



# LUND UNIVERSITY

## Risken för hjärt-kärlsjukdom allt lägre för svensk befolkning. Andå behövs bättre kontroll av riskfaktorer-särskilt hos vissa riskgrupper.

Nilsson, Peter

*Published in:*  
Läkartidningen

2012

[Link to publication](#)

*Citation for published version (APA):*

Nilsson, P. (2012). Risken för hjärt-kärlsjukdom allt lägre för svensk befolkning. Andå behövs bättre kontroll av riskfaktorer-särskilt hos vissa riskgrupper. *Läkartidningen*, 109(23-24), 1150-1151.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22834206?dopt=Abstract>

*Total number of authors:*  
1

### General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:  
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117  
221 00 Lund  
+46 46-222 00 00

# Risken för hjärt-kärlsjukdom allt lägre för svensk befolkning

## Ändå behövs bättre kontroll av riskfaktorer – särskilt hos vissa riskgrupper



**PETER M NILSSON**, professor, överläkare, institutionen för kliniska vetenskaper; Akutcentrum, Skånes universitetssjukhus, Malmö peter.nilsson@med.lu.se

Sveriges befolkning har under senare år ändrat inte bara sammansättning och åldersfördelning utan även kardiovaskulär riskstatus. Från att tidigare ha tillhört högriskområdet i norra Europa måste nu den allmänna kardiovaskulära risken hos den svenska befolkningen snarast betecknas som låg till måttlig, baserat på officiell statistik.

Detta motsvaras av en gynnsam utveckling av minskande riskfaktornivåer för blodtryck, rökning och kolesterol samt ökad medellivslängd, både för män och för kvinnor [1-3]. En minskad åldersjusterad kardiovaskulär mortalitet över tid har noterats liksom en minskning av antalet hjärtinfarkter. Även för stroke har denna minskning varit tydlig, men inte lika entydig.

### Problem – trots gynnsam utveckling

Trots denna gynnsamma utveckling kvarstår en del problem. Kardiovaskulär morbiditet och mortalitet uppvisar fortfarande en skev social gradient med en ansamling i grupper med lägre utbildningsgrad [1].

Orsaken till detta kan vara mångfasetterad beroende på dels faktorer tidigt i livet, dels ohälsosam livsstil och psykosociala belastningsfaktorer i vuxen ålder. Dessutom tillkommer sannolikt faktorer som är associerade med hur man söker sjukvård och genomgår behandling eller följsamheten till livsstilsråd samt olika preventiva medicineringar.

Det finns även könsaspekter på riskfaktorberda och vårdbetående samt behandling av kardiovaskulär sjukdom, vilka är viktiga att uppmärksamma ur kardiovaskulär synvinkel [4].

### Diabetiker har bättre prognos

Mot denna bakgrund är det av intresse

att studera hur graden av riskfaktor-kontroll utvecklats i svenska patientmaterial, med främst primärvården som bas. Detta är väl dokumenterat för patienter med diabetes, baserat på data från Nationella diabetesregistret. Här har en gynnsam utveckling för de flesta riskfaktorer, fränsett fetma, påvisats under det senaste decenniet [5].

Emellertid sjunker inte längre medelvärden för glykemisk kontroll (HbA<sub>1c</sub>) inom olika subgrupper av diabetespatienter; orsaken till detta diskuteras för närvarande.

Överlag har dock prognosen för diabetespatienter förbättrats påtagligt i ett längre perspektiv, dels som en effekt av en alltmer effektiv diabetesvård och mer kunniga patienter, dels som en spegling av allmänna befolkningstrender.

Man vet tex att det systoliska medelblodtrycket sjunker i de flesta västerländska befolkningar analyserat över en 30-årsperiod [6]. Detta kan inte helt förklaras av ökad screening och behandling av hypertoni, utan man kan anta att förbättrade villkor under fosterliv och tidig barndom under senare delen av 1900-talet kan ha bidragit gynnsamt som uttryck för födelsekohorteffekter [7].

### Bättre läge även för hypertonipatienter

Även för hypertonipatienter har den allmänna behandlingen och riskfaktor-kontrollen överlag förbättrats sett över en 20-årsperiod, utifrån en serie av jämförbara tvärsnittundersökningar baserade på registrering av patientdata, mestadels från primärvården [8-10].

