

# Primärprevention av hjärt-kärlsjukdom bör styras av skattning av absolut risk

I ett tidigare inlägg i Läkartidningen menade Arne Melander, NEPI, och Gunnar Ågren, Folkhälsoinstitutet, att det är än mer angeläget med sekundärprevention vid hjärt-kärlsjukdomar än med primärprevention, som ter sig föga kostnadseffektivt. Peter M Nilsson framhåller här att det finns flera aspekter som inte belysts och som leder fram till ett annat sätt att se på frågan. Han har fem huvudargument.



PETER M NILSSON  
docent, universitetslektor,  
avdelningen för medicin,  
Universitetssjukhuset MAS,  
Malmö

[Peter.Nilsson@medforsk.mas.lu.se](mailto:Peter.Nilsson@medforsk.mas.lu.se)

Hjärt-kärlsjukdomarna är den avgjort största sjukdomsgruppen i Sverige räknat i antal dödsfall, men även konsekvenserna för sjuklighet, sjukskrivning, produktionsbortfall och mänskligt lidande för patient och anhöriga är stora. Att drabbas av hjärt-kärlsjukdom och avlida i slutet av ett långt och rikt liv kan knappast te sig som ett problem att förebygga, men att ryckas bort i förtid i en ofta behandlingsbar sjukdomsyttning är tragiskt och representerar en stor medicinsk utmaning.

Därför blir diskussion om prevention av hjärt-kärlsjukdomar och dess inbyggda problem en angelägen fråga, kliniskt, samhällsmässigt och etiskt, något som nyligen diskuterats i ett debattinlägg i Läkartidningen av Arne Melander, NEPI (Nätverk för läkemedelsepidemiologi), och Gunnar Ågren, Folkhälsoinstitutet [1]. I detta inlägg framhålls att sekundärprevention är betydligt mer angelägen än primärprevention, som enligt författarna ter sig föga kostnadseffektiv och i många fall som ett slöseri med resurser eftersom man får behandla ett stort antal individer för att någon skall kunna ha nytta av behandlingen. Dessa synpunkter har också nyligen framförts i en broschyr från NEPI betitlad »Kan läkemedel förebygga ohälsa?« I den rekommenderas istället kraftfulla insatser för en bättre livsstil i befolkningen [2]. Till detta kommer även etiska argument mot screening av riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom eftersom en sådan riskerar att medikalisera och sjukförklara friska människor.

I en nyligen publicerad analys från screeningprojektet HUNT-studien i mellersta Norge hävdade Linn Getz och medarbetare att det är oetiskt och riska-

belt att ange att 76 procent av de screenade männen och kvinnorna (20–79 år) hade avvikande värden för kardiovaskulära riskfaktorer och därmed var utsatta inte bara för en oklar »risk« utan även indragna i en medikaliseringsprocess som blockerar sjukvårdens resurser [3].

## Etiska och praktiska aspekter

Finns det några svagheter i dessa resonemang, eller bör vi nu konstatera att såväl screening för kardiovaskulära riskfaktorer hos friska som primärpreventiv behandling med läkemedel för dessa bör utmönstras ur medicinsk verksamhet? Enligt mitt synsätt finns följande viktiga aspekter som ej belysts och vars betydelse gör att man kan se dessa frågor på ett annat sätt.

Mitt första argument är *etiskt*. Det anses allmänt att det är mer etiskt rätt att förebygga allvarlig sjukdom och död, om detta är möjligt, än att behandla redan uppkommen skada. I mer allmänna ordalag, utifrån ett tragiskt nutidsexempel, hade det varit etiskt bättre att ha ett system för tidig tsunamivarning längs Bengaliska vikens stränder än att inte ha detta. Applicerat på hjärt-kärlområdet vet vi att till exempel vissa familjer är hårt drabbade av tidig hjärt-kärlsjukdom [4], och det kan då vara etiskt rätt att erbjuda medlemmar i dessa familjer riktade hälsokontroller, något som brukar vara uppskattat.

Det andra argumentet är *praktiskt*. Numera anser de flesta experter inom området att en skattning av absolut (total) kardiovaskulär risk är lösningen på dilemmat med att försöka nå rätt (begränsad) grupp av riskindivider. Tyvärr innehåller inlägget från Melander och Ågren [1] inte något om till exempel SCORE-systemet för skattning av kardiovaskulär risk, som skildrats i flera artiklar i Läkartidningen under senaste året, även i dess svenska version av Lars Wilhelmsen och medarbetare [5]. För närvarande testas en datorapplikation av SCORE på ett flertal svenska vårdenhe-

ter i HEARTSCORE-projektet under ledning av Joep Perk för att skapa erfarenheter av hur en sådan riskskattning kan gå till i praktiken. Inte heller i den norska studien [3] utgår man från SCORE, vilket leder till onödig inflation i antalet individer med riskfaktorer.

