

vera patienten för en behandling som patienten inte anser sig behöva. För det krävs kompetens och envishet hos behandlaren, som bottnar i övertygelsen om att detta är medicinskt nödvändigt. Alltför få inom den psykiatriska öppenvården (där medicinskt orienterade läkare är i utpräglad minoritet), och nästan ingen inom socialtjänsten på kommunal nivå, har denna övertygelse. Alltför många behandlingsbara patienter tappas bort – »vi måste respektera att patienten inte vill ha läkemedel«. Så får de nya akuta episoder, som antagligen skadar dem ytterligare kognitivt, förutom den risk för självdestruktivitet och våld som är kopplad till akuta psykossymtom.

Ungefär 6 000 schizofrena patienter har kvar psykossymtom trots adekvat medicinerings. De har i många fall tillräckligt med insikt för att vilja ta emot vård, men vårdplatser saknas och kommunens omhändertagande räcker inte. De blir psykiatris svängdörrspatienter med episodiskt uppblossande farlighet, för sig själva och för andra.

### Grupp med utpräglad farlighet

Det finns slutligen patienter med en hög grad av farlighet oftast kopplad med brist på insikt och ovilja att medverka i vården. De kan t ex ha trippeldiagnoser (en utagerande personlighetsstörning som föregått schizofrenidebuten, samt missbruk). De kan inte skötas utan tvång. Det enda långvariga tvång som vi i dag kan administrera är vård enligt LRV (Lag om rättspsykiatrisk vård) med särskild utskrivningsprövning.

De kvalificerar sig för sådan genom att begå brott. När de väl är inne kan vi få dem i hyggligt skick psykiskt, men vi kan bara sällan påverka sjukdomsinsikten och därmed samarbetsviljan. När vi så skriver ut dem får vi hålla i dem med tvång under normalt 3 månader och högst 6 månader. När tvånget upphör slutar de att medicinera, återfaller i missbruk och får en ny akut episod.

### Ändrad lagstiftning

Risken för våldsbrott är minst 50-dubblad i den gruppen. De brott de begår gottskrivs sedan av allmänheten alla 40 000 svenskar med samma diagnos. Hur ska stigmatiseringen av de svårt psykiskt sjuka kunna upphöra under sådana förhållanden?

De flesta behöver inte tvång och institutionsvård – de ska slippa det. Några vill ha god institutionsvård – de ska erbjudas sådan. Några har en sådan grad av farlighet att de behöver långvarigt tvång, men det tvånget behöver inte utövas inom en slutenvårdsinstitution. Låt oss få en lagreglering som tar hänsyn till dessa sakförhållanden. •

## Nya behandlingsrekommendationer i USA:

# Blodtrycket ska kontrolleras hos fler – utan bevisad nytta

Den officiella tendensen i USA, men som lätt sprids över världen, att sänka normalvärdena för flera riskfaktorer som gäller för både lipider och blodtryck medför endast att en allt större del av befolkningen blir föremål för medikamentell behandling utan att det finns några bevis för att detta skulle vara kostnadseffektivt eller förbättra individernas livskvalitet. Det finns i stället all anledning att förmoda att både biverkningar och minskad livskvalitet blir följden, för att inte tala om de höjda kostnaderna för patienter och samhälle.

LARS WERKÖ  
professor, Stockholm

■ I USA har National Institute of Heart Lung and Blood Diseases sedan länge i samarbete med många andra intressenter haft flera kommittéer som utger riktlinjer för behandling av bland annat högt blodtryck och förhöjda blodlipider. Dessa revideras regelbundet och den sjunde revisionen av rekommendationerna för behandling av högt blodtryck har just publicerats [1].

Som alla tidigare är den mycket omfattande och försöker ta hänsyn till den snabbt tilltagande litteraturen på området. Detta sker inte minst genom att flertalet av dem som utgör kommitténs kärna också haft stöd från den internationella läkemedelsindustri som marknadsför hypertoni-läkemedel, och har deltagit i både studier av dessa och marknadsföring av dem. Detta anges också i det appendix till artikeln i JAMA som anger intressekonflikter [1].

