

Betydelsen av individuella riskindikatorer

Sven-Olof Isacsson

Det finns många faktorer som har samband med risker att insjukna eller att dö i förtid. Sådana, sk riskfaktorer, är exempelvis rökning, hög alkoholkonsumtion och för högt blodtryck. Betydelsen av att uppmärksamma dessa faktorer i primärvårdsklientelet diskuteras i denna artikel.

Sven-Olof Isacsson är professor i socialmedicin vid institutionen för klinisk samhällsmedicin, Lunds universitet och tillika överläkare vid allmänna sjukhuset, Malmö

Under senare år har intresset för förebyggande insatser för att försöka förhindra onödiga sjukdomar och för tidig död ökat. De svenska gossebarnen kan genomsnittligt räkna med att leva cirka 72 år, flickbarnen 78 år. Internationellt ligger detta i topp och frågan är givetvis om det finns anledning att öka insatserna för att förlänga livet ytterligare? Låt oss då först konstatera att kvinnor lever cirka sex år längre än män, att åtminstone en del av denna skillnad beror på förebyggbara orsaker och att i varje fall männens livslängd skulle kunna öka betydligt. Låt oss samtidigt konstatera att med de beteendeförändringar som för närvarande kännetecknar kvinnorna i vårt samhälle finns, i varje fall teoretiskt, en stor risk, att livslängden för kvinnor avtar under de kommande åren. Skillnaderna mellan könen utjämnas allt mera vad beträffar arbete, fritid, alkohol- och rökvanor, bilkörning etc för att nämna några faktorer av intresse då vi diskuterar individuell risk för att bli sjuk eller drabbas av för tidig död. Många sjukdomar förkortar kanske inte livet men minskar livskvalitén. Här kan nämnas rygg- och ledbesvär, flertalet åldersdiabetesfall,

ångest och andra psykiska och psykosomatiska besvär. Här spelar hälso- och sjukvården en viktig roll för att garantera bästa möjliga livskvalité genom adekvata medicinska och även social åtgärder. Primärvården har utomordentliga förutsättningar för att

1. identifiera riskindivider utan sjukdom.
2. identifiera riskindivider med sjukdom och/eller nedsatt livskvalité.

Vad menar vi med riskindikator?

Riskindikator (eller riskfaktor) är egentligen ett statistiskt begrepp och innebär bara att en viss faktor, exempelvis rökning förekommer i högre utsträckning hos individer med en viss sjukdom eller hos dem som ej har sjukdomen ifråga. När man konstaterat sådana samband kvarstår att bevisa om faktorn ifråga verkligen *orsakar* sjukdomen (kausalitetssamband) eller om det bara råkar vara så att sjukdomen och riskindikatorn av någon tillfällighet finns samtidigt. Låt oss ta exemplet hjärtinfarkt. Många faktorer har misstänkts bidra till insjuknandet i hjärtinfarkt. Mest betydelsefullt synes ålder och manligt kön vara. Dessutom har man funnit relativt starka samband mellan rökning, högt blodtryck och högt kolesterol å ena sidan och risk att insjukna i hjärtinfarkt å andra. Fysisk inaktivitet, stress, övervikt och alkohol har visat svagare samband, ibland inget samband alls i vissa studier. Några slutliga bevis för att någon av dessa faktorer orsakar hjärtinfarkt har vi inte. Däremot har vi tillräckligt med stöd för att rekommendera att sluta röka, förhindra debut, behandla för höga blodtryck och ge allmänna kostråd vid för höga blodfettnivåer. Detta är också vad som sker i det dagliga kliniska arbetet. Vi kan tala om allmänna hygienis-

ka åtgärder i syfte att minska risken för att få en infarkt. På sikt kommer förhoppningsvis forskning-
en att förse oss med detaljerade kunskaper om vilka
individer som är de verkliga riskindividerna (gene-
tisk, metabolisk bakgrund hos en individ etc) för att
kunna rikta våra åtgärder bättre än i dag. Av intres-
se är att många riskindikatorer är gemensamma för
flera sjukdomar. Rökning är exempelvis inte bara
en riskindikator för uppkomsten av hjärt-kärlsjuk-
domar utan också för uppkomsten av cancer (bla la-
rynx, lunga och urinvägar). Att inte röka är alltså
lönsamt ur flera synpunkter – den samlade effekten
på morbiditeten i flera sjukdomar är betydande. På
samma sätt är *alkohol* en betydelsefull riskfaktor för
ett flertal sjukdomar och för tidig död. Några exem-
pel på sjukdomar som är minst fyra gånger vanligare
i nykterhetsvårdsmaterial:

- psykiska sjukdomar
- sjukdomar i muskler och leder
- olycksfall
- tuberkulos
- leversjukdomar
- bukspottkörtelinflammation
- hypertoni

Till detta kommer en rad kända komplikationer
till alkoholmissbruk såsom sömnbesvär, magkatarr,
hudskador, epilepsi, skador på foster vid missbruk
hos gravida kvinnor etc.

Alkoholen är oftast här den viktigaste riskindika-
torn och dessutom den direkta orsaken till sjukdo-
men.

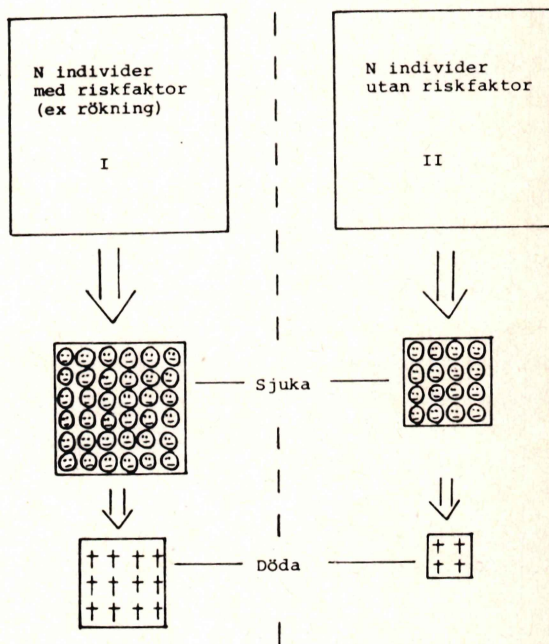
Av betydelse då man diskuterar riskindikatorer är
förståelsen av s.k. *multifaktoriella* orsakssamband.
Med detta begrepp menar man att det inte är endast
en faktor som förknippas med den ökade sjuklighe-
ten utan *flera samverkande*. Inte sällans synes des-
sa faktorer förstärka varandras effekt, s.k. *potentie-
ring*. Exemplet här är vissa cancerformer i munhåla-
svalg där kombinationen rökning-alkohol spelar in.
Ett annat exempel är den kraftigt ökade risken att få
hjärtinfarkt om man både röker, har förhöjt blod-
tryck och höga blodfettvärden jämfört med om man
bara har en av dessa riskindikatorer. Som illustra-
tivt exempel kan nämnas att bland friska 50-åriga
män som följdes i 10 år i Göteborg insjuknade ingen
av de män som ej rökt och som hade lägst blodtryck

och lägst blodfetter. Däremot insjuknade 10 procent
i hjärtinfarkt bland dem som hade normalt koleste-
rolvärde, måttlig blodtrycksförhöjning (160 mm Hg
systoliskt) med som rökte 15–24 cigaretter per
dag. Bland dem som hade allra högst kolesterol
(≥ 9.0 mmol), högst blodtryck (≥ 200 mm Hg) och
som rökte mer än 25 cigaretter per dag insjuknade
50 procent i infarkt (1). Lyckligtvis är denna hög-
riskgrupp extremt liten men redan den tioprocentiga
infarktincidensen vid en relativt vanlig riskfaktor-
kombination bör vara av stort kliniskt intresse, inte
minst i primärvården.

Generellt kan man jämföra mortalitets- och mor-
biditetsutfallet i en riskfaktortyngd respektive icke
riskfaktortyngd befolkning som framgår av *figur 1*.

