

# Praktiserende lægers tilgang til kolesterolsænkende behandling hos hjerteriske patienter

En eksplorativ kvalitativ undersøgelse



Ingrid Hell Mott, Jeanette Spencer og Frederik Jakobsen

Vejleder: Annemette Bondo Lind,  
Ass. Professor, PhD Health Science and Psychology

Forskningstræning hold 65  
Maj 2025

# Indholdsfortegnelse:

## Introduktion - Side 2

- DSAM's vejledning i forebyggelse iskæmisk hjerte-kar-sygdom (2)
- Begrænsninger i SCORE2
- Bivirkninger ved behandling med statiner

## Problemformulering - Side 4

## Forskningsspørgsmål - Side 4

## Metode - Side 5

- Baggrundslitteratur
- Dataindsamling under vores kvalitative studium

## Resultater - Side 6

- Lægerne lægger generelt stor vægt på risikofaktorer
- Fælles vægtning af tilgang til forskellige risikofaktorer
- Variationer blandt lægerne i brugen af SCORE2
- Lægernes holdning til at udfordre patienternes skepsis over for behandling varierer
- Forskellige metoder til motivering af patienterne for forebyggende behandling
- Forskellige holdninger til kontrolforløb
- Forskelle i behandling af ung patient med lav risikoprofil

## Diskussion - Side 14

- Personlige greb og variation i behandling
- Lægens subjektive holdning influerer på om lægen agerer passivt eller offensivt
- Beslutningsstøtteværktøj, SCORE2 har svagheder, der hæmmer systematikken
- Identifikationsfaktor spiller ind
- Undersøgelsens begrænsninger
- Faktorer med betydning for lægens beslutning ved hyperkolesterolemie. Ny model?
  - o Figur 1: De 6 faktorer som spiller ind i forhold til det fælles beslutningsgrundlag

## Konklusion - Side 18

## Referencer - Side 19

## Bilag 1: Interviewguide - 20

## Introduktion

Hjertekarsygdom er den næst-hyppigste dødsårsag i Danmark. Siden 1995 er dette tal halveret, noget som i stor grad skyldes den forebyggende indsats, herunder at sænke patientens kolesterol gennem livsstilsændringer og medicinsk behandling.

Kolesterolsænkende medicin, især statiner, er en hjørnesten i forebyggelsen og behandlingen af iskæmisk hjertesygdom (IHS), som fortsat er en af de mest udbredte årsager til morbiditet og mortalitet globalt.

Praktiserende læger spiller en afgørende rolle i at identificere patienter med forhøjet risiko for hjerte-kar-sygdomme og iværksætte passende behandlinger. Deres tilgang til kolesterolsænkende behandling er i høj grad styret af nationale og internationale retningslinjer, blandt andre fra Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) og European Society of Cardiology (ESC) (1,2).

Vi oplever, at behandlingen af forhøjet kolesterol hos hjerteriske patienter er et område, hvor fortolkningen af retningslinjerne ikke tydeligt forklarer, hvornår behandling bør opstartes, hvilket kan føre til variation i den kliniske praksis.

Vi har valgt dette område, da vi i vores daglige arbejde oplever, at tilgangen til disse patienter kan variere fra gang til gang, da flere faktorer – herunder patientens samlede risikoprofil, livsstil og præferencer – spiller ind i beslutningen om behandling. Derudover har vi en formodning om, at også lægens egen holdning, forforståelse og personlige holdning kan have betydning for, hvorledes denne patientgruppe behandles, hvilket alt sammen kan påvirke ensartetheden i behandlingen.

**DSAM's vejledning i forebyggelse iskæmisk hjerte-kar-sygdom (2)**, som bl.a. bygger på cardio.dk's nationale behandlingsvejledning, fremhæver vigtigheden af en systematisk risikovurdering hos patienter uden kendt hjerte-kar-sygdom. Dette indebærer bl.a. en vurdering af faktorer som alder, køn, blodtryk og rygning. For patienter med en høj risiko anbefales det at måle lipidniveauer, og ved påvisning af forhøjede værdier bør livsstilsændringer initieres. Hvis disse ikke er tilstrækkelige til at nå de ønskede lipidmål, overvejes medicinsk behandling med statiner som førstevalg. DSAM understreger en individualiseret tilgang, hvor patientens præferencer og samlede risikoprofil inddrages i beslutningsprocessen.

I DSAM's vejledning indgår en total risikovurdering (SCORE2), som kan udføres i en konsultation i følgende tilfælde:

- Patienten har en eller flere risikofaktorer (f.eks. rygning, overvægt, hyperlipidæmi eller hypertension)
- Patienten har disposition for tidlig CVD (hvis 1. gradsslægtning < 55 år for mænd og < 65 år for kvinder er ramt af CVD)
- Patienten har symptomer, der tyder på CVD
- Patienten ønsker en vurdering af sin risiko for CVD, og lægen finder det indiceret.

## **Begrænsninger i SCORE2:**

SCORE2 har en del begrænsninger. Værktøjet er ikke udviklet til at kunne anvendes ved ældre patienter over 75 år, ved familiær hyperkolesterolæmi, ved meget høje lipider (total kolesterol over 8 mmol/l og/eller LDL over 5 mmol/l), ved allerede iværksat medicinsk forebyggende behandling, eller kendt hjertekarsygdom og/eller type 2 diabetes.

Desuden anbefales en yderligere udefineret øgning af risikoen ved familiær disposition til CVD, autoimmune inflammatoriske sygdomme (psoriasis, reumatoid artrit), nyresygdomme, abdominal fedme, fysisk inaktivitet, psykiske lidelser (såsom depression, angst og stress), etniske minoriteter og lave socialgrupper.

På europæisk plan har ESC i samarbejde med European Atherosclerosis Society (EAS) udarbejdet retningslinjer for håndtering af dyslipidæmi (1). Disse retningslinjer anbefaler en trinvis tilgang til behandling, der starter med livsstilsinterventioner, såsom kostomlægning og øget fysisk aktivitet. Hvis disse tiltag ikke er tilstrækkelige til at opnå de fastsatte LDL-kolesterol mål, anbefales farmakologisk intervention, primært med statiner. Retningslinjerne specificerer forskellige behandlingsmål baseret på patientens individuelle risikoprofil, hvor højrisikopatienter tilstræbes lavere LDL-kolesterol niveauer end lavrisikopatienter.