Trots detta har kommittén tagit intryck av de nya data som talar för bibehållande av diuretika som det läkemedel som i första hand skall användas [2]. Det är inte möjligt att här diskutera de många specifika råd som ges, och som i stor utsträckning utgör en konfirmation av tidigare riktlinjer. Det finns emellertid en radikal förändring mot tidigare som fordrar en kommentar.

### Prehypertoni ny kategori

När de amerikanska riktlinjerna för behandling av högt blodtryck än en gång reviderats är kanske det mest remarkabla det nya sätt som man klassificerar individer efter deras blodtrycksvärden. I riktlinjerna införs nu en kategori där blodtrycksvärdet inte ses som tecken på sjukdom men inte heller anses vara utan

anmärkning. Man kallar detta nya tillstånd för prehypertoni. Detta gäller de individer som vid två tillfällen, sittande, fått sitt blodtryck mätt till mellan 120/80 och 139/89. Normala anses endast de vara som har blodtryck under 120/80 mm Hg i sittande ställning.

Anledningen till denna förändring är de fynd som gjorts i uppföljningen av populationen i Framingham, där de som haft blodtryck mellan 120/80 och 139/89 mm Hg haft dubbelt så stor risk att öka sitt blodtryck över den tidigare godkända gränsen för normalt under fyra års uppföljning, som de som hade lägre blodtryck [3]. Det finns därför anledning att granska det arbete där Vasan och medarbetare redogör för uppfölj-

*I riktlinjerna införs nu en kategori där blodtrycksvärdet inte ses som tecken på sjukdom men inte heller anses vara utan anmärkning. Man kallar detta nya tillstånd för prehypertoni. Normala anses endast de vara som har blodtryck under 120/80 mm Hg i sittande ställning.*

ning av den icke hypertensiva populationen i Framingham Heart Study.

## Blodtrycket kan sjunka utan behandling

De använde som definition av tre icke hypertensiva kategorier av blodtryck den som föreslagits av JNC 6: Optimalt under 120/80, normalt 120–129/80–84 mm Hg, högt normalt 130–139/85–89 mm Hg. Den högsta siffran för systoliskt eller diastoliskt tryck användes för att placera individen i rätt kategori. Underlaget utgjordes av 4 200 män och 5 645 kvinnor, medelålder 52 år, undersökta mellan 1978 och 1994. De som under fyra år förflyttades från en av dessa kategorier till högre tryck än 140/90 mm Hg ansågs ha progredierat till hypertoni.

Under 65 års ålder progredierade i de tre kategorierna 5,3, 17,6 respektive 37,3 procent till hypertoni; över 65 års ålder var motsvarande siffror 16, 25,5 respektive 49,5 procent till hypertoni. Man anger att dessa siffror är korrigerade för ålder, kön, BMI och blodtryck(?). De uppmätta värdena är något högre.

Vad som inte kommenteras är emellertid att det förekommer en förskjutning även åt andra hållet, där de med höga normala värden minskar till normala (21,1 respektive 16,2 procent) eller optimala värden (11,0 respektive 7,9 procent).

För att motivera gruppen prehypertoni (från 120/80) säger riktlinjerna »those in the 130/80 to 139/89 mm hg BP range are at twice the risk to develop hypertension as those with lower values«, citerande Vasan och medarbetare. Detta innebär att man ställt de 37,3 respektive 49,5 procent progression som funnits i gruppen med högst utgångstryck mot dem i närmast lägre grupp. Att blodtrycket kan sjunka med tiden utan behandling lika väl som stiga kommenteras överhuvudtaget inte. Även de individer som har spontant sjunkande blodtryck kommer alltså att betecknas som prehypertoniker. Observera dessutom att Vasan och medarbetare endast använder tryckvärdena som riskmarkörer men att de inte studerat eventuella kardiovaskulära händelser [3].

