
Norge er ikke dårlig på sekundærprofylakse etter hjerteinfarkt

DEBATT

KAARE HARALD BØNAA

kaare.harald.bonaa@ntnu.no

Kaare Harald Bønåa er dr.med., spesialist i indremedisin og i hjertemedisin, overlege ved Hjerte- og thoraxklinikken, St. Olavs hospital og professor emeritus ved NTNU. Han er faglig leder for Norsk hjerteinfarktregister. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TOR OLE KLEMSDAL

Tor Ole Klemsdal er dr.med., spesialist i indremedisin og i hjertemedisin og overlege ved Seksjon for preventiv kardiologi, Oslo universitetssykehus, Aker. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt konsultasjonshonorar fra Vetenskapsrådet og foredragshonorar fra Novo Nordisk, Boehringer Ingelheim, Den norske legeforening og Eldre legers forening.

TOM WILSGAARD

Tom Wilsgaard er professor i biostatistikk og epidemiologi og leder av forskningsgruppen Kroniske sykdommers epidemiologi ved Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

DAG S. THELLE

Dag S. Thelle er dr.med., spesialist i indremedisin og professor emeritus ved Universitetet i Oslo. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Stadig færre får hjerteinfarkt i Norge. Det tyder på god primærforebygging, men i det siste er det hevdet at vi er vi dårlige på sekundærforebygging.



Faksimile Tidsskriftet nr 15/2025.

I tre artikler nylig publisert i Tidsskriftet er forfatterne samstemte om at vi i Norge er dårlige på sekundærforebygging etter hjerteinfarkt. Jortveit og medarbeidere finner i en originalartikkel, nylig kåret av Tidsskriftet som den beste i 2025, at mange hjerteinfarktpasienter har kjent koronarsykdom fra tidligere og at måloppnåelsen for sekundærprofylakse er lav [\(1\)](#). Kommentartartikkelen peker på at resultatene kan synes «både nedslående og overraskende» [\(2\)](#), og sjefredaktøren skriver at «vi lykkes ikke godt nok med sekundærprofylakse etter hjerteinfarkt» [\(3\)](#). Vi opplever også at det gjentas ofte i media og i foredrag på kurs og konferanser at vi i Norge er dårlige på sekundærprofylakse etter hjerteinfarkt. Men stemmer dette?

Feil mål

Først: Insidensen av hjerteinfarkt er på retur, og dødeligheten er lavere i Norge enn i de fleste andre vestlige land. I 2024 var 30 dagers letalitet lavere i Norge enn i andre OECD-land, inkludert Sverige og Danmark [\(4\)](#).

Jortveit og medarbeidere finner at 30 % av pasienter som innlegges med akutt hjerteinfarkt har hatt koronarsykdom tidligere [\(1\)](#), de aller fleste hadde residivinfarkt [\(5\)](#). De mener dette innebærer at vi ikke har lykkes med sekundærforebygging. Dette er overraskende. Er norsk helsetjeneste blant de beste på primærforebygging og behandling i akuttfasen av hjerteinfarkt [\(4\)](#) – for så å svikte på sekundærforebygging?

At om lag 30 % av pasientene innlagt med hjerteinfarkt har hatt hjerteinfarkt tidligere, forteller lite om kvaliteten på sekundærforebygging. Skal man først bruke et slikt mål, hvilket vi mener er feil, så viser data fra Norsk hjerteinfarktregister at andelen med residivinfarkt har gått ned fra 31 % i 2013 til 28 % i 2024 – i en periode med ca. 25 % reduksjon i insidens [\(5\)](#). Det må bety at vi er minst like gode på sekundærprofylakse som primærprofylakse. Og andelen med residivinfarkt i Norge er omtrent som i Sverige, som hevdes å ha bedre sekundærprofylakse enn Norge [\(6\)](#).

«At om lag 30 % av pasientene innlagt med hjerteinfarkt har hatt hjerteinfarkt tidligere, forteller lite om kvaliteten på sekundærforebygging»

Dersom andelen pasienter med residivinfarkt skal brukes som indikator på kvalitet på sekundærprofylakse, blir det ikke korrekt å ha antallet nye tilfeller av hjerteinfarkt i nevneren, som i Jortveit og medarbeideres artikkel (1). Brøkens nevner må i stedet være antallet pasienter som er i risiko for å få et nytt infarkt.

Europeiske data (7) og Tromsøundersøkelsen (8) tyder på at antallet prevalente tilfeller av hjerteinfarkt i Norge i 2024, og som dermed var i risiko for å få residivinfarkt, var om lag 125 000. Det reelle antallet er sannsynligvis høyere, siden befolkningsundersøkelser oftest inkluderer en friskere del av befolkningen.

Norsk hjerteinfarktregister viser at det i 2024 var 2 781 residivinfarkt (5). I løpet av et år var det altså om lag 2,2 % av dem i risikosonen som fikk et residivinfarkt, mens 97,8 % unngikk residivinfarkt. Det kan argumenteres for at dette tyder på god sekundærprofylakse, ikke dårlig,

Risikoen for residivinfarkt kan ikke reduseres til 0 %, siden mange pasienter har høy alder og utbredt koronar aterosklerose. Selv i randomiserte studier av selekterte pasienter som får optimal sekundærprofylakse, finner man en årlig forekomst av residivinfarkt på 1–2 % (9).