## **Bivirkninger ved behandling med statiner**

Selvom statiner udgør en vigtig del af forebyggelsen af kardiovaskulær sygdom, er behandlingen forbundet med potentielle bivirkninger. Dette er et centralt tema i den kliniske hverdag og i dialogen med patienten. Muskelrelaterede symptomer (Statin-associated Muscle Symptoms), herunder myalgier, er den hyppigste rapporterede gene, selvom metaanalyser viser, at forekomsten af myalgier, som kan tilskrives statinbehandling, er lavere end ofte antaget (3). Alvorlige muskelbivirkninger, herunder rhabdomyolyse, er sjældne (1). En let øget risiko for nyudviklet type 2-diabetes og forhøjede leverenzymmer er også dokumenteret, men vurderes typisk at blive opvejet af den kardiovaskulære gevinst hos patienter i relevant risiko (1). Hyppig medieomtale og debat har bidraget til patientbekymring og et betydeligt "nocebo"-fænomen, hvor forventningen om bivirkninger kan udløse symptomer (4).

I lyset af den stigende prævalens af hjerte-kar-sygdomme (5) er det afgørende at forstå, hvordan praktiserende læger navigerer i disse retningslinjer og integrerer dem i deres kliniske praksis. Dette vil ikke kun forbedre patienternes sundhed, men også bidrage til en mere effektiv og evidensbaseret tilgang til forebyggelse og behandling af dyslipidæmi i almen praksis.

Med baggrund i ovenstående, herunder de begrænsninger der ligger i brug af SCORE2, har denne arbejdsgruppe en formodning om, at der er flere forskellige forhold, der kan påvirke lægens bevæggrunde for at anbefale patienten opfølgende kontroller og evt. opstart i medicinsk behandling for forhøjet kolesterol. Vi har yderligere en formodning om, at der er forskel på, hvordan den enkelte læge håndterer behandling af forhøjet kolesterol.

## **Problemformulering**

Vi ønsker vha. en kvalitativ undersøgelse, at afdække bl.a. om lægernes subjektive holdning til kolesterolsænkende medicin afspejler deres tendens til at opstarte hjerteriske patienter med hyperkolesterolemie (målt ved forhøjet LDL) i kolesterolsænkende behandling. Vi vil undersøge dette i tre forskellige praksisser i Region Midtjylland.

Det ønskes i vores undersøgelse forsøgt afdækket, i hvilken grad der er forskel på de forskellige lægers håndtering og behandling af forhøjet kolesterol, og hvilke faktorer der kunne synes at have betydning for lægernes rådgivning af patienten.

## **Forskningsspørgsmål**

Derfor lyder vores forskningsspørgsmål:

Hvilke overvejelser gør den praktiserende læge i relation til rådgivning og behandling af patienter med hyperkolesterolemie?

Og kan man se lægens subjektive holdning til kolesterolsænkende medicin afspejlet i lægens behandlingsstrategi?

# Metode

## Baggrundslitteratur

I dette kvalitative studie er der søgt baggrundslitteratur ved de relevante faglige selskaber herunder DSAMs kliniske vejledning for *Iskæmisk hjerte-kar-sygdom* og Dansk Cardiologisk selskabs nationale behandlingsvejledninger om *Forebyggelse af Hjertesygdom* og *Dyslipidæmi*, som begge er udfærdiget med baggrund i retningslinjer udfærdiget af European Society of Cardiology.

Vi har derudover søgt yderligere information på online opslagsværker herunder Lægehåndbogen, Pro Medicin samt Medibox.

## Dataindsamling under vores kvalitative studium

I vores studie har vi forsøgt at afdække holdningen til behandling af forhøjet kolesterol ved hjerteriske patienter hos i alt 6 praktiserende læger i 3 forskellige praksis gennem semistruktureret interview og gennemgang af patientcases.

Forud for interview udfærdigede vi en fælles interviewguide. Her præsenterede vi lægen for i alt 5 patientcases (se bilag 1). Desuden blev lægen introduceret til et skema, hvor den enkelte læge skulle rate, i hvor høj grad de ville indlede medicinsk kolesterolsænkende behandling på en skala fra 0 til 10. Efter gennemgang af patientcases udførte vi et semistruktureret interview om lægens overvejelser i relation til rådgivning og behandling af hyperkolesterolemie, holdning til kolesterolsænkende medicin, oplevelse af bivirkninger mm.

Lægerne blev interviewet mundtligt af uddannelseslægen i deres respektive praksis og interviewet blev efterfølgende transskriberet ordret for at sikre en præcis gengivelse af informanternes udsagn.

De transskriberede interview data blev efterfølgende kodet og analyseret ved hjælp af en tematisk analyse (6). Her udførte vi en identifikation af mønstre i vores datamateriale. Under analysen blev der således identificeret relevante tematikker til en uddybende besvarelse af vores forskningsspørgsmål.

Alle informanter var speciallæger i almen medicin og praksis ejere i 3 forskellige kompagniskabspraksis i Midtjylland herunder blandet land- og bypraksis. Begge køn var repræsenteret dog med en overvægt af kvinder. De var i alderen fra 43 til 50 år gamle.

Informanterne er blevet anonymiseret med anvendelse af pseudonom.

## Resultater

Gennem vores interviews kan vi se, at der for lægerne er en lang række fællespunkter i deres tilgang til patienterne, herunder vurdering og rangering af risikofaktorer, og at de både i forhold til risikovurdering, såvel som behandling og kontrol benytter sig af en individuel patientcentreret tilgang. Det fremkommer, at der lægerne imellem er forskelle fx. ift. deres brug af SCORE2, deres oplevelse af bivirkningers betydning og deres tilskyndelse til at starte medicinsk behandling.

Under analysen af vores interviewdata identificerede vi følgende syv tematikker:

1. Lægerne lægger generelt stor vægt på risikofaktorer
2. Fælles vægtning af tilgang til forskellige risikofaktorer
3. Variationer blandt lægerne i brugen af SCORE2
4. Lægernes holdning til at udfordre patienternes skepsis over for behandling varierer
5. Forskellige metoder til motivering af patienterne for forebyggende behandling
6. Forskellige holdninger til kontrolforløb
7. Forskelle i behandling af ung patient med lav risikoprofil

De identificerede tematikker er fremstillet mere detaljeret med uddrag af interviewcitater til at underbygge de identificerede temaer nedenfor.

