
Sekundærprofylakse ved koronarsykdom: behov for intensivt innsats

INVITERT KOMMENTAR

RUNE WISETH

rune.wiseth@stolav.no

Rune Wiseth er spesialist i indremedisin og i hjertesykdommer, overlege ved Klinikk for hjertemedisin, St. Olavs hospital og professor emeritus ved Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, NTNU.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Bedre måloppnåelse for sekundærprofylakse ved koronarsykdom krever nytenkning. Økt bruk av digital oppfølging og persontilpassede tilbud er nødvendig.

Med data fra Norsk hjerteinfarktregister har Jortveit og medarbeidere studert måloppnåelse for sekundærprofylaktiske tiltak hos pasienter med kjent koronarsykdom (1). Over en tiårsperiode finner de at måloppnåelsen er lav og med liten endring gjennom perioden. Forfatterne konkluderer at det er behov for en styrket innsats i både primær- og spesialisthelsetjenesten.

Resultatene kan synes både nedslående og overraskende. Overraskende fordi den årlige insidensen av hjerteinfarkt er redusert med 3–4 % i hele studieperioden (2). Forfatterne antyder derfor at vi har lyktes bedre med primærprofylakse enn med sekundærprofylakse, en antagelse som styrkes av at 28 % av de som fikk hjerteinfarkt i 2024, hadde hatt infarkt tidligere (3).

Bare 1,8 % av studiepopulasjonen oppnådde samtlige seks definerte behandlingsmål. I tillegg kommer kostholdsråd og råd om fysisk aktivitet, som ikke ble undersøkt fordi hjerteinfarktregisteret mangler data. Også her kan det være vanskelig med etterlevelse (4).

Er behandlingsmålene i de eksisterende retningslinjene urealistiske? Det kan være ulike syn på det, men gjennomgående er det god vitenskapelig evidens for de anbefalingene som gis (5). Det var god måloppnåelse på forskrivning av sekundærprofylaktiske

medikamenter, men lav oppnåelse for lipidverdier og blodtrykk. Dette tyder på at oppfølgingen ikke har vært god nok og styrker forfatterens konklusjon om at vi må bli bedre.

Studien inkluderte pasienter opp til 85 år. Mål for LDL-kolesterol ble skjerpet gjennom studieperioden, fra 2,5 mmol/L til 1,4 mmol/L. Med den laveste verdien nådde bare 9,3 % behandlingsmålet. European Society of Cardiology (ESC) sine retningslinjer gjelder i utgangspunktet for alle aldergrupper uten differensiering. Forfatterne er tydelige på at hos de eldste må behandlingsmålene tilpasses pasientens totale situasjon. Dette kan ikke understrekes sterkt nok. Retningslinjer er kun retningslinjer.

Yngre koronarpasienter med lav måloppnåelse gir imidlertid grunn til bekymring. De har ofte en overvekt av uheldige livsstilsfaktorer og en høy livstidsrisiko. Bedre måloppnåelse i denne gruppen er av stor verdi både for den enkelte og for samfunnet som helhet.

Hva må til for at vi skal lykkes bedre? Multidisiplinære tiltak anbefales og har vært i bruk lenge, men det er krevende å oppnå gode resultater (6, 7). Forfatterne foreslår blant annet mer aktiv henvisning til hjerterehabilitering, obligatorisk registrering av tilbud om rehabilitering i Norsk hjerteinfarktregister, større involvering av primærhelsetjenesten og økt bruk av digital hjemmeoppfølging. En bedre utnyttelse av frisklivssentraler kunne også vært nevnt.

Digital oppfølging bør være en lavthengende frukt. Det er ikke nødvendig å reise mange mil for å møte en spesialist som gir råd og forteller hva en bør gjøre. Dette kan like godt, og mer effektivt, gjøres via video- eller telefonkonsultasjon, gjerne sykepleiedrevet eller hos fastlegen. Digital veiledning og oppfølging av hjemmebasert fysisk trening er også mulig. Kanskje ligger vår største mulighet til forbedring nettopp i økt bruk av digital og persontilpasset oppfølging. Samtidig trenger vi mer kunnskap om hvordan digitale hjelpemidler best kan utnyttes, også for å nå dem som trenger det aller mest.

«I en krevende psykososial situasjon med depresjon og angst, som ikke er uvanlig ved hjertesykdom, kan tobakken være en trøst, økonomien påvirke matvaner og pasienten har et vanskelig utgangspunkt for å nå behandlingsmål»

I ESC sine anbefalinger inngår oppfølging av psykososiale forhold som et behandlingsmål. Pasienters evne og motivasjon til å følge opp sekundærprofylaktiske tiltak varierer, og lav helsekompetanse gjør det vanskeligere å følge opp råd som gis (4). Det gjelder både livsstilsendringer og etterlevelse av forskrevne medikamenter. I en krevende psykososial situasjon med depresjon og angst, som ikke er uvanlig ved hjertesykdom, kan tobakken være en trøst, økonomien påvirke matvaner og pasienten har et vanskelig utgangspunkt for å nå behandlingsmål. Det dreier seg om å se og forstå hele mennesket. For å nå denne gruppen trengs nytenkning, differensierte og persontilpassede opplegg. Pasientperspektivet må vektlegges, noe som får stadig sterkere plass i retningslinjer fra ESC (5). En god oppfølging innebærer mer enn økt innsats på biokjemisk målbare parametere. Helsepersonell må forstå og respektere pasientens egne ønsker og verdier. Hvis resultater skal nås, må de rådene som gis, forstås og aksepteres av den det gjelder.

Forfatterne fortjener ros for en oversiktlig og god artikkel som belyser og diskuterer et viktig tema på en balansert og konstruktiv måte. Artikkelen viser også hvilken gullgrube våre helseregistre er for forskning. Dataene er der, og mye ressurser går med til å drifte registrene. Registerforskning bør øke i omfang, og det må bli enklere å få tilgang til data. Byråkrati og regulatoriske forhold oppleves av mange som en stor utfordring.

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. [CrossRef]
2. Bønaa KH, Halle KK, Govatsmark RES et al. Insidens og letalitet av akutt hjerteinfarkt i Norge 2013–21. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.24.0237. [PubMed][CrossRef]
3. Norsk hjerteinfarktregister. Årsrapport 2014. <https://www.stolav.no/49d72c/siteassets/medisinske-kvalitetsregistre/hjerteinfarktregisteret/documents/arsrapporter/arsrapporter/arsrapport-2014.pdf> Lest 25.11.2025.
4. Brørs G, Dalen H, Allore H et al. Health Literacy and risk factors for coronary artery disease (from the ConcardPCI study). Am J Cardiol 2022; 179: 22–30. [PubMed]
5. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J 2023; 44: 3720–826. [PubMed][CrossRef]
6. Sverre E, Peersen K, Husebye E et al. Unfavourable risk factor control after coronary events in routine clinical practice. BMC Cardiovasc Disord 2017; 17: 40. [PubMed][CrossRef]
7. Ergatoudes C, Thunström E, Rosengren A et al. Long-term secondary prevention of acute myocardial infarction (SEPAT) - guidelines adherence and outcome. BMC Cardiovasc Disord 2016; 16: 226. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 28. november 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0715
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 13. september 2026.