Intressant nog har dock en könsskillnad för grad av riskfaktor-kontroll i relation till olika kombinationer av kön på patient respektive läkare påvisats [11]. Detta fynd kan ha påverkats av selektioner, men det kan även tänkas stå för olika sätt att kommunicera under en konsultation.

### Svenska data i europeisk studie

I detta nummer av Läkartidningen be-



Foto: Steve Allen/Science Photo Library/IBL

Sverige har tidigare varit en del av norra Europas högriskområde för hjärt-kärlsjukdom, i dag är risken hos svenskarna snarare låg till måttlig.

skriver Joep Perk (svensk och europeisk företrädare för preventiv kardiologi) resultat från en europeisk multicenterstudie (EURIKA) av primärpreventiv riskfaktor-kontroll för patienter som följs inom primärvård.

Av totalt 7 641 patienter i åldern 50 år eller äldre som registrerats i EURIKA-projektet från 12 länder i Europa kom 628 från Sverige registrerade av sam-

### SAMMANFATTAT

**Den svenska** befolkningen har i dag låg till måttlig risk för kardiovaskulär sjukdom vid en internationell jämförelse.

**Behovet** av kardiovaskulär riskfaktor-kontroll och primärpreventiv behandling bör bedömas utifrån den uppskattade totala (absoluta) risken att insjukna inom 5 till 10 år.

**Det finns** utrymme för att rekommendera förbättrad riskfaktor-kontroll, framför allt hos vissa definierade riskgrupper. Lågriskindivider bör inte behandlas farmakologiskt.

manlagt 57 olika läkare (varav 44 allmänläkare).

## Selektionsbias bakom sämre resultat?

Sammanfattningsvis fann man att de svenska patienterna i genomsnitt hade sämre allmän blodtrycks kontroll än den totala patientgruppen, bättre lipidkontroll och sämre glykemisk kontroll (HbA<sub>1c</sub>); dock var färre patienter obesa eller fysiskt inaktiva. Alla blodprov analyserades vid ett centrallaboratorium, vilket är en kvalitetsaspekt.

Data för rökning, den i särklass viktigaste kardiovaskulära riskfaktorn efter ålder och som det är kostnadseffektivt att försöka reducera, var till fördel för de svenska patienterna, som hade en rökingsprevalens på 17 procent mot genomsnittet på 21 procent i de övriga länderna. Detta motsvarar även skillnader på populationsnivå, eftersom mindre än 15 procent av den vuxna befolkningen i Sverige i dag är daglig rökare, sannolikt den lägsta andelen i Europa.

Eftersom HbA<sub>1c</sub>-kontrollen gällde patienter med typ 2-diabetes, ställs frågan hur pass representativa dessa patienter är; vidare jämförelser bör göras med motsvarande primärvårdsdata från Nationella diabetesregistret för denna patientgrupp.

Man vet också att den svenska modellen med diabetesteam i primärvården, inte minst insatser av väl utbildade diabetessjuksköterskor, kan medföra att man i svensk primärvård behåller patienter längre och med fler komplikationer än i andra jämförbara länder innan remiss till sjukhus blir aktuell.

Detta skulle i så fall kunna tala för möjlig selektionsbias som en av anledningarna till sämre observerad glykemisk kontroll bland svenska typ 2-diabetiker i primärvård. Ett sätt att närma sig frågan är att jämföra diabetesdurationen i patientgrupper från olika länder, eftersom denna faktor har betydelse för grad av komplikationer och sviktande glykemisk kontroll genom progressivt nedsatt betacellsfunktion.

Trots dessa metodologiska invändningar kan det mycket väl finnas grupper av kardiovaskulära riskpatienter med suboptimal riskfaktorkontroll i svensk primärvård.

## Riktlinjer för prevention bör revideras

Här finns således mera att göra, dock på basis av en skattning av den totala kardiovaskulära risken, vilken bör vara riktmärke inför ställningstaganden till behandling och behandlingsintensitet, enligt svenska riktlinjer från Läkemedelsverket 2006 [12].

Eftersom mycket ny evidens tillkommit, finns det anledning att rikta en uppmaning till Läkemedelsverket att ta initiativ till en workshop som syftar till att revidera dessa rekommendationer.