## Argument om metoder och ekonomi

Mitt tredje argument är *metodmässigt*. För att kunna möta ett folkhälsoproblem bör man först skapa sig en så korrekt bild som möjligt av detta problem, dess omfattning i olika befolkningsgrupper och sammanhörande tidstrender.

I skriften från NEPI [2] gör man beräkningar byggda på »disease impact number« (DIN) och »population impact number« (PIN) för kardiovaskulär sjukdom i befolkningen [2]. Man stödjer sig i detta sammanhang på skattade prevalensdata för hjärt-kärlsjukdom utifrån en befolkningsenkät, »Liv och Hälsa«, i Mellansverige från 2001–2002. Problemet med denna i övrigt intressanta enkätstudie är bortfallet på cirka 40 procent, något som är vanligt i liknande undersökningar. Det finns anledning att anta att många sjuka personer återfinns i bortfallsdelen, på samma sätt som det är välkänt att sjuka och socialt utsatta individer tenderar att utebli från inbjudningar till olika hälsoundersökningar [6].

Sanna prevalenssiffror för hjärt-kärlsjukdom i den svenska befolkningen bör skattas utifrån ett flertal olika källor, inkluderande vård- och läkemedelsstatistik, något som görs bland annat i nationella folkhälsorapporter.

Mitt fjärde argument är *ekonomiskt*. Trots allmänt stöd för en bättre livsstil som bas för kardiovaskulär prevention är det inte säkert att en sådan behandling, bedriven lege artis inom den existerande sjukvårdens ram, skulle bli billigare än att ge läkemedelsterapi. Tvärtom har det till exempel visat sig i en studie på hypertoner i Göteborg att tablettbehandling under ett år för hypertoni faktiskt blev billigare än livsstilsbehandling efter en hälsoekonomisk analys, om man inkluderar kostnader för återbesök, personal, provtagning etc [7].

Detta betyder att om man går från allmänna rekommendationer om bättre livsstil till hela befolkningen ner till behandlingsplanering för enskilda patienter så är det inte säkert att detta blir mer kostnadseffektivt än läkemedelsbehandling, givetvis beroende på riskfaktorpro-

fil i övrigt och följsamhet (samsyn) hos den enskilde individen.

**Vetenskapliga argument**

Mitt femte och sista argument är *vetenskapligt*. Några av livsstilsbehandlingens grundstenar är allmänt accepterade även om nyttan av en sådan behandling mest vilar på slutsatser från observationsstudier, till exempel nyttan av rökstopp och ökad fysisk motion.

Mer besvärligt kan det bli med kostbudskapet, vars innehåll ofta debatteras.

*Tvärtom har det till exempel visat sig i en studie på hypertoniker i Göteborg att tablettbehandling under ett år för hypertoni faktiskt blev billigare än livsstilsbehandling efter en hälsoekonomisk analys, om man inkluderar kostnader för återbesök, personal, provtagning etc.*

Enighet råder om att ett för litet dagligt intag av frukt, grönsaker och framför allt kostfiber utgör en allvarlig riskfaktor för hjärtinfarkt, bland annat påvisat i INTERHEART-studien [8], medan frågan om fettkvalitet inte ter sig lika självklar längre. Det skulle kanske kunna vara så, vilket observationsstudier från Malmö antytt [9, 10], att högkonsumtion av mättat fett och en ogynnsam sammansättning av fettsyror är skadligt framför allt genom sitt samband med ett samtidigt lågt intag av kostfibrer, frukt och grönt. Efter justering för dessa nyttiga kostkomponenter blir överriskerna med fettintaget inte påvisbara i en frisk normalbefolkning som följts över tid [10]. Även detta är dock observationella data och kan inbjuda till alternativa tolkningar.

När det gäller nyttan av läkemedelsbehandling så finns det idag flera väldokumenterade, kostnadseffektiva och tolererbara läkemedel som även lämpar sig för primärprevention hos individer

med tillräckligt hög total kardiovaskulär risk för att komma ifråga för sådan behandling. Detta gäller till exempel för lågdos-ASA, statinbehandling av diabetiker samt ett flertal hypertoniläkemedel som summerats i SBU-rapporten nyligen [11]. Att inte använda dessa om indikation föreligger är att undandra patienten en rimlig och evidensbaserad preventiv behandling.