«Risikoen for residivinfarkt kan ikke reduseres til 0 %, siden mange pasienter har høy alder og utbredt koronar aterosklerose»

Jortveit og medarbeidere fant videre at bare 2 % av pasientene med residivinfarkt oppfylte behandlingsmålene for seks sekundærprofylaktiske tiltak (1). Spesielt var det dårlig måloppnåelse for blodtrykk, kroppsmasseindeks og LDL-kolesterolnivå.

At kun 35 % av pasientene hadde blodtrykk < 140/90 mmHg, og med fallende andel de siste ti årene i studien, står i kontrast til befolkningsutviklingen. Dette kan skyldes akuttmålinger ved infarktinnleggelsen. Behandlingsmål for blodtrykk gjelder etter hvile i fem minutter, ikke etter målinger i en stresset situasjon. Den polikliniske modulen for Norsk hjerteinfarktregister viser at i 2023 hadde om lag 80 % av pasientene blodtrykk < 140/90 mmHg ett år etter utskrivning (5).

Vi stiller også spørsmål ved om det er dokumentert nytte av å tilstrebe kroppsmasseindeks på < 25 kg/m². Kroppsmasseindeks er ikke en sterk risikofaktor for residivinfarkt og inngår i liten grad i retningslinjene (10).

Problematisk konklusjon

Det er viktig å understreke at studien til Jortveit og medarbeidere er en tverrsnittsstudie. Et slikt design gir ingen informasjon om hva utgangsverdiene var da de sekundærprofylaktiske tiltakene ble initiert. Det er fullt mulig at en betydelig andel faktisk oppnådde substansielle forbedringer, som en halvering av LDL-kolesterol, en blodtrykksreduksjon på rundt 20 mmHg og en solid vektnedgang, uten at pasientene

nødvendigvis nådde de ideelle behandlingsmålene som Jortveit og medarbeidere refererer til. Under slike forutsetninger fremstår det som metodologisk og klinisk problematisk å konkludere med at sekundærprofylaksen har «sviktet» hos disse pasientene.

Sist, men ikke minst, så gir Jortveit og medarbeideres artikkel ingen opplysninger om utgangsverdiene for risikofaktorer eller måloppnåelse for sekundærprofylaktiske tiltak hos den store majoriteten av hjerteinfarktpasienter som var i risiko for residivinfarkt, men som unngikk dette. Individualisert, god sekundærprofylakse kan ha bidratt til at de øvrige unngikk residivinfarkt.

«Individualisert, god sekundærprofylakse kan ha bidratt til at de øvrige unngikk residivinfarkt»

Oppsummert forteller studien til Jortveit og medarbeidere oss ikke noe sikkert om effekten av eller kvaliteten på dagens sekundærprofylakse, annet enn at pasienter som får residivinfarkt, har et høyere nivå av risikofaktorer enn det ideelle. Dette tyder på at det finnes et forbedringspotensial i sekundærprofylaksen, men materialet gir ikke grunnlag for å beregne hvor godt sekundærprofylaksen fungerer i hele populasjonen av tidligere infarktpasienter.

LITTERATUR

1. Jortveit J, Munkhaugen J, Kaldal A et al. Sekundærforebygging hos hjerteinfarktpasienter med kjent koronarsykdom. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0186. [PubMed][CrossRef]
2. Wiseth R. Sekundærprofylakse ved koronarsykdom: behov for intensivert innsats. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.0715. [PubMed][CrossRef]
3. Brean A. Det sårbare livet. Tidsskr Nor Legeforen 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.25.15.01. [PubMed][CrossRef]
4. OECD. Health at a Glance 2025: OECD Indicators. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en.html Lest 15.5.2026.
5. Norsk hjerteinfarktregister. Årsrapport for Norsk hjerteinfarktregister 2024. <https://www.stolav.no/fag-og-forskning/medisinske-kvalitetsregistre/norsk-hjerteinfarktregister/rapporter/> Lest 22.5.2026.
6. EuroHeart. Annual Report 2025. <https://www.escardio.org/data-science/data-collection/patient-registries-and-observational-data-new/euroheart/> Lest 15.5.2026.
7. Timmis A, Petersen SE, Van Belle E et al. European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics 2025. Eur Heart J 2026; ehag345. [PubMed][CrossRef]
8. Einarsson SB, Styliadis M, Løchen M-L et al. Prevalens av og risikofaktorer for selvrapportert hjerteinfarkt og atrieflimmer hos samer og ikke-samer i Tromsøundersøkelsen. Hjerterforum 2021; 34: 53–9.

9. Lincoff AM, Brown-Frandsen K, Colhoun HM et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in obesity without diabetes. *N Engl J Med* 2023; 389: 2221–32. [PubMed][CrossRef]
10. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2021; 42: 3227–337. [PubMed][CrossRef]
-

Publisert: 2. juni 2026. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.26.0349

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juli 2026.