

Kardiovaskulär primärprevention måste gå på två ben

Både individåtgärder och folkhälsoåtgärder behövs

Debatten om formerna för primärprevention av hjärt-kärlsjukdom fortsätter – Peter M Nilsson tar här på nytt upp argumentet för att en bedömning av absolut kardiovaskulär risk bör föregå erbjudanden om preventiva åtgärder riktade till enskilda. Detta blir även temat för ett kommande expertmöte som Läkemedelsverket planerar i november 2005. Vidare ges argument för att folkhälsoåtgärder och individåtgärder ömsesidigt kan stödja varandra för en effektiv prevention i lokalsamhället, vilket övertygande visats i det nu 20-årsjubilerande Norsjö-projektet i Västerbotten.



PETER M NILSSON
docent, universitetslektor,
institutionen för kliniska ve-
tenskaper Medicin, kardiovas-
kulär forskargrupp, Universi-
tetssjukhuset MAS, Malmö

Peter.Nilsson@medforsk.mas.lu.se

II Debatten i Läkartidningen [1, 2] om primärprevention av hjärt-kärlsjukdom illustrerar återigen det gamla talesättet: »Var fågel sjunger efter sin näbb«. Om vi lämnar invektiven därhän så är kärnpunkterna de följande:

1. Primärprevention av hjärt-kärlsjukdom är en angelägen uppgift där många aktörer kan göra nytta. Grunden är upplysning, skatters utformning, prispolitik och sociala åtgärder. Detta är också grunderna i klassisk folkhälsopolitik, vilket bl a avspeglas i de nya nationella satsningar som nu görs av Folkhälsoinstitutet och Livsmedelsverket för att bromsa utveckling av fetma hos barn och ungdomar.
2. Läkare möter däremot individuella människor i konsultationer då det ofta kan vara angeläget att bedöma absolut kardiovaskulär risk, t ex med hjälp av SCORE eller andra riskalgoritmer [3] inför ställningstagande till erbjudande om åtgärder. Detta önskas även av många patienter själva efter det att t ex familjemedlemmar eller vänner och arbetskamrater drabbats av plötslig hjärt-kärlsjukdom. SCORE-instrumentet är inte perfekt [4] men representerar en utveckling åt rätt håll, baserad på europeiska erfarenheter [1].
3. Gårdagens primärpreventiva studier av intervention mot enskilda biologiska kardiovaskulära riskfaktorer

(hypertoni, hyperlipidemi, hyperglykemi), med sina snart historiska exempel på höga »numbers needed to treat« (NNT), kommer förhoppningsvis att i framtiden avlösas av studier avsedda att behandla flera riskfaktorer samtidigt hos individer med hög absolut kardiovaskulär risk. Sådana studier har genomförts, t ex Steno-2-studien för högriskgruppen av typ 2-diabetiker med mikroalbuminuri [5], eller är under planering [6].

4. Läkare behöver evidensbaserade råd om läkemedelsförskrivning för kostnadseffektiv kardiovaskulär prevention – en exklusiv läkaruppgift. Ett aktuellt exempel är att den mycket väl dokumenterade ACE-hämmaren ramipril från HOPE-studien [7] nu blir billigare genom patentutgång, liksom tidigare skett med den lika väl dokumenterade substansen simvastatin från HPS-studien [8]. Förskrivningen av dessa substanser, liksom lågdos-

ASA till typ 2-diabetiker [9] och lågdostiazider till äldre kvinnliga hypertoniker [10], bör öka – inte minska – när rätt riskpatient kan identifieras (och själv önskar behandling efter samråd). Motsatt ståndpunkt är reaktionär enligt mitt sätt att se på saken, oavsett vilka ord man använder som »maskirovka« (ryska för vilseledande manöver).