### 1. Lægerne lægger generelt stor vægt på risikofaktorer

Fælles for alle lægerne er, at de ved gennemgang af cases forholder sig til og lægger vægt på patientens individuelle risikoprofil på baggrund af den enkeltes kolesterolværdier, blodtryk, rygestatus, evt. overvægt og livsstil.

Af de ikke-påvirkelige risikofaktorer er det også fælles for alle lægerne, at de i deres samlede vurdering lægger stor vægt på familiær disposition for hjertekarsygdom og vægter det i lige så høj grad som de ovenstående påvirkelige risikofaktorer

*"Havde hun ikke den familiære disposition, så ville jeg igen ikke have tænkt, at hun skulle i behandling. Nej. Så det er den familiære disposition, der tæller, der vejer tungest i min optik, og den har vi ikke rigtig noget mål for."* (Alice)

Det, at lægerne tillægger arvelighed stor vigtighed, bliver også tydeligt, da flere faktisk sætter ord på, at de bevidst fravælger at bruge SCORE2, som er det anbefalede risikostratificeringsværktøj, netop da arv ikke medtages i denne.

Derudover fremhæver nogle af lægerne at have ekstra opmærksom på patienter af mandligt køn

*"Mænd får det lidt hurtigere"* (Michel)

*"Ja, jeg synes, at jeg har haft nogle yngre mænd i 50'erne, som alligevel også er ret unge, som har fået blodpropper ud af det blå. Jeg er ret opmærksom på de der mænd, der aldrig"*

*går til lægen, men som i virkeligheden render rundt med nogle rimelig heftige risikofaktorer” (Alice).*

## **2. Fælles tilgang til vægtning af risikofaktorer**

I behandlingen af patientcases tegner der sig et billede af, at lægerne er ensrettede i deres vægtning af de enkelte påvirkelige risikofaktorer således, at tobaksrygning vægtes højere som risikofaktor end forhøjet blodtryk, som så igen vægtes højere end forhøjet kolesterol.

*“Men her er det cigaretten, der er mit hovedproblem. Ja, helt sikkert selvfølgelig, at hun har det der blodtryk, men blodtrykket skal vi nok behandle. Men... jeg syntes, også hun skal kolesterol behandles.” (Signe)*

*“...at det vigtigste for hende, det er at stoppe med at ryge. Men hvis det ikke lige kan ske i morgen, så vil jeg synes, man skulle gøre, hvad man kunne, også med den historie i forhold til blodpropper, med at prøve at reducere risikoen lidt ved at sænke hendes kolesteroltal. Og hendes blodtryk skal vi også have styr på, ikke? Det er egentlig nok vigtigere end det med kolesterol, ikke?” (Michel)*

I tråd med dette angiver flere af lægerne også at være mere tilbøjelige til at tilbyde antihypertensiv behandling end kolesterolsænkende, og lægerne beskriver at opleve mindre modstand hos patienterne til blodtryks-sænkende behandling.

*“Der er mange, der ikke vil have kolesterolmedicin. Det er nemmere at give dem blodtryksmedicin end kolesterolmedicin” (Signe)*

Flere af lægerne beskriver dog, at de over de sidste år er begyndt at gå mere aktivt til værks for at sænke kolesterol også ved deres patienter uden kendt hjertesygdom eller diabetes. De angiver bl.a. de skærpede behandlingsmål for kolesterol hos patienter med høj risiko for hjertekarsygdom og påvirkning af fx kardiologiske lægekollegaer i deres netværk.

*“...Når man har været sådan gennem nogle år inden for branchen, så ser man jo, at det er blevet mere og mere stringent med, hvornår vi skal begynde at give dem kolesterolsænkende. Så på den måde, så begynder man måske lidt tidligere, end man ville gøre for nogle år siden” (Kim)*

*“... jeg tror, jeg er blevet bedre til at være lidt mere kritisk over for lipiderne, hvis patienten er åben for medicinen. Taget i betragtning af, at arteriosklerosen udvikler sig over år.” (Sarah)*

## **3. Variationer blandt lægerne i brugen af SCORE2**

Både europæiske og danske retningslinjer (herunder Dansk Cardiologisk Selskab og DSAM) anbefaler som tidligere nævnt, at man i forbindelse med forebyggelse af kardiovaskulær sygdom anvender SCORE2 til at estimere en persons 10 års risiko for at udvikle fatal eller ikke-fatal kardiovaskulær sygdom.

Flere af lægerne nævner i forbindelse med patientcases, at de bruger SCORE2 som anbefalet i denne gruppe til at estimere risikoen for den enkelte patient, men også til at motivere til fx. rygestop eller som begrundelse for at tilbyde eller ikke tilbyde behandling.

*“Jeg viser nogle gange patienten, at du kan reducere risikoen fra 2 til 2 eller et eller andet. Også for at illustrere, at der ikke er statistisk nogen tung grund til, at du skal det her... Det bruger jeg også til at gå den anden vej og sige, hvorfor de skal.” (Michel)*

*“Det her kunne man også gøre til de andre, altså sætte det ind i de der risiko scoreskemaer. Og på den måde også vise dem, at hvis du stopper med at ryge, så kunne du faktisk ændre så meget her på din risiko” (Doris)*

Enkelte af lægerne nævner slet ikke SCORE2 eller, at de bruger den i deres daglige arbejde. Flere af lægerne udtrykker klart, at de ikke bruger eller synes SCORE2 er svær at bruge, særligt da der i denne slet ikke tages højde for arvelig disposition.

*“Jeg har faktisk prøvet at kigge lidt på det med de der risikoscore skemaer, men igen så synes jeg bare, at jeg i de der skemaer savner noget mere arv i det. For hvis alt er fint, bortset fra at et forhøjet kolesteroltal, så er der ikke nogen grund til at gøre noget. Problemet er bare, at hvis man skal gøre noget, så skal du gøre det inden.” (Doris)*

*“..Altså, i begge cases kan man jo anvende SCORE2. Jeg synes ikke, at den er super brugbar. Nej. Fordi at... Altså, jeg synes, for eksempel den familiære disposition, er jo slet ikke inddraget i SCORE2. Så tror jeg, at det er det, jeg har at sige til det.” (Sarah)*

#### **4. Lægernes holdning til at udfordre patienternes skepsis over for behandling varierer**

Vi fandt, at der var forskel på, i hvor høj grad lægerne opfatter bekymringen for at få bivirkninger til den kolesterolsænkende medicin som et problem. Det er ca. halvdelen af lægerne, der oplever, at der er stor modstand mod medicinen, og den anden halvdel synes ikke, det fylder så meget.

