

Långsiktig påverkan på hjärt-kärlsjukdomarna kräver brett folkhälsoarbete

Vill vi ha en långsiktig påverkan på hjärt-kärlsjukdomar krävs ett brett folkhälsoarbete som tar upp en rad bestämningsfaktorer, såsom kost, fysisk aktivitet, arbetsmiljöer och rökning, och som tar hänsyn till sociala bakgrundsfaktorer. En sådan strategi måste finansieras med samma skattemedel som idag används för att subventionera ineffektiv prevention med läkemedel. En prioritering är nödvändig.



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



GUNNAR ÅGREN
generaldirektör,
Statens folkhälsoinstitut
Gunnar.Agren@fhi.se

II Peter Nilsson (PN) tar i sin artikel i förra veckans nummer av Läkartidningen (7/2005, sidorna 496-7) upp ett angeläget ämne, men använder tyvärr tekniken att pådyvla motparten påståenden som denna inte gjort och sedan ifrågasätta dessa påståenden. Den som läst vårt inlägg (LT 51-52/2005, sidorna 4244-5) och NEPIs rapport [1] utan PN:s speciella agenda inser att denne inte gendrivit våra uppgifter på någon enda punkt.

Preventionen

Vi påstås t ex mena att sekundärprevention är betydligt mer angelägen än primärprevention, och vi påstås därför också vara negativa till screening av kardiovaskulära riskfaktorer. Detta är dubbel fel av PN. Självklart kan screening för kardiovaskulära faktorer vara väl motiverad och självklart ska man försöka bedriva primär prevention, men då ska det göras med effektiva metoder.

Det vi med konkreta exempel understök var att primär prevention med läkemedel inte är särskilt effektiv. Detta visades i NEPIs »broschyr« (PNs nedlåtande ordval om en mycket omfattande rapport baserad på analys av ett flertal primär- och sekundärpreventiva randomiserade kliniska prövningar avseende blodtrycks-, blodfettets- och blodsockersänkande läkemedel).

Sedan draperar sig PN i etikens slöjor. Han upplyser oss om att det är mer etiskt rätt att förebygga allvarlig sjukdom och död än att behandla redan uppkommen skada, och så illustrerar han detta med tsunamikatastrofen (!). Märk-

ligt nog mobiliserar han varken Estonia eller den senaste vinterstormen, trots att dess konsekvenser varit betydligt enklare att förebygga ...

Nästa steg från PN är att »de flesta experter ... [anser] att en skattning av absolut [total] risk är lösningen på dilemmat av att försöka nå rätt [begränsad] grupp av riskindivider«. Jaha, men vad har det att göra med den bristfälliga effektiviteten av primärprevention med läkemedel hos friska individer, vilket var vad vårt inlägg handlade om?

Enkätstudier

Därefter är det dags att mästra oss med problemet bortfall i enkätstudier och att vi använde en sådan för att skatta läkemedelspreventionens effekt på folkhälsan. Detta är både dumt och ohederligt av PN. Dumt är det eftersom de människor som inte svarar i enkätstudier inte heller torde vara benägna att ställa upp i screeningprogram. Och hur skulle de då upptäckas, vilket är en förutsättning för att ifrågakomma för primär prevention? Ohederligt är det eftersom analysen i NEPI-rapporten i första hand byggde på en kartläggning av NNT (number needed to treat) i randomiserade, kontrollerade prövningar, där bortfallsproblematiken är minimal.

Det framkom t ex att NNT vid läkemedelsbehandling av okomplicerad lindrig hypertoni (90-99 mm Hg diastoliskt) – vilket hälften av Sveriges hypertoniker har enligt SBU:s första rapport om hypertoni – var 1 667 individer per år, dvs en utomordentligt låg effektivitet. Till detta kommer att effektiviteten i verkligheten torde vara ännu lägre eftersom alla aktuella individer inte upptäcks, inte får behandlingen eller inte fullföljer behandlingen.

Våra beräkningar tydde på att endast en individ per år i en befolkning av 58 000 skulle ha glädje av behandlingen, och att en genomsnittlig distriktsläkare skulle behöva vara verksam i 29 år

för att åstadkomma denna insats. Även om vi halverade siffrorna tyder de inte på någon nämnvärd effekt på folkhälsan – och då har vi ändå underlåtit att väga in att hälften av dem som får behandling inte följer sina ordinationer.

Kostnadseffektiviteten

Även PN:s resonemang avseende kostnadseffektiviteten är uppåt väggarna. Han skriver att det inte är säkert att livsstilsintervention bedriven lege artis skulle bli billigare än läkemedelsterapi. Kanske, kanske inte, men innan vi kommer till kostnaden måste vi värdera den medicinska effektiviteten. Den enda lege artis genomförda randomiserade, kontrollerade, jämförande studien avseende primär prevention (DPP-studien i USA) visade att livsstilsintervention var betydligt effektivare än läkemedelsbehandling. Därtill kommer att en förbättrad livsstil avseende kost, motion och rökstopp har en bredare effektivitet än läkemedelsterapi och dessutom får individen att känna sig friskare i stället för att medikaliseras.

Kampanjer

PN avslutar sitt inlägg med att på von oben-manér mana Folkhälsoinstitutet att ta initiativ till rökstoppkampanjer av typ »quit & win« och att överlåta åt Läke-medelsverket att ange hur läkemedel bör användas. Den kampanj som PN åberopar vänder sig mot *en* av riskfaktorerna: rökning. Enstaka kampanjer har

Våra beräkningar tydde på att endast en individ per år i en befolkning av 58 000 skulle ha glädje av behandlingen, och att en genomsnittlig distriktsläkare skulle behöva vara verksam i 29 år för att åstadkomma denna insats.

tyvärr en ganska kortvarig effekt. Folkhälsoinstitutet har under en följd av år bedrivit ett mycket omfattande tobaksprogram, som förhoppningsvis bidragit till att rökningen minskat i Sverige. Tyvärr hämmas det fortsatta arbetet av brist på resurser.

