



Disse sidene i Utposten blir en stafett fra de 4 allmennmedisinske seksjonene. Siden vil inneholde: Informasjon om forskning, undervisning, prosjekter og annen aktivitet på instituttene som vi tror kan være av interesse for allmennpraktikere på grasrota og andre lesere av Utposten.

Påvisning og behandling av høyt blodtrykk – problemområder

Irene Hetlevik's presentasjon på «endelig tirsdag»

Mitt ståsted: Spesialist i allmennmedisin, arbeider halv stilling i allmennpraksis, bl. a. med blodtrykksbehandling. Majoriteten av blodtrykksbehandling skjer i allmennpraksis. Førsteamanuensis i allmennmedisin ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, NTNU (50 prosent) der jeg bl.a. skal undervise fremtidige leger i problemstillinger relatert til at den friske befolkning skal få individuell forebygging på allmennlegekontoret.

Mitt hovedbudskap er:

1. Det er for mye fokus på risiko hos de friske i helsetjenesten, helseskade i befolkningen kan bli resultatet
2. Allmennlegene må prioritere de syke! For å få til det må vi slutte å bruke så mye tid på individuell forebygging, slik som blodtrykksbehandling.
3. Det får vi ikke lov til, fordi sykehusspesialister i stor grad avgjør hva allmennleger skal gjøre, f.eks mener de at vi skal bruke mer tid på blodtrykksbehandling hos de friske og anvende mere medikamenter enn det som allerede gjøres.
4. Om nødvendig kan samfunnet i stedet forebygge ved å bruke massestrategier, f.eks senke prisen på frukt og grønnsaker, bygge gang- og sykkelstier, kreve lavt saltinnhold i ferdigmat og drive røykesluttkampanjer
5. Det er vanskelig å kommunisere om risiko og risikoreduksjon, noe som medfører en fare for at pasientene som blir utsatt for denne aktiviteten ikke forstår hva det dreier seg om. Men siden de fleste holder seg friske uansett, så er de ofte takknemmelige til helsetjenesten, men det har ikke helsetjenesten nødvendigvis fortjent.

6. Høyt blodtrykk er en god modelltilstand, problemområdene gjelder for de andre også (f.eks diabetes type 2 og osteoporose). Høyt blodtrykk er den første risikotilstanden i helsetjenesten – vi vet derfor mest om den.

Å påvise risiko

Generelt om blodtrykk? Hjertet pumper blodet rundt med et visst trykk. Trykknivået varierer i en befolkning, av ulike grunner. Arv og livsstil har størst betydning. I en befolkning vil de fleste ha et middels nivå på blodtrykket, noen vil ha lavt og andre vil ha høyt – det kalles «en normalfordeling». Dette gjelder både «overtrykk» (systolisk trykk) – der hjertet aktivt pumper- og «undertrykk» (diastolisk trykk) – der hjertet hviler. Alle har naturlig nok et blodtrykk og dette varierer i stor grad i løpet av dagen. Det er lavere om natten når vi hviler og høyere om dagen når vi er i aktivitet. En joggetur kan medføre betydelig blodtrykkstigning og likevel være bra for kroppen. Hva er så problemet med at blodtrykk er «forhøyet»? Problemet oppstår når blodtrykket er forhøyet hele tiden, også når vi hviler, f.eks om natten. På den måten kan slitasjen på blodårene – rørsystemet – øke. Det kan igjen medføre at det etter som tiden går blir «lekkasje», f.eks en hjerneblødning, men også at blodkarene forandrer seg ved at det kommer belegg («rust»), og at de i verste fall tettes til. Hvis dette skjer i hjertets blodårer kan det bli «trange blodårer» som gir hjertekrampe (angina) som gjør at personen får smerter når hun anstrenger seg, eller «tette blodårer» som gir hjerteinfarkt og så kraftige brystmerter at hun øyeblikkelig må innlegges på sykehus. På denne måten er «forhøyet blodtrykk» ikke noen sykdom – personen har ingen plager av at blod-

trykket er forhøyet – det er legen som oppdager det ved sin måling – men heller en risikofaktor som medfører økt sjanse for å bli syk i fremtiden.

Ut fra det ovenstående kan problemstillingen virke enkel: «Finn alle med høyt blodtrykk og behandle dette slik at man kan hindre at folk får hjerneslag og hjerteinfarkt!» Det ville vært ønskelig, men slik er det ikke – årsakene må beskrives.

