

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

Prosentvis fordeling

Risikofaktorer	Menn	Kvinner
Ingen	22	30
En	40	41
To	29	29
Tre	8	6

Statens helseundersøkelser

TABELL 2 Fordeling av antall risikofaktorer i aldersgruppen 40–49 år med blodtrykk 150–169 mmHg systolisk eller 90–99 mmHg diastolisk

som samtidig har én eller flere andre risikofaktorer slik som høyt kolesterol, røyking og arv. Da høy alder i seg selv representerer en risikofaktor, vil kravet til andre risikofaktorer variere med alder. I tabell 2 angis prosentfordeling av risikofaktorer i en norsk populasjon med et blodtrykk i området for mild hypertensjon (5). Det går frem av disse tallene at WHO sannsynligvis vil anbefale behandling av en vesentlig større populasjon enn det som kanskje gjøres i Norge.

Beslutningene om å behandle alle baserer seg på for sparsom kunnskap om denne gruppen mennesker i grenseområde mellom friske og «syke». Det gjelder både det epidemiologiske grunnlag fra Framingham-undersøkelsen som er databasen for beregning av absolutt risiko og manglende intervensjonsstudier. Men uansett hva vi sier og skriver i Norge vil WHO og USA være de sterkest markedsførende også i vårt land. Dette er allerede på gang. Jeg selv er «smitet». I undervisningen av medisinske studenter kan jeg ikke benytte kasuistikker som er mere enn to år gamle – for å skape debatt om behandling eller ikke må jeg stadig flytte problemstillingen nærmere de «normale». Det vil undre meg om ikke dere andre har følt det samme. Imidlertid foreligger det ingen modell for hvordan dette skal gjennomføres; ingen tilfredsstillende standardisering, ingen registrering av resultater og da heller ingen kvalitets- og sikringskontroll. Dette er uforvarlig både medisinsk og nasjonal-økonomisk.

Bakgrunn i nasjonale og regionale helselover

En aktiv klinisk virksomhet med det mål å forebygge hjerte- og karsykdommer vil være en stor kompetansekapital i et moderne helsevesen. De nordiske land er den delen av Europa med størst forekomst av hjerte- og karsykdommer. Dette belaster helsevesenet, både primærhelsetjenesten og institusjonshelsetjenesten.

I NOU 1997:2 påpekes det at den offentlige helsetjenesten har et særskilt ansvar overfor de med kroniske lidelser og sykdom (6). Kronisk syke pasienter omfatter store diagnosegrupper som bl.a. diabetes, reumatisme, hjertesykdom,

lungesykdommer, blodtrykk, kreft, nyresykdom og følgesykdom etter hjerneslag.

Regional helseplan 2001–2004 (7) omtaler behovet for større pasient- og brukervedvirkning og opplæring i behandling og rehabilitering for å oppnå et bedre resultat. Dette er også fulgt opp av sentrale myndigheter (8) hvor sykehusene nå har en lovpålagt plikt til undervisning av pasienter og pårørende. Dette gjelder spesielt mennesker med kronisk lidelse og sykdom. Det pålegges spesialisthelsetjenesten å bygge opp en tverrfaglig kompetanse.

En styrking av forebyggende tiltak mot hjerte- og karsykdommer er altså i tråd med føringer fra regionale og sentrale myndigheter fra flere år tilbake (6,9,10) og frem til de nye helselovene som ble iverksatt fra 2001 (8,11,12). Innen spesialisthelsetjenesten i Norge er det ingen tverrfaglig kompetanse og klinisk virksomhet som kan benyttes som modell for denne type primært forebyggende arbeid. Avstanden mellom politiske beslutninger og klinisk virksomhet er stor. Helsegevinst og god kostnadseffektivitet som et resultat av politiske beslutninger oppnåes vanligvis ikke. Uten reell interesse og initiativ fra fagmiljøene vil dette ikke forandre seg.

Vi må imøtekomme pasientenes rettigheter og de krav som stilles til arbeidsform og ressursforvaltning. Dette løser vi ikke ved bare å bekymre oss om risikantbegrepet. Kravet er å bedre systemet for diagnostikk, pasient-informasjon og læring og behandling. Dette vil vi aldri oppnå ved at legen sitter som monopolist for alle disse nødvendighetene. Populasjonen er for stor. En lege behøver ikke se en pasient mer enn å være en aktiv og nær medspiller i et system hvor informasjon og læring utføres av personell med medisinsk kunnskap og informasjonsspsykologisk kompetanse; som speialsykepleiere, treningslærere og ernæringsfysiologer. Hva snakker jeg om:

Klinikk for diagnostikk og behandling av høyt blodtrykk og beslektede problemstillinger relatert til utvikling av hjerte- og karsykdommer.

