 5 000 medlemmar med nationella föreningar i ett tjugotal länder, däribland alla nordiska länder, utgör en tvärdisciplinär grupp, där ca 40 procent är medicinare, lika många är bete-

endevetare och en femtedel utgörs av en rad andra professioner som samverkar sida vid sida. I Sverige företräds ISBM av Svensk beteendemedicinsk förening (intresserade kan kontakta författaren).

State of the art

Den slutliga och fullständiga texten till de europeiska riktlinjerna nagelfors och accepterades av alla åtta specialistgrupperna [2]. Slutversionen av texten inklusive kapitlet om psykosociala faktorer, som – med hänsyn till expertunderlaget – får betecknas som state of the art, underkastades även extern »peer review« av professor Pekka Puska (Helsingfors) och professor Johannes Siegrist (Düsseldorf).

Det bör kanske tilläggas att de psykosociala riskfaktorernas betydelse för primär och sekundär prevention knappast utan vidare hade accepterats av de europeiska kardiologerna. Kalevi Pyörölä, Lars Rydén, Ole Fagerman, David

Wood, Ian Graham och Guy De Backer är några av dem som, med förnuft och vidsynthet, banat vägen för detta interdisciplinära samarbete.

Kristina Orth-Gomér

professor i samhällsmedicin,
Karolinska institutet, Stockholm
k.orth-gomer@phs.ki.se

Referenser

1. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al; Third Joint Task Force of European and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J 2003;24:1601-10.
2. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al; European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: third joint task force of European and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts). Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2003;10:S1-S10.

Tag bort remisstvånget och höj högkostnadsskyddet

Det är glädjande att den politiska majoriteten i Stockholms läns landsting bestämt sig för att inte utvidga remisstvånget innan en noggrann utredning gjorts. Glädjande är också att Bengt Johansson och Sven Svederberg, bägge arbetande i Skåne, uppmärksammar situationen i Stockholm, i sitt inlägg i LT 47/2004, sidan 3827). De verkar dela uppfattningen att patienten skall ha ett fritt läkarval. Så långt är vi överens.

Inte bara allmänläkare

Bengt Johansson och Sven Svederberg vill att högkostnadsskyddet enbart skall omfatta den sjukvård som legitimerats av allmänläkare. På den punkten skiljer sig våra åsikter. I Stockholm gör bristen på allmänläkare att en sådan ordning skulle skapa än längre köer till husläkarna. Dessutom tycker jag att det är principiellt felaktigt att missgynna de patienter som väljer en billigare vårdform framför en dyrare. För den oförsäkrade patienten kostar ett besök hos husläkaren 1 400 kronor. Motsvarande besök hos en hud- eller öronläkare kostar hälften så mycket. Att ekonomiskt missgynna de patienter som söker specialist utan att först fråga sin husläkare om lov innebär ett nytt sätt att prioritera.

I och för sig är frågan om prioriteringar den viktigaste sjukvårdspolitiska frågan just nu. Särskilt viktigt är det att dis-

kutera hur de nedprioriterade patienterna skall behandlas. De har ju fortfarande ett sjukvårdsbehov. Har de fortfarande en plats inom den gemensamt finansierade vården eller skall de betala hela vården själva? Bengt Johanssons och Sven Svederbergs förslag kan uppfattas som ett steg i den riktningen. Förutom att verka som läkare får allmänläkarna ytterligare ett uppdrag. De skall fungera som »skadereglerare i den kompetenta organisationen«.

Høj gränsen för högkostnadsskyddet

Innan patienterna delas upp efter olika prioriteringsprinciper borde gränsen för högkostnadsskyddet höjas. Trots landstingens dåliga ekonomi ville riksdagen inte höja högkostnadsskyddet med 100 kronor, från 900 kronor till 1 000 kronor. Av ren självbevaringsdrift vågade ingen rikspolitiker med kraft driva den frågan.

Enligt min mening borde man pröva att höja högkostnadsskyddet först, eftersom den åtgärden är minst administrativt krånglig. Dessutom är den förenlig med tanken om en solidariskt finansierad sjukvård.

Christer Sjödin

ordförande, Stor-Stockholms
privatläkarförening; psykiater
sjodin.christer@telia.com