*“patienterne brokker sig... Altså, de er jo så skeptiske over for det, at de brokker sig over bivirkninger. Og de kender altid nogen, der er nærmest døden nær, når de har fået statiner.” (Alice)*

*“Ja, så for patienterne især, fylder det meget.”... “udgangspunktet er jo, at de tænker, de får bivirkninger af det her” (Doris)*

*“Altså, det er svært at overbevise folk om, at de skal have statiner.” (Alice)*

*“...tænker ikke, der er mange, som er bange for bivirkninger og sådan noget, det tror jeg ikke påvirker min holdning så meget” (Michel)*

*“...det er mindre presserende, at de ikke kan tåle statiner, end det har været” (Kim)*

*"...synes ikke det fylder så meget. Jeg tror, de har meget mere fordomme, end hvad det rent faktisk giver af problemer." (Signe)*

Generelt så vi en tendens til, at lægen respekterede patientens autonomi og holdning til medicinsk behandling. Så i de tilfælde, hvor patienten mødte et forslag om fx kolesterolsænkende behandling med skepsis, blev dette generelt accepteret af lægerne. Dog fandt vi, at tre læger, på baggrund af personlige erfaringer fra deres netværk, var mere åbne over for en diskussion med patienten for at udfordre en evt. skepsis mod behandling. To af lægerne er selv startet op i statinbehandling for ganske nylig.

*"Jeg vil aldrig tvinge nogen til noget." (Alice)*

*"Altså, jeg bliver altid påvirket af patienternes holdning, forstået på den måde, at det betyder noget i det samlede billede for mig. Og der kan også være forskel på, hvordan jeg tilgår patienterne i kommunikationen om, at de skal have behandling eller ej" (Alice)*

*"den der balance med, at man også skal lade folk føle, at de selv kan gøre noget. Altså, at man ikke bare dører dem ind i medicin og siger, okay, løbet er ligesom kørt. Så det er det der med at finde ud af, kan man motivere dem til selv at gøre noget" (Alice)*

*"... så vi passer på, at du ikke følger med din mor." (Alice)*

*"Så det har faktisk farvet min holdning også over for patienter" (er selv startet i statinbehandling) (Doris)*

To af lægerne har bekendte, som er speciallæger indenfor kardiologi og er derfor vant til at drøfte nyere viden inden for den medicinske behandling af hyperkolesterolemie. Dette påvirker også deres tilgang til at opstarte patienterne i kolesterolsænkende behandling

*"[min bekendte] som er kardiolog, en af hans gode venner, som jo også er min gode ven, hans far døde af et stroke. Og personen selv som er 42 år nu, og har et LDL på 3,2, er jo gået i gang med statinbehandling." ... "jeg bliver bedre til at være lidt mere kritisk over for lipiderne, hvis patienten er åben for medicinen. Taget i betragtning af, at arteriosklerosen udvikler sig over år" (Sarah)*

*... "Jeg behandler gerne med statin." (Sarah)*

*"jeg kender en hjertelæge i byen, som lige har diskuteret, at de sidste NBA-møde oppe i USA, at de faktisk begynder at snakke noget mere kolesterol end før. Fordi ellers så har jeg måske været lidt mere gavmild i forhold til, at de nu begynder at diskutere, at det faktisk har lige så stor virkning, hvis ikke større end trykket i sig selv. Så derfor bliver jeg jo nok mere tilbøjelig til at behandle, hvad jeg har været før." (Signe)*

*... "Jeg vil måske være lidt mere... Emsig nu her, end jeg var dengang, men anbefalingen vil nok være den samme. Jeg presser måske lidt mere på." (Signe)*

Flere af lægerne mener, at hvis patienterne ikke er interesserede i medicinsk behandling, så giver det ikke mening at gå og kontrollere patienternes kolesteroltal.

*"hvis folk ikke vil, så vil de ikke, og så er det så sådan, det er. Men så gider jeg heller ikke at gå og kontrollere dem" (Alice)*

*"gider ikke at gå og lave årskontroller på folk, der alligevel ikke vil have behandling med." (Alice)*

*"Jeg vil ikke gå og måle det årligt, hvis hun alligevel ikke vil gøre noget ved det." (Sarah)*

Generelt, er der lægerne imellem en opfattelse af, at der er forskel på, hvornår den enkelte læge vælger at starte op i kolesterolsænkende behandling.

*"Den er lidt individuelt farvet hele tiden, det tror jeg. Jeg synes også, at det er lidt komplekst, når det ikke er så, du ved... hvis det er en diabetespatient, så er der jo en helt klar fælles holdning til, hvad der skal ske der." (Michel)*

*"vi har lidt forskellig holdning her i klinikken, og hvad er det, det hedder. Og vi er nogle, der udskriver det mere end andre. Og så tror jeg sådan lidt, det har vi fået lov til ligesom individuelt" (Kim)*

*"Vi følger selvfølgelig guidelines, men fortolkning af guidelines kan vi godt se stadigvæk, at der er noget diskrepans imellem os." (Signe)*

## **5. Forskellige metoder til motivering af patienten for forebyggende behandling**

De praktiserende læger anvender forskellige greb til at øge patientalliancen og øge motivationen for behandling.

### **Patienten har selv ansvaret, men det er lægens ansvar at oplyse om risikofaktorer**

Flere af lægerne fremhæver, at de inkluderer patientens egen motivation og præferencer i overvejselsen i forhold til at opstarte behandlingen eller ej.

*"Altså det er også den der balance med, at man også skal lade folk føle, at de selv kan gøre noget. Altså at man ikke bare dører dem ind i medicin og siger, okay, løbet er ligesom kørt. Så det er det der med at finde ud af, kan man motivere dem til selv at gøre noget, ved måske også at sige, "nu gør vi det her, nu behandler vi blodtryk, men din kolesterol, det ligger sådan lige på vippen, det er acceptabelt, men nu skal du ligesom også selv gøre noget, for det bliver ved med at være acceptabelt, og det kunne være gavnligt, at du tabte lidt og sådan noget, så vi passer på, at du ikke følger med din mor." (Alice)*

Flere læger fortæller, at de ikke ønsker at "tvinge" en behandling igennem, men i stedet lader patienten få medbestemmelse og tage ansvar for egen behandling, dog med vejledning.