Når er blodtrykket for høyt? Det finnes ikke noe nivå der alle er enige om at «nå er blodtrykket for høyt» – det foreligger hypertensjon. Det er riktigere å si at «all tensjon er hyper». Det betyr at risiko for hjerte- og karsykdom øker fra de helt lave blodtrykksverdier. Som eksempler har man høyere risiko for å få problem med lekkasje eller tiltetting hvis blodtrykket er 160/90 mm Hg enn hvis det er 150/80 mm Hg. Men risikoen øker mye mer hvis blodtrykket økes fra 180/100 til 190/110, selv om den tallmessige økningen er lik.

Spesialister mener at blodtrykket over 140/90 mm Hg er for høyt. Hvis den verdien anvendes vil det medføre at 60 prosent av befolkningen over 40 år blir «hypertonikere», ca 1 million nordmenn. Dette inkluderer de fleste gamle som blir hypertonikere når man anvender definisjoner som sier at gamle skal ha samme blodtrykk som unge. Hvis en million skal få 1 time individuell oppfølging per år på legekontoet medfører det at 1/5 av konsultasjonskapasiteten i allmennpraksis brukes opp til denne friske befolkningsgruppen.

Ikke bare blodtrykket som teller. Blodtrykket var den første risikofaktor for hjerte- og karsykdommer som ble oppdaget. Nå er ca 300 faktorer identifisert. Mest kjent er kolesterol, røyk, arv, kjønn. Kunnskapen om disse faktorene må settes sammen for å beregne risiko – lage «risikoestimer». Legen kan da, f.eks. finne ut at en person i de neste 10 år har 20 prosent risiko for å få hjerte- og karsykdom. Det innebærer naturlig nok at 20 av 100 «som han» blir syk mens 80 av 100 «som han» holder seg frisk, legen kan ikke vite hvem som blir syk eller forblir friske.

Å redusere risiko

Generelt: Alle personer har risiko for ett eller annet, siden det handler om at man i forskningen har klart å finne statistiske sammenhenger mellom en måleverdi og fremtidig sykdom/død. Alle skal bli syke og dø, så alle har slike markører – og kan derfor bli potensielle pasienter («innlemmes i helsetjenestens territorialkrav»). Høyt blodtrykk er bare en slik markør. Uansett – ingen er tjent med å få påvist helse-risiko hvis det ikke resulterer i at risiko reduseres – slik at man kan oppnå en prognoseforbedring.



Invitasjonen fra
NTNU til publikum

Risikoreduksjon kan oppnås på to måter:

1. Livsstilsendring (mosjon, sunn kost, ikke røyk, lite stress)
2. Medikamenter

Kunnskapen om sunn livsstil er stor i befolkningen, selv om den ikke nødvendigvis følges. Det handler om at individet ikke nødvendigvis har «sunnhet» og «lengst mulig liv» som eneste rettesnor i sin tilværelse

Når helsetjenesten dessuten stiller strenge krav til hvilke måleverdier individet bør ha, f.eks. for blodtrykk, så kommer man ikke utenom bruk av medikamenter – medikaliseringspotensialet er stort og det øker fordi antall risikotilstander øker og inklusjonsgrensene endres («flyttes inn i normalbefolkningen») slik at stadig flere friske blir «risikanter». Ca 400 000 nordmenn behandles i dag for høyt blodtrykk, det brukes blodtrykksmedisiner for mer enn 1 milliard kroner og en like stor sum til kolesterolsenkende medisiner. Til tross for dette har bare 25 prosent av hypertonikerne oppfylt de kravene som blodtrykksspesialister

(forts. s. 14)

Diagnostikk og behandling av høyt blodtrykk

– en spesiell tanke rundt problemstillingen mild ukomplisert hypertensjon

Hva er problemet, eventuelt hvorfor er det der?

Uenighet fremkommer lett. Stort sett er vi alle uenige i det meste. Egentlig liker vi mennesker uenighet. Derfor er det vanskelig å definere en sannhet. Hvorfor er det slik? Vi mennesker har ett spesielt stort problem – å sette seg inn i andre personers ståsted, og derfra deres erfaring som grunnlag for å tolke en problemstilling og anbefaling for problemløsning. I medisinen er dette ressurskrevende og til tider driver det kostnadene til diagnostikk og behandling ut av kontroll. Nærhet i arbeid betyr kommunikasjon, og samarbeid ville spart pasientene for problemer og det norske samfunn for milliardbeløp hvert år. Jeg snakker om den allerede eksisterende, men også voksende avstand mellom primærhelsetjenesten og institusjonshelsetjenesten. Derfor er en samfunnsmedisiner og en organspesialist uenige i hvordan vi skal forvalte medisinsk kunnskap – om mild



