

# Den nye hjertepatient

Professor, dr.med. Gorm Boje Jensen

## LEDER

Gorm Jensen

Ugeskr Læger  
2018;180:V70164



I 1970'erne, da jeg var en ung kardiologspire, var den typiske hjertepatient en 50-60-årig mand, der var indlagt med et stort akut myokardieinfarkt (AMI) i hjertets forvæg. Mange døde af hjerestop eller kardiogent shock inden for få timer eller dage. Den akutte dødelighed var 25-40%. Der var ikke plads til personer ældre end 65 år på koronarafdelingerne.

Trombolysebehandlingen var et gennembrud, som hurtigt fik dødeligheden ned på 15%. Behandlingen blev dog hurtigt afløst af perkutan koronarintervention (PCI), der var endnu et spring fremad [1]. Nu er dødeligheden af AMI under 5% – et fantastisk resultat.

Selvom antallet af nye tilfælde er markant faldende [2], er hjerte-kar-sygdom stadig – efter kræftsygdomme – den største dødsårsag i Danmark. Ud af ca. 60.000 dødsfald skyldes ca. 13.000 hjerte-kar-sygdom. De fleste dør i en moden alder, men også mange yngre dør. Hvert år får ca. 18.000 hidtil raske personer et nyt tilfælde af AMI eller ustabil angina pectoris. Der er tale om en katastrofe for de mennesker, der rammes, en voldsom belast-

ning for familien og et tab for samfundet. Det er også et globalt problem: Iskæmisk hjertesygdom er hastigt voksende i udviklingslandene samt de nye store økonomier og har afløst infektionssygdomme og mangelsygdomme som de store dræbere i Afrika og Asien.

Andre hjertediagnoser er også tiltagende. Atrieflimren, der tidligere fejlagtigt blev opfattet som en fredsommelig tilstand hos ældre damer, er i hastig stigning, og yderligere stigning må forudses, fordi befolkningen bliver ældre, tykkere og højere, og flere overlever et AMI. Hjerteklapsygdomme og hjertesvigt hos ældre er ligeledes i stigning.

Hvordan ser den typiske hjertepatient så ud i dag? Det er en ældre eller rent ud sagt gammel person. Hun er kortuddannet, overvægtig, tidligere ryger og har kronisk obstruktiv lungesygdom og diabetes. Hun har flere AMI i sygehistorien, og hun har hjertesvigt og atrieflimren. Hun har fået PCI flere gange før og har en pacemaker. Hun får mindst syv forskellige lægemidler. Hun har det i og for sig fint og er tilfreds med behandlingen i ambulatoriet, hvor hun er kommet igennem flere år hos den samme hjertesyggeplejerske.

Hun er blot en af mange. Til trods for at der er færre nye tilfælde (faldende incidens), stiger antallet af personer, der lever med hjerte-kar-sygdom (stigende prævalens), fordi flere overlever det første tilfælde [3].

Der bruges meget store midler på behandling af hjerte-kar-sygdom. Således udføres der årligt 25.000 kranspulsåreundersøgelser, 9.000 PCI-behandlinger og 2.000 bypassoperationer. Kronisk hjertesygdom er den enkeltsygdom, der koster flest ressourcer i hospitalssystemet. Der indlægges hvert år omkring 50.000 personer med hjertesygdom, og mange patienter fylder op i almen praksis og i hospitalsambulatorierne med over 200.000 besøg.

Nu kunne man jo håbe på, at den faldende incidens af iskæmisk hjertesygdom ville reducere ressourceforbruget, men det er ingenlunde tilfældet. De fleste overlever har recidiverende sygdom, som kræver multiple interventioner. De mange ældre er i særlig risiko, og der kommer hele tiden nye

**PUBLICERET PÅ  
UGESKRIFTET.DK:**

1. oktober 2018

**INTERESSEKONFLIKTER:**  
ingen

patientgrupper til, for eksempel patienter med diabetes, patienter med inflammatoriske sygdomme (gigttilidelser, psoriasis, parodontose) og patienter, der har fået kemoterapi for en cancersygdom, alle har øget risiko for hjerte-kar-sygdom. I modsætning til tidligere skal ældre patienter selvfølgelig kunne tilbydes en moderne behandling. Alt i alt kan der forventes betydelige stigninger i behovet for invasiv koronarbehandling, operativ og perkutan klapbehandling og elektrofysiologiske behandlinger samt ikke mindst ambulans udredning og kontrol af de mange multisyge kronikere.

