

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-

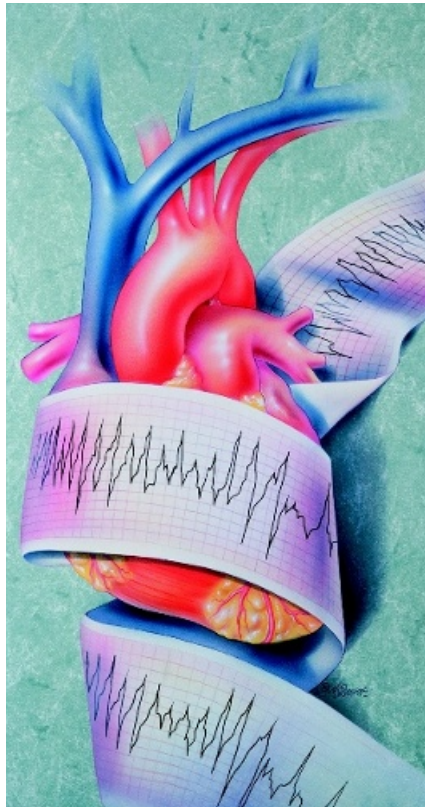


Foto: BCL

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.