*"Men altså, det er jo decideret dumt af hende at fortsætte ubehandlet, hvis hun også fortsætter at være ryger. Så hende vil jeg anbefale at prøve at få behandling. Selvom hun jo ikke har et tårnhøjt LDL, men det er summen af risikofaktorer..." (Alice)*

### **Lægen og patienten har et fælles ansvar for at sikre, at relevant behandling iværksættes rettidigt**

*"Så hende ville jeg følge lidt tættere, tænker jeg i hvert fald. Hun skal som minimum en gang om året op til... eller ikke som minimum... Hun skal en gang om året op til mig at få kontrolleret, om det begynder at stige yderligere" (Kim)*

### **Ultralydsscanning som støtte for patientens accept af forebyggende behandling**

En læge beskriver at anvende konkret visualisering af risikoen for sygdom ved en scanning

*"Så kunne jeg faktisk godt finde på med sådan en som hende og sige, at din far fik en blodprop som 70-årig, og nu er du 60. Hvis vi skal undgå det, så skulle vi lige prøve at se, om vi kan motivere dig yderligere. Så kunne jeg godt finde på at sende hende til en kardiolog og få ultralydsscannet hendes carotider for at se, om hun har noget åreforkalkning. For det kunne bruges som en motivationsfaktor, hvis hun selv kunne se, at der faktisk er noget her, vi skal ind og behandle, så det fremtidigt ikke udvikler sig yderligere." (Doris)*

## **6. Forskellige holdninger til kontrolforløb**

Der er lidt modsatrettede tilgange blandt de 6 informanter i forhold til, hvordan man skal kontrollere patienter, som ikke ønsker behandling.

### **Først og fremmest patientens eget ansvar**

En læge siger:

*... Men så gider jeg heller ikke at gå og kontrollere dem. Altså, hvis jeg kan sige, at der er en klar indikation for behandling her, og de siger, at "jeg vil ikke have behandling", så gider jeg ikke at gå og... så skal vi ikke gå og tjekke dem. Så må de selv leve med risikoen." (Alice)*

### **Lægens ansvar at følge patientens risikostatus og motivere for holdningsændring**

Mens en anden læge anvender årlige kontroller som motivation og mulighed for at patienten kan skifte holdning.

*"... Og så gentager vi jo tallene, og det er så hvert år eller hvert halve år, man bliver konfronteret med det." (Michel)*

*Jeg vil se jo selvfølgelig, hvor meget kan hun komme kostmæssigt? Jeg er ikke sikker på, at jeg ville starte hende behandling. Hvis hun kommer ned omkring de 3,5-3, så vil jeg nok følge hende løbende, og så ville jeg sige måske hvert tredje år, hun skal lave en kontroller for at se hvor hun er; hvert andet/hvert tredje år. (Signe)*

## **7. Forskelle i behandling af ung patient med lav risikoprofil**

Flere af lægerne udtrykker tilbageholdenhed med at behandle den unge patient med forhøjet kolesterol og begrænsede risikofaktorer.

*"Jamen jeg tænker jo på, at hun har flot blodtryk, og hun er ung, og hun er kvinde, og jeg kigger på hendes LDL-kolesterol, som er en lille smule for høj, og så har hun et flot HDL-kolesterol. Så hende er jeg ikke særlig bekymret for." (Michel)*

*"Jeg synes med en LDL på 3,7 og i øvrigt sund og rask og normalvægtig og ingen hypertension, og den eneste risikofaktor udover en LDL på 3,7 er familiær disposition. Så jeg tror ikke, jeg vil smide statiner efter hende i første omgang." (Alice)*

*"Jeg vil ikke finde noget behandling på det der. Man kan tænke familiær hyperkolesterolæmi med den familiehistorie, men det synes jeg ikke, det ligner med det tal, hun har der." (Michel)*

Lægerne har generelt fokus på at behandle livsstilsfaktorer først, men dette kommer endnu mere til udtryk i forbindelse med behandlingen af den unge patient med hyperkolesterolæmi.

Flere af lægerne vurderer, at den genetiske disposition har meget at sige, men at denne ikke er nok i sig selv til at starte behandling ved isoleret hyperkolesterolæmi.

*"Hendes far fik en blodprop. Det er selvfølgelig noget, der gør, at vi er lidt mere opmærksomme på det. Så det vil gøre, at man måske i hvert fald lige skal teste det igen inden for 3-5 år eller sådan noget der." (Michel)*

*"Man kan jo aldrig behandle en LDL på 3,7, som står alene med en 28-årig kvinde. Det er jo udelukkende det, at hendes far har haft en blodprop i hjertet, som gør, at man kan overveje det." (Alice)*

*"Hvis man ser på risikoscores, så er disposition jo ikke med. Så jeg savner nogle gange, at det vægtes mere, men jeg tror ikke, jeg ville sætte hende i behandling kun baseret på familiehistorik." (Doris)*

Dog siger samme læge også, at hun kunne finde på at vælge en mere aktiv tilgang:

*"Hvis det ligger uændret, og hun synes, at hun har gjort alt, hvad hun kunne. Så tror jeg faktisk godt, at jeg kunne finde på at snakke med hende om, vil der ske så meget ved at prøve at tage noget af statin? Fordi der er jo faktisk ikke så mange bivirkninger ved det." (Doris)*

I tråd med dette udtaler en anden læge:

*"Og så vil jeg tage en ny lipidstatus efter 3-6 måneder. Og jeg vil da så mene, hvis den stadig ligger med et LDL på 3,7, så vil jeg da tage en dialog med hende på ny, i forhold til tidlig forebyggelse af forhøjet kolesteroltal, på baggrund af hendes risikoprofil i form af arvelig disposition" (Sarah)*

Alle lægerne giver igen udtryk for en patientcentreret tilgang til behandlingen af den unge patient, hvor patientens holdning kommer til at have en afgørende effekt på valget i forhold til at opstarte behandling. Lægerne vil ikke presse på for behandling, men lægerne udtrykker åbenhed for at opstarte behandling, hvis patienten ønsker dette.