Tor-Erik Widerøe

Professor i medisin og sjef for Seksjon for nyresykdommer, St. Olavs Hospital i Trondheim fra 1984. Ved siden av arbeidet med ulike temaer innen nefrologi, har interessen vært spesielt knyttet opp mot essensiell hypertensjon. I 1985 grunnla han en samarbeidsgruppe mellom allmennmedisin og spesialisthelsetjenesten, – Hypertensjonsgruppa i Trondheim. Dette samarbeidet har gitt alle medlemmene en unik forståelse av hva hypertensjon er både i allmennpraksis og relatert til sykehusarbeid. Med-

lemmer i gruppen har vært forskningsaktive, ivrige artikkelforfattere og foredragsholdere. På St. Olavs Hospital har det gjennom en årrekke vært etablert en godt fungerende og i økende grad benyttet blodtrykkspoliklinikk.

(forts fra s. 13)

har stilt til blodtrykket – de argumenterer derfor for bruk av mere medikamenter i denne friske befolkningen, noe legemiddelindustrien ikke sier nei takk til.

Individperspektivet:

I studier der man har undersøkt effekt av blodtrykksmedisiner har man funnet følgende: Hvis en person som har 20 prosent risiko for å få hjerte- og karsykdom de neste 10 år bruker blodtrykksmedisin så kan han redusere sin risiko til ca 15 prosent ved å bruke medisin. En annen måte å formulere dette på er at når 200 middelaldrende personer med høyt blodtrykk behandles i fem år med blodtrykksmedisin, så vil to unngå slag og en unngå hjerteinfarkt i denne perioden. Effekten er litt større hos de gamle, fordi de har høyere risiko. Uansett, det betyr at 197 bruker medisin uten å ha nytte. Mange har bivirkninger og det brukes mye helseressurser på oppfølging av dette. Legen som behandler de 200 kan heller ikke her vite hvem som er de tre med effekt av behandlingen. De som holder seg friske vil kunne tro at det skyldes behandlingen, men det er en urettmessig takknemmelighet til helsetjenesten.

Det er uansett et problem for helsetjenesten å formidle hvilke effekter som kan oppnås, slik at pasienten kan bli delaktig i beslutningen om de ønsker behandling eller ikke.

For legen er det sikrest å behandle, slik at hun ikke i ettertid blir beskyldt for «mangelfull behandling». Det er et enda større problem å sikre at en person ikke får en «risikomerkelapp» som han godt kunne tenke seg å være foruten.

Samfunnsperspektivet

For samfunnet har det betydning at helsetjenesteressurser anvendes der de er mest nyttige, både penger og personer. Det er fristende å tenke at forebygging fjerner sykdom – men det er ikke tilfelle. Selv om man i Norge valgte å følge spesialistenes anbefalinger om å gjøre en million nordmenn til «hjerte-risikanter» og å behandle dem med blodtrykksmedisiner, så vil ni av ti likevel få hjerteinfarkt – med behov for helsetjeneste. Da er det viktig at ikke helsetjenesten er så opptatt med de friske at de syke ikke kommer inn i tide og får den oppfølging de trenger i etterkant..

For samfunnet er det dessuten viktig å anvende en «kostnad-nyttevurdering» – det gjelder også legene som forvalter samfunnsressurser. Det innebærer at man ikke anvender unødvendig dyre medikamenter, hvis billige varianter gir samme nytteeffekt. Det er et problem i Norge i dag at spesialister i blodtrykksbehandling og legemiddelindustrien har styrt utviklingen slik at man i dag i hovedsak an-

ukomplisert hypertensjon. På grunn av hvert vårt ståsted har ingen av oss rett. Samfunnsmedisineren har debatten om risikantbegrepet. Hos organspesialisten vil en del av disse «risikantene» på et senere stadium være organsyke. Jeg vil prøve å sette sammen noen av de forhold jeg baserer min innstilling og anbefaling på.

