

Brittiska råd om primärprevention av hjärt-kärlsjukdom ifrågasätts ur hälsoekonomiskt perspektiv

Kort rapport

II Marshall och Rouse ifrågasätter i en artikel i BMJ aktuella brittiska rekommendationer för primärprevention av kardiovaskulär sjukdom som bl a innehåller ett förslag om att man vart femte år bör undersöka alla primärvårdspatienter och skatta risken för att de insjuknar i kardiovaskulär sjukdom [1].

Man utgår från följande behandlingsrekommendationer: Individer med ett systoliskt blodtryck >160 eller diastoliskt >100 mm Hg liksom individer med ett systoliskt blodtryck >140 eller diastoliskt >90 mm Hg samt mer än 7,5 procents risk att inom fem år drabbas av koronar sjukdom bör bli föremål för antihypertensiv behandling. Individer med ett totalt kolesterol på 5 mmol/l eller mer och mer än 7,5 procents risk att inom fem år drabbas av koronar sjukdom bör bli föremål för lipidsänkande behandling. Individer över 50 år med mer än 7,5 procents risk enligt ovan bör dessutom ha behandling med acetylsalicylsyra. Patienter som erhåller farmakologisk behandling bör kontrolleras åtminstone två gånger per år.

I en matematisk modell har man utgått från en hypotetisk population av 2 000 primärvårdspatienter, varav ca 940 är i åldern 30–74 år. Man antar att dessa har riskfaktorer i nivå med vad man funnit hos en engelsk befolkning i en hälsoundersökning 1998. Med hjälp av »Framingham risk score« beräknas den 5-åriga risken att drabbas av kardiovaskulär sjukdom, såväl koronarsjukdom [2] som slaganfall [3].

Man beräknar kostnader och vinster i form av förhindrat insjuknande i kardiovaskulär sjukdom utifrån sex olika strategier. I tre av dessa strategier (1a, 1b, 1c) utgår man ifrån att alla patienter genomgår en hälsoundersökning (kontroll av blodtryck, blodprovstagning, intervju etc), så som föreslås i de brittiska riktlinjerna. I tre andra av författarna föreslagna strategier (2a, 2b, 2c) undersöks endast grupper som utifrån befintliga uppgifter i en datoriserad journal visat sig ha förhöjd risk. Man väger också in hur mycket tid man lägger ner på hälsoundersökningar och antar att de sker vid en, två eller tre mottagningar à 3 timmar i månaden (a, b, c). Den tänkta behandlingen är farmakologisk i form av tiazider, betablockerare, ACE-hämmare, statiner och acetylsalicylsyra.

Resultaten av analysen visar att preventiva åtgärder som föregåtts av en riskbedömning av patienter utifrån befintliga uppgifter i en journal genomgående var mer kostnadseffektiva.

Resultaten av analysen visar att preventiva åtgärder som föregåtts av en riskbedömning av patienter utifrån befintliga uppgifter i en journal genomgående var mer kostnadseffektiva.

Författarnas slutsats är att primärprevention av kardiovaskulär sjukdom i engelsk primärvård är mest kostnadseffektiv om man riktar den mot kända patienter, gör en riskbedömning och prioriterar dem med den högsta risken. Man efterfrågar, på basis av beräkningarna, en analys av kostnadseffektivitet i kommande riktlinjer för primärprevention av kardiovaskulär sjukdom.

Det är logiskt att preventiva åtgärder riktade mot högriskindivider är mest kostnadseffektiva. Problemet är att höga blodfetter, högt blodsocker och högt blodtryck, som är vanligt förekommande i såväl den engelska som den svenska befolkningen, oftast är helt symptomfria tillstånd. Dessa riskfaktorer upptäcks ofta vid tillfälliga hälsoundersökningar. En adekvat riskbedömning med hjälp av t ex »Framingham risk score« förutsätter att det finns rimligt färsk uppgifter om rökvanor, diabetesförekomst, blodtryck, blodfetter etc i journalen. Att skatta risk med hjälp av olika riskkartor eller ekvationer kan vara mycket användbart såväl i det kliniska arbetet som i undervisningen men kan aldrig ersätta en individuell klinisk bedömning, där även andra viktiga faktorer som hereditet, vikt, bukfetma, stress och fysisk inaktivitet bör vägas in.

Ett metodologiskt problem är att man utgår ifrån att alla patienter får samma preventiva behandling oavsett riskfaktorprofil. Man drar slutsatsen att behandling med statiner eller ACE-hämmare kostar mer än vad det gör att screena nya patienter och att man därför kan få en bättre effekt av att i stället behandla fler personer. Denna slutsats är helt beroende av att man bara räknar skilda händelser. I termer om exempelvis överlevnad kan det mycket väl vara mer gynnsamt att behandla ett fåtal högriskpatienter än fler patienter med lägre risk. Vilken preventiv behandling som ska ges bör förstas bero på den aktuella patientens riskfaktorprofil.

Valet av effektmått är också i sig problematiskt. Man använder i studien avvärdade händelser av vitt skilda slag (hjärtinfarkt, angina, plötslig hjärtdöd,

slaganfall och blödningar orsakade av acetylsalicylsyra) men ger dem samma vikt. Man anser sålunda att det är lika mycket värt att avvärja angina som exempelvis plötslig hjärtdöd. I de kostnadsberäkningar som gjorts, tar man hänsyn bara till kostnaden för screening och behandling, men man tar inte hänsyn till insparade kostnader till följd av avvärdade händelser, kostnader som kan vara stora, särskilt om man tar hänsyn till sjukfrånvaro.

Mot modellen kan man också invända att man tagit endast farmakologisk behandling i beaktande. I engelska dokument för kardiovaskulär prevention, liksom i de europeiska, betonar man att råd om livsstil alltid är grunden [4]. Sådana preventiva åtgärder har inte inkluderats i analysen och berörs överhuvudtaget inte i artikeln. Livsstilsintervention, t ex i form av råd om rökstopp, har visat sig vara mycket kostnadseffektiv.

Mai-Lis Hellénus

mai.lis.hellenius@ks.se

1. Marshall T, Rouse A. Resource implications and health benefits of primary prevention strategies for cardiovascular disease in people aged 30 to 74: mathematical modelling study. *BMJ* 2002;325:197.
2. Anderson KM, Wilson PW, Odell PM, Kannel WB. An updated coronary risk profile. A statement for health professionals. *Circulation* 1991;83:356-62.
3. Wolf PA, D'Agostino RB, Belanger AJ, Kannel WB. Probability of stroke: a risk profile from the Framingham Study. *Stroke* 1991;22:312-8.
4. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force European and other Societies on Coronary Prevention. *Eur Heart J* 1998;19:1434-503.