En folkhälsostrategi

Vill vi ha en långsiktig påverkan på hjärt-kärlsjukdomar krävs ett brett folkhälsoarbete som tar upp en rad bestämningsfaktorer såsom kost, fysisk aktivitet, arbetsmiljöer och rökning och som

tar hänsyn till sociala bakgrundsfaktorer – med andra ord en genomtänkt folkhälsostrategi, där sjukvården är en av flera aktörer.

En sådan strategi kräver självklart resurser och måste finansieras med samma skattemedel som idag används för att subventionera ineffektiv prevention med läkemedel. En prioriteringsdiskussion förefaller mot den bakgrunden nödvändig. Självklart skall resurserna läggas där de gör bäst nytta.

NEPIs uppdrag från riksdagen och staten är att verka för en medicinskt och

ekonomiskt bättre läkemedelsanvändning. Vår rapport var en insats i detta syfte. Vilket uppdrag och syfte har PN?

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Lindberg G, Melander A. Kan läkemedel förebygga ohälsa? Stockholm: Apotekarsocieteten; 2004. NEPI-rapport.

Intensivvården måste vara väl representerad i rådet för organdonation

För att öka tillgången på organ för transplantation har riksdagen beslutat inrätta ett nationellt råd för organdonation. Detta är bra, men rådets uppgifter bör kompletteras. Utbildningen för läkare och sjuksköterskor i frågor som rör organdonation bör stärkas. Likaså behövs en dygnet runt-kontakt inom intensivvården som stöd och råd till personalen vid handläggning av donationsfall.

PETER DESATNIK

överläkare, anesthesi- och intensivvårdsenheten, Helsingborgs lasarett; projektledare, Donationsprojektet, södra sjukvårdsregionen
Peter.desatnik@helsingborgslasarett.se

BENGT-ÅKE HENRIKSSON

docent, överläkare, central-IVA, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

|| Bristen på organ för transplantation är stor i Sverige. Under de senaste decennierna har antalet donerade organ minskat, delvis till följd av att patienter som tidigare skulle ha avlidit idag kan räddas till livet, vilket självklart är mycket glädjande. Tyvärr är det dock ibland så att avlidna som velat donera sina organ inte får denna önskan uppfylld på grund av att den förbises inom intensivvården. Trots många insatser för att ta tillvara fler organ är situationen oförändrad.

Intensivvårdens uppgift är i första hand att rädda liv, men när en patient trots alla medicinska åtgärder avlider kan donation ibland bli aktuell. Organdonation är en komplicerad och känslig fråga med både etiska och medicinska frågeställningar som kräver stort engagemang ifrån sjukvårdens sida.

Detta gör att intensivvården måste ha goda rutiner och stor kunskap om hur vi skall ta hand om avlidna som meddelat

att de vill donera sina organ, samt deras anhöriga som befinner sig i en krissituation. Arbetet styrs utifrån den avlidnes meddelade inställning till att vilja eller inte vilja donera organ och vävnader. I de fall det inte finns någon meddelad inställning kan de anhöriga motsätta sig donation. En tydlig viljeyttring i frågan om donation av organ och vävnader från alla medborgare underlättar därför arbetet för sjukvården.

Riksdagen beslutade den 9 december 2004 att inrätta ett nationellt råd för donation av organ och vävnader. I den utredning, »Transplantationer räddar liv« (Ds 2003:57), som ligger till grund för beslutet finns förslag om att varje sjukhus skall utse en donationsansvarig läkare och en kontaktansvarig sjuksköterska. Dessa funktioner finns sedan lång tid tillbaka inrättade på i stort sett alla intensivvårdsavdelningar i landet, och man har lagt upp rutiner för hur en organdonation skall handläggas. Denna befintliga struktur bör tydliggöras och stärkas.

Rådet skall också ha till uppgift att sprida information till allmänheten och arbeta för att den enskilde tar ställning i donationsfrågan.

Sjukvårdens uppdrag

Docent Margareta Sanner i Uppsala och medarbetare har visat att det bland in-

tensivvårdsläkare finns en osäkerhet i handläggningen av en organdonation. Det är dessutom vår skyldighet som läkare att utesluta en negativ inställning till att donera organ och eller vävnad. Denna osäkerhet i handläggningen av och skyldigheten att utesluta ovilja till organdonation leder ibland till frustration hos läkare och sjuksköterskor.

I Sverige finns knappt 100 intensivvårdsavdelningar och det sker ca 110 organdonationer per år, dvs i genomsnitt en organdonation per intensivvårdsavdelning och år. I verkligheten har emellertid mindre sjukhus färre donationer och större sjukhus fler donationer per år. Att läkare och sjuksköterskor som arbetar på dessa mindre sjukhus skall få rutin i att handlägga organdonationer är inte möjligt med nuvarande antal donatorer.

Kunskapsbank

Nationella rådet skall enligt utredningen också vara en kunskapsbank i donationsfrågor, men det framgår inte hur denna kunskapsbank skall utnyttjas. För att förbättra situationen för landets intensivvårdsavdelningar bör nationella rådet arbeta för att stärka utbildningen hos läkare och sköterskor i frågor som rör organdonation. Intensivvården måste därför vara väl representerad i det nationella rådet.

Dessutom bör någon form av dygnet runt-kontakt finnas att tillgå för att få råd och stöd vid handläggning av ett donationsfall. Dessa funktioner finns inte nämnda i utredningen, men vi som arbetar inom intensivvården anser dem nödvändiga.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.