*"Hvis hun kommer og siger, at det fylder meget for mig, og jeg vil egentlig gerne have behandling, hvis du tænker, at det kunne give mening. Jamen, så vil jeg stadigvæk snakke med hende om, og gerne vide, om der var noget, man kunne bruge på livsstil eller noget andet, som ikke var medicinsk behandling, men jeg vil ikke være afvisende, hvis det var vigtigt for hende.." (Alice)*

# Diskussion

## Personlige greb og variation i behandling

Vores resultater tyder på, at de praktiserende læger udvikler personlige og dermed individuelt varierende fremgangsmåder i rådgivning og behandling af patienter med forhøjet kolesterol. Dette medfører en vis variation i praksis, og kan medføre at patienterne får en forskellig behandling afhængigt af, hvilken læge de møder. Der bliver anvendt forskellige personlige strategier, for at motivere patienten, men alle de praktiserende læger kan siges at have en holistisk tilgang, hvor patientens autonomi er i centrum og dermed en patientcentreret tilgang. Dette flugter med retningslinjerne fra DSAM, der anbefaler en individualiseret tilgang, hvor patientens præferencer og samlede risikoprofil inddrages i beslutningsprocessen.

Dette ses også ved, at flere af lægerne anvender metoder, som ikke er hyppigt brugt, men dog beskrevet i retningslinjerne, f.eks. at henvise til ultralyd af carotider. Dette kan muligvis skyldes, at retningslinjerne ikke tilstrækkeligt informerer og vejleder om, hvem der skal opstartes i behandling, samt hvilket behandlingsmål der ønskes opnået. Lægens strategi og i sidste ende patientens valg af behandling og vilje til for eksempel livsstilintervention, vil derfor ofte i høj grad bero på lægens skøn af patientens risikoprofil og kommunikation af risiko. Og dermed påvirkes den viden, som danner udgangspunkt for dialogen mellem læge og patient, af lægens viden om patienten, skøn og personlig holdning til fx bivirkninger og kontrol.

## Lægens subjektive holdning influerer på om lægen agerer passivt eller offensivt

Den manglende specificitet i retningslinjerne medfører dermed en muligvis uønsket variation, hvor nogle læger fx accepterer patientens umiddelbare afvisning af medicinsk behandling og herefter undlader yderligere kontrol, mens andre læger lægger op til at følge op på patientens risikoprofil i fremtiden og forsøge at motivere for behandling senere - ved fortsat behandlingsindikation.

Læger med en mere offensiv strategi havde generelt en mere positiv holdning til medicinsk behandling af hyperkolesterolæmi. DSAM's vejledning anbefaler en systematisk tilgang til vurdering af risiko, men giver samtidig plads til, at lægerne kan vælge en patientcentreret tilgang. Vores resultater viser, at alle lægerne vægter patientens holdning samt ønsker i forhold til at opstarte behandling højt. Men lægerne har forskellige tilgange til om de ønsker fuldt ud at acceptere patientens første afvisning af fx medicinsk behandling trods behandlingsindikation eller de vil forfølge en mere offensiv behandlingsstrategi, hvor der følges op på patientens risikoprofil og patientens initiale holdning dermed udfordres.

## Beslutningsstøtteværktøj, SCORE2 har svagheder, der hæmmer systematikken

Selvom SCORE2 er anbefalet til risikovurdering af hjerteriske patienter, ser vi i vores undersøgelse at flere læger ikke bruger den konsekvent og nogle bevidst fravælger den, da de er skeptiske over for, hvor godt modellen afspejler den enkelte patients reelle risiko.

Det væsentligste kritikpunkt, som flere læger nævner, er, at SCORE2 ikke tager højde for familiær disposition til hjerte-kar-sygdom, da patienter med en stærk arvelig belastning kan have en væsentligt højere risiko, end hvad SCORE2 angiver.

Dette er en udfordring, da et risikovurderingsværktøj der ikke opfattes som dækkende for centrale kliniske faktorer, risikerer at blive fravalgt, hvilket vi ser en tendens til ved denne opgaves informanter, hvorved der kan stilles spørgsmålstegn ved dets anvendelighed.

En potentiel udfordring ved at fravælge SCORE2 er, at systematikken i risikovurderingen kan gå tabt. Ved at benytte et fælles værktøj sikres en ensartet tilgang, hvorimod en mere individuel og subjektiv vurdering kan føre til variation i behandlingsstrategierne fra læge til læge. Dette kan i sidste ende påvirke beslutningsgrundlaget og risikere, at patienter med behov for forebyggende behandling enten over- eller underbehandles.

Dette peger på en vigtig diskussion om, hvorvidt SCORE2 bør justeres for bedre at inkludere andre faktorer, herunder især arvelighed, eller om der er behov for supplerende værktøjer, der bedre kan guide behandlingsvalg.

Der findes allerede flere online risikostratificeringsværktøjer, som inddrager flere faktorer end SCORE2, omvendt kan deres øgede kompleksitet gøre, at de bliver fravalgt i en travl hverdag.

### **Identifikationsfaktor spiller ind**

Der tegner sig et billede af, at lægernes tilgang til behandlingen af patienter med forhøjet LDL afspejler i hvor høj grad, de kan identificere sig med og genkende sig selv i patienten. Så jo mere patienten minder om lægen selv, jo større tilbøjelighed har lægen til fx at anbefale kolesterolsænkende medicin, hvis lægen også selv er opstartet i statinbehandling.

Samtidig var der også noget der tydede på, at hvis lægen kunne identificere sig selv med patienten og ikke selv var startet i behandling, at lægen også i mindre grad ville anbefale patienten at starte på medicin.

Blandt vores informanter, var der ingen, der udtrykte, at personlige oplevelser, fx alvorlige patientforløb eller sygdom i nærmeste familie, havde helt så stor indflydelse på deres tilgang til behandling. Dette i modsætning til, hvad vi egentlig havde forventet.

Lægen accepterede forskellige værdier af LDL ved patienterne, men når det kom til lægens egen risiko, tegnede der sig et billede af, at lægerne generelt accepterede en højere risiko for sygdom hos deres patienter end for dem selv, idet alle lægerne udtrykker at ville opstarte medicinsk behandling ved lav risiko.

En årsag til dette kunne være lægens forventning til modstand fra patientens side i forhold til bekymring for bivirkninger til medicinen.

## Undersøgelsens begrænsninger

Vi har i vores undersøgelse forsøgt at afdække praktiserende lægers holdning til kolesterolsænkende behandling, men da der kun er tale om et relativt lavt antal informanter og vores informantgruppe primært består af kvindelige praktiserende læger i alderen 43 til 50 år i samme geografiske område er vores undersøgte gruppe ikke fuldt ud repræsentativt for den brede gruppe af speciallæger. Man kan forestille sig at holdningen hos f.eks. ældre praktiserende læger kan være anderledes, end det vi ser i vores gruppe. Dette giver en begrænset generaliserbarhed af vores resultater.