5. Det är en falsk motsättning att ställa individinsatser hos personer med hög absolut risk mot goda folkhälsoinsatser. Båda behövs, vilket skickligt visats bl a av Sollentunaprojektet [11], Haboprojektet [12] och det i år 20-årsjubilerande Norsjöprojektet i Västerbotten [13], men läkemedelsfrågan bör av naturliga skäl särskilt diskuteras i Läkartidningen. Ofta kan goda individinsatser underlätta för folkhälsoinsatser i lokalsamhället – och tvärtom – vilket Norsjöprojektet framgångsrikt påvisat där man konkluderat att den lokala primärvården med sina individinsatser visserligen var en av flera aktörer i projektet, men en nödvändig förutsättning för dess framgång [13]. En nationell konferens i Norsjö om svenska primärvårdsbaserade kardiovaskulära preventionsprojekt planeras för övrigt i samarbete med Statens folkhälsoinstitut, Umeå universitet samt Västerbottens läns landsting den 10–11 maj 2005, vilket kommer att bli mycket intressant och värdefullt.
6. Skattning av absolut kardiovaskulär risk som grund för individåtgärder

Gårdagens primärpreventiva studier av intervention mot enskilda biologiska kardiovaskulära riskfaktorer (hypertoni, hyperlipidemi, hyperglykemi), med sina snart historiska exempel på höga »numbers needed to treat« (NNT), kommer förhoppningsvis att i framtiden avlösas av studier avsedda att behandla flera riskfaktorer samtidigt hos individer med hög absolut kardiovaskulär risk.

tillhör framtiden och kommer att underlätta läkararbetet för att kunna rikta erbjudanden om åtgärder rätt. Nya hjälpmedel för en bättre kommunikation med patienter i dessa frågor utvecklas, framför allt i England [14], varifrån vi har en hel del att lära om formerna för en effektivare konsultation präglad av samsyn (»concordance») snarare än följsamhet (»compliance«).

7. Utvecklingen av nya läkemedel för kardiovaskulär prevention bör fortsätta, men dessa medel måste även testas för långtidssäkerhet och kliniska effekter. Redan finns det t ex en ny generation av CNS-aktiva läkemedel på gång för att minska beroende av nikotin eller bromsa överätning, i kombination med icke-farmakologiska åtgärder. Dessa läkemedel blir antagligen initialt dyra (men ändå sannolikt kostnadseffektiva under vissa förutsättningar) innan de blir billiga vid patentutgång. En spännande fråga är om tanken på ett kardiovaskulärt »poly-pill« en dag kan lämna teorin [15] för att testas och utvärderas i verkligheten [6].

Alla goda krafter behövs

Slutligen, alla goda krafter behövs för att forma en hållbar strategi som ytterligare kan minska hjärt-kärlsjukdomarnas börda i den svenska befolkningen samtidigt som sociala hälsoklyftor motverkas istället för att öka inom detta område, vilket skett under de senaste decennierna. Riktad evidensbaserad läkemedelsbehandling till rätt definierade riskindivider är en naturlig del av denna strategi och ligger helt i linje med läkaretiken. Detta kan i vårt land med viss läkemedelsubvention bidra till att utjämna sociala hälsoklyftor i förhållande till länder där sådana recept betalas fullt ut av den enskilde.

Motståndare till denna linje är inte bara medicinskt sett reaktionära, utan även historielösa då de glömmer att 1900-talet ger upprepade exempel på hur folkhälsoarbete kombinerat med riktade individinsatser i längden ger bäst resultat (t ex Nordkarelenprojektet, Norsjöprojektet, utrotning av smittkoppor och polio, antitobaksarbetet, trafik-säkerhetsarbetet, insatser för reproduktiv hälsa m m). Dessa personer tillhör gårdagen, men kan ju även tänkas ändra sig ...

Mitt uppdrag? Att bistå Läkemedelsverket med att planera, genomföra och dokumentera expertmötet om kardiovaskulär primärprevention i november 2005.