- Et sted der mennesker kan komme og gå
- Informasjon og skole for personer med høyt og behandlingstrengende blodtrykk og beslektede problemstillinger
- Henvisningspoliklinikk og rådgiving for primærhelsetjenesten og fra institusjonshelsetjenesten
- Et kompetansemiljø for og bindeledd mellom primærhelsetjenesten og institusjonshelsetjenesten
- Tverrfaglig kompetanse i forebyggende tiltak mot utvikling av hjerte- og karsykdommer

- Standardisering av prosedyrer for diagnostikk og behandling av høyt blodtrykk
- Forskning ved registrering av virksomheten som et grunnlag for kvalitetskontroll

Hovedmålet er å bygge opp en ny modell for å bedre diagnostikk og behandling av høyt blodtrykk. Dette skal gi bedre helsegevinst og dermed bedre kostnadseffektiviteten sammenlignet med dagens kliniske rutiner. Klinikken må være et sted hvor primærhelsetjenesten og spesialister samarbeider. Etter mange års erfaring tror jeg dette er en metode som bør vurderes og prøves. Populasjonen er så stor at den lett representerer en felles interesse. Den er imidlertid også så stor at det ikke vil være mulig for en blodtrykksklinikk alene å ta hånd om hele populasjonen. Virksomheten må imidlertid være så stor at det utvikles en nødvendig klinisk kompetanse og at pasientskolesystemet blir en tydelig virksomhet. Allmennmedisin vil fortsatt være hovedansvarlig for behandling av pasienter med høyt blodtrykk, men i samarbeid med og under veiledning og støtte fra det systemet en blodtrykksklinikk har. Jeg er klar over at forebyggende behandling av hjerte- og karsykdommer inkluderer mye mer enn behandling av høyt blodtrykk. Behandling av høyt blodtrykk inkluderer imidlertid diverse ikke-medikamentelle tiltak som favner vesentlig bredere enn bare blodtryksreduksjon. Kanskje blir det den delen som best blir ivarettatt med en slik modell.

Konklusjon

Ole Brum sier «begge deler». Denne problemstillingen er imidlertid så gigantisk i vanskelighetsgrad og i dimensjon at den må føres av spesielt interesserte og spesielt oppbygde miljøer.

Legens angst for å «påføre» personer «risikantbegrepet» kan i den følgende sammenhenger defineres som defensiv og å fraskrive seg ansvar og kontroll: «Test deg selv. Er du i risikosonen?» Dagbladet 28. april 2003, side 8. Kilde: Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Ukontrollert informasjon om helse er pågående og den aktuelle problemstillingen så stor at den krever en offensiv og problemløsende holdning og plan fra helsetjenesten. Problemstillingen er kompromissløs, vi behøver ikke å applaudere den, vi må være faglig og sannferdig kritiske, men vi må løse den med en metode som gir et faglig og økonomisk forsvarlig resultat.

Tor-Erik Widerøe

Referanser

1. Holmen J. Personlig meddelelse
2. Bryn E., Thürmer A. Medikamentell blodtryksbehandling i Norge. Hovedoppgave. Senter for helseadministrasjon, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. August 2000.
3. Hetlevik I. The role of clinical guidelines in cardiovascular risk intervention in general practice. Doktoravhandling. Trondheim: Institutt for samfunnsmedisinske fag, NTNU, 1999.
4. Komiteen for medisinsk teknologivurdering. Rapport nr. 12: Behandling av mild hypertensjon. Oslo: Norges forskningsråd, 1997.
5. Aage Tverdal. Personlig meddelelse
6. NOU 1997:2 Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus.
7. Regional helseplan 2001-2004. Helseregion Midt-Norge, revidert etter behandling i RHSU 19.-20. okt. 2000
8. Lov av 2. juli 1999 nr.61 om spesialisthelsetjenesten m.m.
9. Helsedirektoratets utredningsserie 2-87. Strategi/tiltak for å forebygge underernæring hos pasienter
10. St.meld. nr. 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid
11. Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
12. Lov av 2.juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

Infodoc for Windows

- **Sikker**
- **Funksjonell**
- **Hurtig**
- **Pålitelig**

Ring 55 52 63 00

og vi demonstrerer programmet hos deg

infodoc as

BRUKERVENNLIGHET SATT I SYSTEM

Bergen: Infodoc as, P.B. 183, Bønes, 5849 Bergen
Tlf. 55 52 63 00 - Fax. 55 52 63 29

Oslo: Infodoc as, Kilenvæien 45, 1366 Lysaker
Tlf. 67 59 27 60 - Fax. 67 59 27 69

www.infodoc.no