## Allmänläkare i opinion

Det bör slutligen inte ignoreras att det bland många allmänläkare finns en kritisk opinion mot att alltför flitigt screena för riskfaktorer och att utsträcka behandling till patientkategorier med lägre total kardiovaskulär risk.

Detta har manifesterat sig i flera debattinlägg samt i Nordic Risk Group, ett nätverk för kritisk debatt om hälsa, risk, medikalisering och felanvända resurser <<http://www.nordicriskgroup.com>>.

En sådan kritisk debatt är naturligtvis välkommen, eftersom argumenten då kan förfinas. Nackdelen kan dock vara att inte tillräckligt mycket praktisk vägledning ges inför konkreta patientärenden.

Det har dessutom visat sig att en kardiovaskulär riskskattning baserad enbart på uppgifter som man kan erhålla under en klinisk konsultation, utan blodprov, kunde predicera framtida kardiovaskulära händelser lika bra som en extensiv riskmodell utgående från analysresultat från många blodprov [13]. Slutsatsen av denna studie (från Söderåkra) har gett eko, och Ulla Petersson fick pris för årets bästa allmänmedicinska avhandling 2010.

## Svårt hitta balans i preventionen

Behandling av enskilda individers kardiovaskulära risk baserar sig på den traditionella sjukvårdens möten med enskilda patienter.

Enligt en Cochraneanalys är det dock betydligt mer att vinna på befolkningsbaserade preventiva åtgärder för att främja minskad rökning, ökad motion, bättre kostvanor och jämlik tillgång till vård [14]. Ett undantag kan vara riskfaktorkontroll individuellt hos patienter med hypertoni eller diabetes [14].

Trots denna kunskap kommer det dock fortsättningsvis att finnas patienter som själva begär en riskbedömning eller att vården på goda grunder vill ta initiativ till en sådan, tex hos individer med ökad familjär risk eller med anamnes på graviditetskomplikationer (diabetes, hypertoni, albuminuri).

Den rökande bukfete, medelålders mannen kan ibland signalera ökad kardiovaskulär risk redan i dörren på väg in till undersökningsrummet. Det vore lika fel att ignorera en riskkartläggning hos denne, efter informerat samtycke, som att överutreda och medikalisera

tex en äldre frisk kvinna vars enda riskfaktor kan vara ett förhöjt totalcholesterolvärde.

## Bättre skattningsmetoder i framtiden

Framtidens kardiovaskulära prevention kommer antagligen att ha bättre diagnostiska metoder, där tex skattning av biologiskt, vaskulärt och kognitivt åldrande kan selektera riskpatienter bättre än dagens ofta trubbiga instrument baserade på riskfaktoralgoritmer vars ursprungspopulationer undersöktes för flera decennier sedan.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Författaren har under 20 år deltagit i utbildningsaktiviteter i regi av flera läkemedelsföretag verksamma inom det kardiovaskulära området, i kliniska prövningar och i flera referensgrupper för läkemedel inom området.*

■ *Författaren har anlitats av Läkemedelsverket, SBU och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) för expertutläggning.*

## REFERENSER

- Wilhelmsen L, Welin L, Svärdsudd K, et al. Secular changes in cardiovascular risk factors and attack rate of myocardial infarction among men aged 50 in Gothenburg, Sweden. Accurate prediction using risk models. *J Intern Med.* 2008;263:636-43.
- Fhärm E, Cederholm J, Eliasson B, et al. Time trends in absolute and modifiable coronary heart disease risk in patients with Type 2 diabetes in the Swedish National Diabetes Register (NDR) 2003-2008. *Diabet Med.* 2012;29:198-206.
- Nilsson P. Faktorer tidigt i livet kan påverka incidens av hjärt-kärlsjukdomar. *Läkartidningen.* 2002;99:642-4.
- Förebyggande av aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom. Information från Läkemedelsverket. 2006;17(3):16-97.
- Ebrahim S, Taylor F, Ward K, et al. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(1):CD001561.

**Vill du skriva en medicinsk kommentar?**

Kontakta Anne Brynolf, tf medicinsk redaktionschef: [anne.brynolf@lakartidningen.se](mailto:anne.brynolf@lakartidningen.se)

Utmanande saklig

**Läkartidningen**