

Med de seneste retningslinjene for kardiovaskulær risikointervensjon blir 90 % av den voksne befolkning over 50 år gjort til potensielle pasienter. Det er tid for besinnelse

## Medikalisering uten grenser

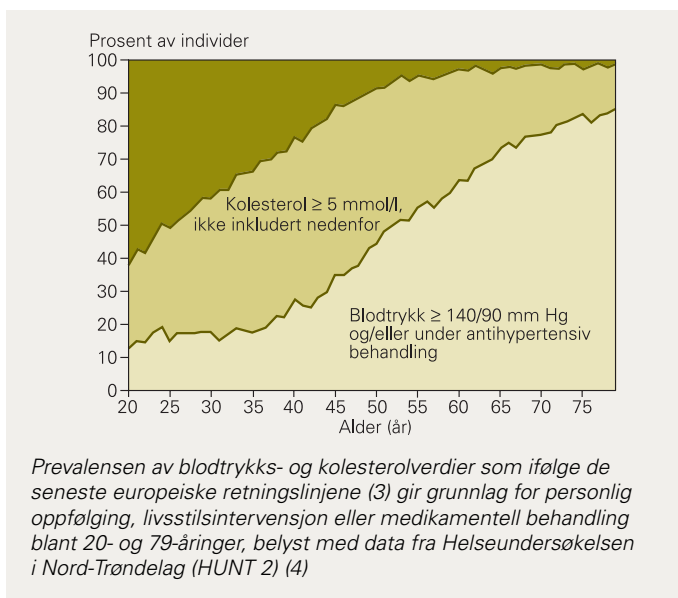
Gjennom mange år har det stått strid om hvordan helsetjenesten skal forholde seg til de stadig lavere grensene som settes for blodtrykk og serum-kolesterol, de mest brukte risikofaktorene for kardiovaskulær sykdom (1). Det kan se ut som det råder ulike syn mellom sykehusspesialister på den ene side og allmennleger og samfunnsmedisinere på den annen. Spesialistmiljøenes måte å håndtere sykdomsrisiko på får mange allmennleger til å oppleve at de oppfordres til å sykeliggjøre en urimelig høy andel av sine pasienter (2). Dels trekker allmennlegene fortolkningen av forskningsresultatene i tvil, dels uroer de seg for hvilke helseproblemer de ikke får tid til å ta seg av dersom individuell risikointervensjon overfor de friske skal beslaglegge så mye tid og oppmerksomhet. Etter at de seneste europeiske retningslinjene fra 2003 satte grensene ytterligere ned, med intervensjonsverdier for blodtrykk på 140/90 mm Hg uten alderskorreksjon og for kolesterolnivå til 5 mmol/l (3), har uroen økt.

Forholdsvis enkelt kan man synliggjøre de samfunnsmedisinske konsekvensene av slike retningslinjer ved å anvende risikogrensene på en hel befolkning. I desemberutgaven av *Scandinavian Journal of Primary Health Care* presenterer Linn Getz og medarbeidere en slik analyse (4), utført med data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 2). Andelen av hvert årstrinn som etter retningslinjene ville komme i gruppen med «forhøyet risiko» – i denne nær verdens friskeste befolkning – er meget høy om man bare legger blodtrykkverdier til grunn. Men om man også anvender de nye lave grensene for kolesterolverdier (3), vil halvparten av befolkningen bli ansett som «risikanter» allerede ved 24 års alder. Ved 49 års alder er denne andelen steget til 90 %. Så mye som 76 % av den voksne befolkning vil bli ansett for å ha forhøyet risiko (4). I en viss forstand må dette bety at en overveldende majoritet av den norske befolkning anses som unormale dersom risiko- og sykdomsbegrepet skal anvendes med noen rimelig mening.

Hvordan skal man forholde seg til slike data? Fortsette som før og anta at Vårherre må ha gjort en konstruksjonsfeil? Allmennlegene er målgruppe for denne typen retningslinjer fra flere fagmiljøer. Individuell medisinsk oppfølging og tidlig medikamentell behandling er også aktuelt når det gjelder lav beintetthet, overvekt, luftveislidelser, psykiske lidelser og ulike utslag av tidlig aldring.

Getz og medarbeidere inntar en forsiktig og lavmælt posisjon, til tross for at tallene er selvløsende. De drøfter normalitetsbegrepet og vanskeligheter forbundet med et sykdomsbegrep som baserer seg på kontinuerlige variabler med mer og mindre godt begrunnede grenseverdier. De drøfter etiske og praktisk-kliniske aspekter ved å gjøre en så stor del av befolkningen til pasienter. En slik grad av medikalisering er – slik de ser det – ikke forenlig med det de kaller en bærekraftig medisin (4).

Det vil være rart om disse dataene ikke setter fornyet fart i den selv-ransakelsen som allerede foregår i mange medisinske fagmiljøer, både internasjonalt (5) og her hjemme (6, 7). Det er et gjennomgående trekk innen mange spesialiteter at toneangivende kolleger ofte har lang fartstid som ledere av kliniske studier i regi av de store legemiddelfirmaene. Mange fremragende forskere med betydelig industritilknytning inngår derfor i internasjonale ekspertgrupper, også de som utarbeider kliniske retningslinjer (5, 8). Man bør ikke bli forbauset om det blant disse utvikler seg et sett av faglige synspunkter, en måte å tenke



på, som gjør det nærliggende å stille forskningsspørsmålene på en slik måte at en pille blir svaret – eller nokså mange piller, for svært mange.

Vi behøver ikke trekke motivene i tvil. De ulike ekspertgruppene har sikkert befolkningens beste på sin faglige dagsorden. Men slike retningslinjer, og særlig summen av dem, blir etter hvert ikke til å leve med. Vi bør dessuten ydmykt medgi at vi strengt tatt ikke vet nok om hvordan ulike legemidler samvirker når flere tilstander skal forebygges og behandles samtidig. Endelig er det bekymringsfullt at andre perspektiver på det forebyggende helsearbeidet, strategier på gruppe- og samfunnsplanet, i praksis får så lite gjennomslag (9). Med andre ord: Det er tid for besinnelse.

### Steinar Westin

steinar.westin@medisin.ntnu.no

Steinar Westin (f. 1944) er professor i sosialmedisin ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og fastlege ved Tempe legesenter.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

### Litteratur

- Holmen J. Kampen om blodtrykket. I: Swensen E. Diagnose: Risiko. Oslo: Universitetsforlaget, 2000: 34–51.
- Gulbrandsen P. Samlet protest mot blodtrykksbehandling førte frem. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2584.
- De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart Journal 2003; 24: 1601–10.
- Getz L, Kirkengen AL, Hetlevik I et al. Ethical dilemmas arising from implementation of the European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Scand J Prim Health Care 2004; 22: 202–8.
- Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. BMJ 2002; 324: 886–91.
- Westin S. Sykdomskremmere. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1638.
- Haug C. Sykdomsproduksjon som forretningsidé. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2469.
- Laake JH. Interessekonflikter ved terapianbefalinger. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2663–4.
- Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press, 1992.