## Behandlingsråd till den nya kategorin

Kommittén motiverar således den nya diagnosen med fynden från den kategori som tidigare kallades högt normal – från 130/85 – men definierar prehypertoni redan från 120/80, det område som tidigare kallades normalt. Man anser visserligen att individer med prehypertoni inte – ännu? – skall behandlas medikamentellt utan med råd om livsföring. De regler för levnadssätt som man anser att dessa individer skall följa är inte annor-



Trycket stiger i debatten om behandling av hypertoni.

lunda än vad som torde gälla för hela befolkningen. Det finns därför inte någon anledning att införa ytterligare en tveksam sjukdomskategori som bara kommer att skrämja upp allmänheten.

En annan kommentar grundas på de nationella undersökningar som regelbundet görs av ett representativt befolkningsurval. Man konstaterar att antalet som vet om sitt blodtryck, som behandlas respektive som får normalt blodtryck i dessa undersökningar har ökat under senare år, men långtifrån tillräckligt enligt kommittén som anser att läkarkåren ännu inte insett allvaret i det förhöjda blodtrycket.

## Fynden stämmer inte med budskapet

Vad som inte kommenteras är att dessa undersökningar också visat att medelblodtrycket med tiden har fallit i befolkningen liksom kolesterolvärdena, medan vikten och BMI gått upp. Denna kombination av fynd – som dessutom kan kompletteras med att dödligheten i kardiovaskulär sjukdom har minskat till hälften i medelåldern – stämmer inte med det budskap som JNC propagerar för, nämligen att hittillsvarande åtgärder är otillräckliga och måste kompletteras med ytterligare strängare rekommendationer, bland annat innebärande inordnande av en större del av befolkningen i en grupp som behöver läkar kontroll.

I en åtföljande ledare [4] understryker Kottke, Stroebel och Hoffman budskapet, och säger »For many, high blood pressure is just one manifestation of what may be termed the lifestyle syndrome, which is a cluster of conditions and diseases that result from consuming too many calories, ingesting too much saturated fat, sodium and alcohol; not

expending enough calories; and using tobacco or being exposed to tobacco smoke.« Det är visserligen sant att befolkningen behöver varnas för inaktivitet, övernutrition, tobak och alkohol, men att påstå att högt blodtryck är en sjukdom som orsakas av dessa ovanor är att göra det för lätt för sig.

## Allt fler måste kontrolleras

Den sammanställning som gjorts om blodtryckets risker och som lett till att WHO anser att högt blodtryck – över 115/75 mm Hg – är det tredje allvarligaste hotet mot hälsan i världen [5] används här för att rekommendera att större delen av den amerikanska befolkningen måste kontrollera och korrigera sitt blodtryck. Därmed ökar behovet av läkare och tid för kontroll vid alla mottagningar som drivs av enskilda läkare, grupper av läkare eller försäkringsbolag. Det är inte att undra på att sjukvårdskostnaderna skjuter i höjden.

Den officiella tendensen i USA, men som lätt sprids över världen, att sänka normalvärdena för flera riskfaktorer som gäller för både lipider och blodtryck medför endast att en allt större del av befolkningen blir föremål för medikamentell behandling utan att det finns några bevis för att detta skulle vara kostnadseffektivt eller förbättra individernas livskvalitet. Det finns i stället all anledning att förmoda att både biverkningar och minskad livskvalitet blir följden, för att inte tala om de höjda kostnaderna för patienter och samhälle.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

## Referenser

1. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzp JL, et al and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. The JNC 7 Report. JAMA 2003;289:2560-72.
2. Psaty BM, Lumley T, Furberg CD, Schellenbaum G, Pahor M, Alderman MH, et al. Health outcomes associated with various antihypertensive therapies used as first-line agents: A network meta-analysis. JAMA 2003;289:2534-44.
3. Vasan RS, Larson MG, Leip EP, Kannel WB, Levy D. Assessment of frequency of progression to hypertension in non-hypertensive participant in the Framingham Heart Study. Lancet 2001;358:1682-6.
4. Kottke TE, Stroebel RJ, Hoffman RS. JNC 7 – it's more than high blood pressure. JAMA 2003;289:2573-5.
5. Lewington S, Clarke R, Qizilbach N, Peto R, Collins R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality. Lancet 2002;360:1903-13.