Bakgrunn i medisinsk epidemiologi

I Norge har ca 20% av den norske befolkning over 25 år et blodtrykk over et definert normalområde (≥ 140 mmHg

TABELL 1 Prevalens av hypertensjon (> 140 eller 90 mmHg).
Siste av tre målte blodtrykk (HUNT 1995–1997)

Alder	Møtt	SBT 3 > 140 eller DBT3 > 90	
	antall	antall	%
40 – 49	13 178	3 956	30,0
50 – 59	10 660	5 223	49,0
60 – 69	9 015	5 844	64,8
70 – 79	7 682	5 797	75,5
80 – 89	2 326	1 790	77,0
90 +	127	104	81,0
40 +	42 988	22 714	52,8

vender dyre medisiner. For flere av dem gjelder at vi faktisk ikke vet om de hjelper med hensyn til å forebygge sykdom og for tidlig død.

Samfunnet og individet

Både for samfunnet og individet er det et problem at selv om risikoreduksjon kan påvises i forskning så finner man ikke de samme effektene i vanlig praksis. Det kan derfor hende at når man sier at 3 av 200 hypertenikere kan spares for hjerte/karsykdom ved å ta medisiner i fem år, så er det bare en «teoretisk effekt», dvs at man ikke klarer å få det til i praksis. Vi vet faktisk ikke om det er noen effekter av blodtryksbehandling i vanlig praksis. Noen studier tyder på det motsatte.

Det kan handle om at pasientene ikke gjør «som foreskrevet» – dvs de lever ikke så sunt de burde og de tar ikke medisiner som foreskrevet. Det kan også hende at legene ikke utfører dette arbeidet godt nok. Det kan igjen skyldes mangel på kunnskap, men også at det ikke er praktisk mulig å klare dette på en god nok måte i tillegg til andre oppgaver med høy prioritet og de kan også oppleve at denne kunnskapen ikke er anvendelig for pasientene de behandler.

systolisk eller ≥ 90 mmHg diastolisk). Ca halvparten av disse får medikamentell blodtryksreducerende behandling. Prevalens av høyt blodtrykk fra Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag er gjengitt i tabell 1 (1).

Tabellen viser at ca 50% av den norske befolkning over 40 år har for høyt blodtrykk ved vanlig blodtryksmåling. Tilsvarende tall for prevalens finnes både fra Bergensundersøkelsen og fra Fylkesundersøkelsene gjennomført av Statens helseundersøkelser.

Årlige utgifter til blodtryksreducerende medikamenter i Norge er ca én milliard kroner (2). Av de som behandles oppnår bare ca 20% normalt blodtrykk (3). Det er internasjonal enighet om at ikke-medikamentelle tiltak slik som vektreduksjon, fysisk trening og generell omlegging av livsstilen bør være grunnleggende krav enten alene eller som tillegg til den medikamentelle behandlingen av høyt blodtrykk. Dette er vanskelig å gjennomføre. Det stiller krav til samarbeidet mellom pasient og helsepersonell. Informasjon og undervisning for å gi kunnskap og en sann forventning til en behandling er nødvendig for et godt resultat. Kompetansen vil i vesentlig grad være avhengig av et godt organisert tverrfaglig samarbeid mellom ulike profesjoner innen helsepersonell. En slik klinisk kompetanse eksisterer imidlertid ikke i norsk helsevesen. I Norge har for eksempel klinisk ernæringsfysiologi vært et ikke-prioritert fagfelt, og antall stillinger per sykehusseng eller per befolkningsenhet er vesentlig lavere enn i land det er naturlig å sammenligne seg med. I realiteten har helsetjenesten ikke engasjert seg i helsefremmende tiltak slik som i primært forebyggende arbeid for å redusere utvikling av hjerte- og karsykdommer. Dette er en av de sykdomsgrupper som belaster norsk helsevesen mest.

Nasjonale og internasjonale retningslinjer og behandlings kriterier

Høyt blodtrykk deles inn i mild, moderat og alvorlig hypertensjon. Likeledes skilles det mellom de som samtidig har hjerte- og karsykdom eller skade (komplisert) og i de som ikke har det (ukomplisert). Alle bør mene at det er riktig å behandle alle med moderat og alvorlig hypertensjon og alle med komplisert hypertensjon. Den store massen er imidlertid de som har mild ukomplisert høyt blodtrykk. WHO og USA har gitt retningslinjer for behandling av høyt blodtrykk. Det går frem av disse at alle personer med mildt høyt blodtrykk – selv uten andre risikofaktorer – skal behandles. Dette vil i Norge medføre to- til tredobling av antall pasienter i medikamentell blodtryksreducerende behandling. De retningslinjer som er gitt av Norges forskningsråd angir noe strengere krav (4): Behandlingsindikasjon foreligger hovedsakelig hos de med ukomplisert mildt forhøyet blodtrykk og