Inklusion af flere informanter fra en bredere og anderledes udsnit af læger kunne have afdækket yderligere nuancer eller divergerende perspektiver på emnet, hvorved man kunne have talt om højere grad af datamætning og højere grad af generaliserbarhed.

Derudover skal det tages i betragtning, at der i interviewundersøgelser ofte kan være en diskrepans mellem, hvad lægerne udtaler sig om, og hvad de rent faktisk gør i den kliniske hverdag. Informanterne kan, bevidst eller ubevidst, have haft en tilbøjelighed til at præsentere deres holdninger og kliniske praksis på en måde, der stemmer overens med professionelle normer, gældende retningslinjer eller hvad de antog var studiets forventninger, også kaldet *social desirability bias*.

Endeligt er en af årsagerne til, at vi har undersøgt netop dette felt, at vi forud for undersøgelsen havde en formodning om, at personlige forhold var af betydning for lægens holdning til behandling med kolesterolsænkende medicin, hvilket har påvirket hvorledes vi har udformet vores cases og de stillede spørgsmål. Dette kan måske have forstærket oplevelsen af, hvor meget personlige forhold betyder noget i forhold til det reelle, ligesom vigtige faktorer kan være udeladt, da vi ikke aktivt har spurgt hertil.

## Faktorer med betydning for lægens beslutning ved hyperkolesterolæmi. Ny model?

I mødet mellem læge og patient omkring eventuel opstart af kolesterolsænkende behandling uden kendt hjertekarsygdom, er beslutningen ofte ikke entydig. Den baseres ikke kun på kendte risikofaktorer og guidelines, men også på individuelle forhold hos både patienten og lægen, ligesom vores undersøgelse peger på, at personlige forhold og holdninger hos lægen selv også er af betydning. Det er derfor vigtigt, at den enkelte læge er bevidst om sin egen forståelse og tilgang i mødet med patienten og reflekterer aktivt over dette i mødet med patienten.

For at illustrere denne kompleksitet og støtte den enkelte læges bevidsthed og refleksion har vi udviklet en model, der visualiserer de 6 centrale faktorer, som lægen bør være opmærksom på, og som tilsammen udgør beslutningsgrundlaget.



**Figur 1: De 6 faktorer som spiller ind i forhold til det fælles beslutningsgrundlag:**

**Objektiv risiko - SCORE2:** Herunder ligger, om patienten har andre faktorer, der øger risikoen for blodpropper; fx hypertension, rygning, alder, køn, DM2, autoimmune sygdomme, samt øvrige ikke kvantificerbare risikofaktorer, mm.

**Patientens arvelige disposition for hjerte-kar-sygdom:** Familiære tilfælde af CVD/pludselig død i ung alder (mænd under 55 år og kvinder under 65 år)

**Lægens egne holdninger og identifikationsbias:** Hvordan lægen selv anser medicinen for en god behandling eller ej, både ift. risiko for bivirkninger, men også dens egentlige virkning. Ydermere spiller det ind i hvor høj grad lægen kan identificere sig selv med patienten ift. hvor kraftigt lægen vil anbefale opstart af behandling

**Socioøkonomiske og psykosociale forhold:** Lægens kendskab til patientens ressourcer, herunder arbejdsforhold, sociale relationer, psykiske udfordringer, mm

**Patientens livsstil og muligheder for ændring:** Lægens kendskab til hvordan patienten vanligvis lever sit liv ift. livsstil (kost, motion, rygning mm.) og dermed et indblik i, i hvor høj grad lægen tænker, det vil være muligt for patienten at ændre på nogle af disse faktorer og betydning heraf ift. den samlede risiko

**Patientens præferencer og bekymringer:** Drøftelse af patientens ønsker ift. evt. opstart af ny medicin og herunder også bekymringer for, hvad opstart af behandling vil betyde for patienten fx også ift. evt. bivirkninger.

## Konklusion

Denne undersøgelse viser, at praktiserende læger generelt er positivt indstillede over for kolesterolsænkende behandling hos hjerteriske patienter med hyperkolesterolemie.

Ud af vores interviews identificerede vi 7 tematikker: "Lægerne lægger generelt stor vægt på risikofaktorer", "Fælles vægtning af tilgang til forskellige risikofaktorer", "Variationer blandt lægerne i brugen af SCORE2", "Lægernes holdning til at udfordre patienternes skepsis over for behandling varierer", "Forskellige metoder til motivering af patienterne for forebyggende behandling", "Forskellige holdninger til kontrolforløb" og "forskelle i behandling af ung patient med lav risikoprofil"

Alle læger anvender en patientcentreret tilgang, hvor risikofaktorer, patientens præferencer og livsstil vægtes højt. Samtidig ses tydelige forskelle i, hvor "offensive" lægerne er i deres behandlingsstrategi – nogle læger accepterer patientens afvisning, mens andre følger mere aktivt op og forsøger at motivere til behandling over tid. Derudover er der variation i brugen af risikovurderingsværktøjet SCORE2 - flere læger vælger det bevidst fra, fordi det ikke tager højde for arvelig disposition, som ellers vurderes som en central risikofaktor.

Interessant nok ser vi en tendens til, at læger, som selv tager statiner eller som har tætte relationer, der gør, er mere tilbøjelige til at anbefale behandling tidligt og har en mere offensiv tilgang. Dette indikerer, at lægens egne erfaringer og identifikation med patienten kan påvirke behandlingsstrategien.

Denne opgave er begrænset af et lille antal informanter, som er relativt homogene i forhold til den generelle population af praktiserende læger, og der er behov for yderligere forskning for at afdække alle udfordringerne i forbindelse med behandlingen med kolesterolsænkende behandling.

I vores undersøgelse er der stor forskel i hvor høj grad lægerne - også med samme patientpopulation - oplever patienternes frygt for bivirkninger, som et reelt problem. I et fremtidigt perspektiv kunne det være interessant at undersøge patienternes forventning til bivirkninger og lægernes forventning til patienternes modstand mod behandling, samt hvordan dette påvirker behandlingen.