På længere sigt må øget fokusering på forebyggelse kunne bidrage – eller hvad? Årsagerne til åreforkalkningssygdomme er velkendte. Mindst 80% kan tilskrives tobaksrygning, forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterolindhold i blodet, fysisk inaktivitet, fedme og diabetes som konsekvens af en samfundsudvikling, der på den ene side indebærer, at fødevarerebuddet er stort og rigeligt (salt, sødt og fedt), og tobak er billigt, og på den anden side fremmer en passiv livsstil.

Forebyggelsestiltag har utvivlsomt bidraget til den formindskede incidens. Forebyggelsen har haft flere foci: strukturelle tiltag som f.eks. fødevarerlovgivning (salt og transfedtsyrer), der påvirker alle, oplysningskampagner, der virker over for visse dele af befolkningen og individuelle tilbud i sundhedsvæsenet.

Sundhed er et middelklasseprojekt. De grupper i befolkningen, der har mest brug for oplysning, er overvejende upåvirkelige af generelle sundhedskampagner. Middelklassen bliver sundere, mens andre, især kortuddannede, gør, som de plejer. Resultatet er en markant og stigende ulighed i sundhed. Forekomsten af iskæmisk hjertesygdom er to en halv gang så høj i den store gruppe af borgere, der kun har grundskoleuddannelse, som i grupper med videregående uddannelser [4]. Økonomiske forklaringer på denne ulighed i sundhed kommer til kort. Der er tale om kulturelle forskelle i prioriteringer og holdninger, som i høj grad er knyttet til uddannelse. Tillige er kortuddannede dårligere til at manøvrere i sundhedsvæsenet end andre befolkningsgrupper. Ulighed i sundhed er

den væsentligste risikofaktor for hjerte-kar-sygdom.

Denne ulighed i hjertesundhed er demokratisk uacceptabel. Ligesom behandlingen af hjerte-kar-sygdomme har udviklet sig, må forebyggelsen forbedres for at udligne de socialt betingede forskelle. Blandt mulighederne kunne være kampagner rettet specifikt mod de grupper i befolkningen, hvor hjerte-kar-sygdomme forekommer hyppigst.

Og så er der én lavthængende frugt, der stadig sidder på grenen. Det er beskæmmende og ansvarspådragende, at danske politikere ikke vil bidrage til at reducere tobaksforbruget, den vigtigste enkeltfaktor for uligheden i sundhed. Det kunne gøres meget enkelt ved at øge beskattningen på tobak.

#### LITTERATUR

1. Andersen HR, Nielsen TT, Rasmussen K et al. DANAMI-2 Investigators. Comparison of coronary angioplasty with fibrinolytic therapy in acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 2003;349:733-42.
2. Hjertetal. Hjerteforeningen 2018. <https://Hjerteforeningen.dk/alt-om-dit-hjerte/hjertetal.dk> (12. aug 2018).
3. Koch MB, Davidsen M, Andersen LV et al. Increasing prevalence despite decreasing incidence of ischaemic heart disease and myocardial infarction. *Eur J Prev Cardiol* 2015;22:189-95.
4. Christensen AV, Koch MB, Davidsen M et al. Educational inequality in cardiovascular disease depends on diagnosis: a nationwide register based study from Denmark. *Eur J Prev Cardiol* 2016;23:826-33.

» Det er beskæmmende og ansvarspådragende, at danske politikere ikke vil bidrage til at reducere tobaksforbruget, den vigtigste enkeltfaktor for uligheden i sundhed.