Mitt syfte? Att efter förmåga bidra till att finna en framkomlig väg som balan-

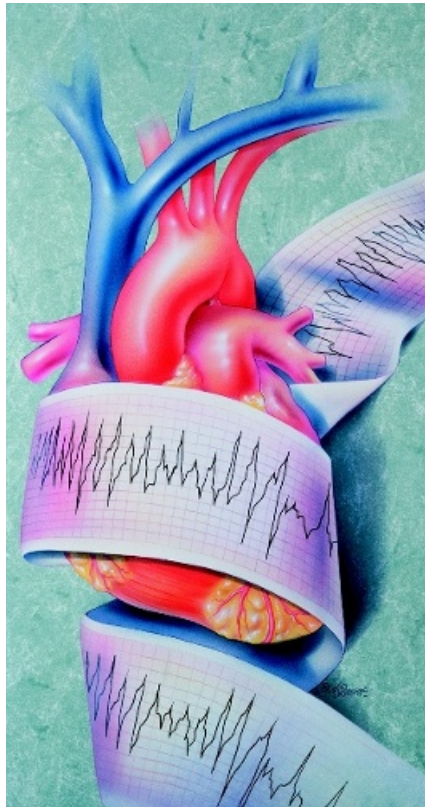


Foto: BCL

Det är en falsk motsättning att ställa individinsatser hos personer med hög absolut risk mot goda folkhälsoinsatser. Båda behövs visar ett flertal projekt.

serar vetenskaplig evidens med sjukvårdsekonomi och kommersiella argument på detta område.

Sakupplysning: DPP var en amerikansk interventionsstudie för diabetesprevention hos patienter med nedsatt glukostolerans och inte en studie designad för kardiovaskulär prevention [16], vilket man naturligtvis kan beklaga.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Slutreplik:

Läkemedel har – fortfarande – en mycket låg effektivitet i primär prevention av hjärt-kärlsjukdom

Att debattera med Peter Nilsson är meningslöst, eftersom han inte håller sig till saken. I detta fall är saken vårt enkla konstaterande att läkemedel har en mycket låg effektivitet i primär prevention av hjärt-kärlsjukdom, ett konstaterande som är mycket väl grundat i ett flertal allmänt accepterade kliniska prövningar på friska personer. Inget av det Peter Nilsson skrivit utgör någon

reell invändning mot detta konstaterande.

Arne Melander

professor, chef för Stiftelsen NEPI
arne.melander@nepi.net

Gunnar Ågren

generaldirektör,
Statens folkhälsoinstitut
Gunnar.Agren@fhi.se

Referenser

1. Nilsson PM. Primärprevention av hjärt-kärlsjukdom bör styras av skattning av absolut risk. Läkartidningen 2005;102:496-7.
4. Håkansson J, Hernborg H, Hensjö LO, Rosenberg P, Wahlström R, Svartholm R. Score och HeartScore – nya instrument med begränsningar för värdering av risk för kardiovaskulär sjukdom. AllmänMedicin 2004;25:5-7.
5. Gaede P, Vedel P, Larsen N, Jensen GV, Parving HH, Pedersen O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. N Engl J Med 2003;348:383-93.
6. 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.
7. Yusuf S, Sleight P, Pogue J, Bosch J, Davies R, Dagenais G. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. N Engl J Med 2000;342:145-53.
8. Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. Lancet 2002;360:7-22.
10. Nilsson PM. Hur behandla hypertoni evidensbaserat men ändå individualiserat? Kommentar till SBU:s rapport om behandling av måttlig hypertoni. Läkartidningen 2004;101:4000-5.
13. Weinehall L, Hellsten G, Boman K, Hallmans G. Prevention of cardiovascular disease in Sweden: the Norsjö community intervention programme – motives, methods and intervention components. Scand J Public Health Suppl 2001;56:13-20.
15. Wald NJ, Law MR. A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. BMJ 2003;326:1419.
16. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, Nathan DM; Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med 2002;346:393-403.