**Sammanfattning**

Eftersom många läkare känner tveksamhet inför primärprevention av hjärt-kärlsjukdom, bland annat utifrån argument om felaktig resursanvändning och medikalisering, är det viktigt att ge dessa frågor en ordentlig genomlysning för att skapa en strategi som är evidensbaserad, etiskt acceptabel och praktiskt genomförbar. Detta är just målsättningen för det expertmöte som Läkemedelsverket planerar under hösten 2005 och som för första gången vill försöka lämna det splittrade perspektivet på enskilda riskfaktorer, och dessas gränsvärden, för att istället lyfta fram begreppet total kardiovaskulär risk (SCORE) som grund för ställningstagande om åtgärder.

Därefter lär det komma rekommendationer för ställningstagande till erbjudande om screening och behandling av enskilda. Detta måste kompletteras med folkhälsoåtgärder som likaså bör vara evidensbaserade och kostnadseffektiva. Ett föga utnyttjat men synnerligen kostnadseffektivt exempel på det sistnämnda är de »quit & win«-kampanjer för rökstopp riktade till allmänheten [12] som tyvärr ej funnits i Sverige i större skala under senare år. Sådana kampanjer brukar kunna nå socialt rätt även till människor med små ekonomiska resurser som drabbas hårt, både hälsomässigt och ekonomiskt, av sitt tobaksmissbruk. Detta borde Folkhälsoinstitutet ta initiativ till och stödja samt överlåta åt Läkemedelsverket att ange hur läkemedel bör användas.

Ytterligare argument för stöd åt den här presenterade synen på absolut riskvärdering ges i en färsk artikel i Lancet [13], som även passar bra ihop med synsättet inför Läkemedelsverkets kommande expertmöte.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

**Referenser**

- Melander A, Ågren G. Prevention på villovägar. Sluta subventionera läkemedel när andra alternativ finns. Läkartidningen 2004;101:4244-5.
- Lindberg G, Melander A. Kan läkemedel förebygga ohälsa? Stockholm: Apotekarsocieteten; 2004. NEPI-rapport.
- Getz L, Kirkengen AL, Hetlevik I, Romundstad S, Sigurdsson JA. Ethical dilemmas arising from implementation of the European guidelines on cardio-

vascular disease prevention in general practice. A descriptive epidemiological study. Scand J Prim Health Care 2004;22:202-8.

- Nilsson PM, Nilsson JÅ, Berglund G. Family burden of cardiovascular mortality – risk implications for offspring in a national register linkage study based upon the Malmö Preventive Project. J Intern Med 2004;255:229-35.
- Wilhelmsen L, Wedel H, Conroy R, Fitzgerald T. Det svenska SCORE-diagrammet för kardiovaskulär risk. Öppnar för bättre möjligheter att förebygga hjärt-kärlsjukdom. Läkartidningen 2004;101:1798-801.
- Berglund G, Nilsson P, Hedblad B, Eriksson KF, Nilsson JÅ, Lindgärde F, et al. Long-term outcome of the Malmö Preventive Project. Total mortality and cardiovascular morbidity. J Intern Med 2000;244:19-29.
- Johannesson M, Fagerberg B. A health-economic comparison of diet and drug treatment in obese men with mild hypertension. J Hypertens 1992;10:1063-70.
- Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al; INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004;364:937-52.
- Leosdottir M, Nilsson PM, Nilsson JÅ, Månsson H, Berglund G. The association between total energy intake and early mortality: data from the Malmö Diet and Cancer Study. J Intern Med 2004;256:499-509.
- Leosdottir M, Nilsson PM, Nilsson JÅ, Månsson H, Berglund G. Har individer som följer svenska näringsrekommendationer lägre risk för att drabbas av kardiovaskulär sjukdom? [abstrakt 4P]. Stockholm: Svenska Läkaresällskapet, sektionen för intermedicin; 2004. <http://www.stayportal.net/abstrakt/>
- Måttligt förhöjt blodtryck. En systematisk litteraturoversikt. Volym 1. Stockholm: SBU; 2004. SBU-rapport 170/1.
- Tillgren P, Rosen M, Haglund BJ, Ainetdin T, Lindholm L, Holm LE. Cost-effectiveness of a tobacco 'quit and win' contest in Sweden. Health Policy 1993;26:43-53.
- Jackson R, Lawes CMM, Bennett DA, Milne RJ, Rodgers A. Treatment with drugs to lower blood pressure and blood cholesterol based on an individual's absolute cardiovascular risk. Lancet 2005;365:434-41.

**Replik**

Arne Melander och Gunnar Ågren svarar i nästa veckas nummer.