Som avslutning på riskindikatordiskussionen kan
vi konstatera att individer med riksindikatorer som
rökning, förhöjt blodtryck, höga blodfetter, för stor
alkoholkonsumtion, diabetes, oacceptabel arbets-
och familjesituation är dagliggods inom primärvår-
den. Här behövs ett systematiskt arbete för att dels

*Figur 1. Figuren visar schematiskt sambandet mellan
sjuklighet och förekomsten (I) respektive frånvaron (II) av
en viss riskfaktor i befolkningen samt sambandet mellan
sjuklighet och dödlighet i de två exemplen (2).*



Speciella kunskaper och egenskaper krävs hos vårdgivaren för att en meningsfull diskussion om individuella riskfaktorer skall kunna föras.

utveckla metoder för att upptäcka riskindikatorer hos primärvårdsklientelet, dels kunskaper om hur man handskas med dessa frågor.

Riskindikator – patient – primärvård

Modern primärvård förutsättes vara eller bli offensivt inriktad. Det högaktuella förslaget om ny hälso- och sjukvårdslag innebär betydande förändringar vad beträffar ansvar för hälsotillståndet i befolkningen. Läkare, distriktssköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och även andra personalkategorier förutsättes bli engagerade på ett helt annat sätt än nu för att medverka till att omsätta ökande kunskaper inom det förebyggande området i praktiska åtgärder. Vi behöver därvid ökade kunskaper om sk "social indicator" i befolkningen såsom rökvanor, alkoholvanor men också bättre kunskaper om vårdkvaliteten hos exempelvis blodtryckspatienter, diabetesgruppen, astmagruppen etc. På de olika mottagningarna möter vi patienten eller individen som vill ha ett intyg, primärvården arbetar i skolan, inom åldringsvården, vid MVC och BVC. Kontaktytorna är många. Om god kontinuitet kan garanteras finns alla förutsättningar för förtroende- fulla dialoger mellan vårdgivare och vårdtagare. I ett sådant system kan en kvalitativt bra patientinformation och hälsoupplýsning få stor betydelse såväl för individen/patienten som de sekundära effekterna en målmedveten satsning kan få – "ringar på vattnet"-effekten exempelvis på arbetskamrater och anhöriga. Minimum av vad man borde kunna garantera i primärvården av individinriktade åtgärder är att förbättra metoderna för att diskutera

1. besöksrelaterade riskindikatorer
2. icke besöksrelaterade riskindikatorer

Med *besöksrelaterade* riskindikatorer avses sådana faktorer som har med själva besöksorsaken att göra

exempelvis luftförsbesvär – rökning, sömnbesvär – alkohol. På alla nivåer i vårdsystemet borde det vara naturligt att skapa utrymme för bättre insatser i den fullständigt unika situation man har att utgående från symptom och därmed ofta motivation hos individen korrekt utbilda patienten. Vissa aktiviteter lämpar sig väl för gruppundervisning, exempelvis rökande hypertoner och rökande diabetiker.

Individer och patienter med *icke besöksrelaterade riskindikatorer* utgör ett praktiskt och metodologiskt större problem. Exempel här är misstänkt alkoholproblem hos fränskild man som vid ett par tillfällen sökt för mindre skador på jouren. Ett annat exempel itererade ryggsufficiensbesvär – röker. Här behövs metodutveckling, översyn av hur primärvården skall organiseras för att handskas med dessa frågor, sannolikt hög kontinuitet och högt förtroende för primärvården.

Konklusion

Individuella riskindikatorer och livsstil har diskuterats i denna artikel. Förutsättningen för att primärvården med relativt måttliga resursinsatser skulle kunna spela en mycket viktig hälsofostrande roll bedöms som goda men förutsätter ett ökat intresse för metodutveckling och penetration av nya kunskapsfält inom preventionens område. Primärvårdens olika personalkategorier bör här ses i ett sammanhang och som en av flera samarbetspartners inom ett definierat primärvårdsområde.

REFERENSER

1. Wilhemsen L, Bengtsson, C, Elmfeldt D, Vedin A, Wilhemsson C, Tibblin G, Lindqvist O and Wedel H: Multiple risk prediction of myocardial infarction in women as compared with men. Br Health J 39: 1179–1185, 1977.
2. Isacson S-O: Tobak och hälsa. Ur "Tobak – skador och prevention". Ed: L Tibblin. Svenska läkarsällskaps handlingar, Hygiea. Band 90, häfte 6, 1981.