## Referencer

1. Christiaan Vrints, Felicita Andreotti, Konstantinos C Koskinas, Xavier Rossello, Marianna Adamo, James Ainslie, Adrian Paul Banning, Andrzej Budaj, Ronny R Buechel, Giovanni Alfonso Chiariello, Alaide Chieffo, Ruxandra Maria Christodorescu, Christi Deaton,. (2024, 09 21). 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes: Developed by the task force for the management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 45(36), 3415–3537. .  
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae177>
2. DSAM. (1, July 2022). *Iskæmisk hjerte-kar-sygdom*. Vejledning. Dsam. (2022, July 1). Iskæmisk hjerte-kar-sygdom. Vejledning. <https://www.dsam.dk/vejledninger/hjerte>
3. Gupta, Ajay et al. (2017). Adverse events associated with unblinded, but not with blinded, statin therapy in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial—Lipid-Lowering Arm (ASCOT-LLA): a randomised double-blind placebo-controlled trial and its non-randomised non-blind extension ph. *The Lancet*, 389(10088), p2473-2481.  
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31075-9/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31075-9/abstract)
4. Mahase, E. (2022). Statins: Most muscle pains reported by patients are not caused by statins, study finds. *BMJ*, 378(o2103). <https://doi.org/10.1136/bmj.o2103>
5. European Society of Cardiology. (2025). *EU-27 cardiovascular realities 2025*.  
<https://www.flipsnack.com/escardio/eu-27-cardiovascular-realities-2025/full-view.htm>
6. Schmidt, C. H. (2020). *Det kvalitative interview*. 2. udgave. Hentet den 26. april 2022 på: [www.laeremiddel.dk/viden-og-vaerktoejer/videnskabsteori/videnskabelige-metoder/det-kvalitative-interview/](http://www.laeremiddel.dk/viden-og-vaerktoejer/videnskabsteori/videnskabelige-metoder/det-kvalitative-interview/)

# Bilag 1: Interviewguide

## Interviewguide:

Til hver case spørges:

Hvordan vil du behandle denne patient, hvorfor/hvorfor ikke?

Hvad påvirker din holdning til at behandle denne patient?

Er der noget du vil tilføje?

## Efter de 5 cases er blevet gennemgået:

På en skala fra 0 til 10 hvor kraftigt vil du anbefale kolesterolsænkende behandling i de 5 ovenstående cases? (Hvor du ved 0 slet ikke ville anbefale behandlingen og 10 er på det kraftigste ville anbefale behandling)

Hvis der ikke er blevet spurgt til nedenstående ifm cases:

Hvad tænker du påvirker din holdning til kolesterolsænkende behandling?

Er der nogen i din omgangskreds som har haft AMI/hjertesygdom/stroke?

Hvordan har det påvirket din holdning til kolesterolsænkende behandling?

Ved nej: har du haft nogle patientforløb som har ændret din holdning?

Har klinikken haft en samtale/fælles holdning omkring grundlaget for kolesterolsænkende behandling? Hvorfor/hvorfor ikke?

Hvor henter du din viden omkring kolesterolsænkende behandling?

Føler du dig velinformeret omkring kolesterolsænkende behandling?

Hvad oplever du påvirker patienternes holdning til statinbehandling? (f.eks. pårørendes sygdom, medierne eller andet?).

Er de overvejende positivt eller negativt stemt?

Hvad skulle din egen 5 års risiko være for at du selv har lyst til at opstarte statinbehandling?

## Case 1: Den travle unge kvinde med genetisk risiko

**Baggrund:** Patienten er en **28-årig kvinde**, der arbejder som konsulent og har en travl hverdag med lange arbejdsdage. Hun er generelt sund og aktiv, men hendes familiehistorie gør hende bekymret for hjertesygdom. Hun spiser relativt sundt, men har en svaghed for søde sager.

### Sundhedsprofil:

- **Blodtryk:** 122/78 mmHg
- **Kolesterol (Total/LDL/HDL):** 5.5 / 3.7 / 1.5 mmol/L
- **BMI:** 22
- **Rygning:** Nej
- **Diabetes:** Nej
- **Familiehistorie:** Far fik en blodprop i hjertet som 50-årig
- **Holdning til medicinsk behandling:** Foretrækker livsstilsændringer frem for medicin og er meget bevidst om at spise sundt og motionere.

Heart Risk Score: NA

Hvordan vil du behandle denne patient, hvorfor/hvorfor ikke?

Hvad påvirker din holdning til at behandle denne patient?

Er der noget du vil tilføje?

---

## Case 2: Den sundhedsbevidste kvinde med forhøjet kolesterol

**Baggrund:** Patienten er en **45-årig kvinde**, der arbejder som skolelærer. Hun går op i sundhed og motionerer regelmæssigt, men har forhøjet kolesterol, som hun har svært ved at ændre gennem kost og motion alene.

### Sundhedsprofil:

- **Blodtryk:** 120/75 mmHg
- **Kolesterol (Total/LDL/HDL):** 6.0 / 4.0 / 1.6 mmol/L
- **BMI:** 24
- **Rygning:** Nej
- **Diabetes:** Nej
- **Familiehistorie:** Mor havde tidlig hjertekarsygdom (før 60 år)
- **Holdning til medicinsk behandling:** Foretrækker naturlige løsninger, men er åben for medicin, hvis det bliver nødvendigt.

Heart Risk Score: 3%

Hvordan vil du behandle denne patient, hvorfor/hvorfor ikke?

Hvad påvirker din holdning til at behandle denne patient?

Er der noget du vil tilføje?

### Case 3: Den overvægtige mand med prædiabetes

**Baggrund:** Patienten er en **55-årig mand**, der arbejder som lastbilchauffør. Han har en stillesiddende hverdag, og kosten består ofte af fastfood. Han er begyndt at tage sin sundhed mere alvorligt efter at have fået konstateret prædiabetes.

#### Sundhedsprofil:

- **Blodtryk:** 140/90 mmHg
- **Kolesterol (Total/LDL/HDL):** 5.5 / 3.5 / 1.0 mmol/L
- **BMI:** 31
- **Rygning:** Nej
- **Diabetes:** Prædiabetes (HbA1c: 45 mmol/L)
- **Familiehistorie:** Ingen
- **Holdning til medicinsk behandling:** Skeptisk over for medicin og vil helst prøve livsstilsændringer først.

Heart Risk Score: 8%

Hvordan vil du behandle denne patient, hvorfor/hvorfor ikke?

Hvad påvirker din holdning til at behandle denne patient?

Er der noget du vil tilføje?

---

### Case 4: Den rygende kvinde med forhøjet blodtryk

**Baggrund:** Patienten er en **60-årig kvinde**, der har arbejdet som frisør i mange år. Hun ryger stadig, men har forsøgt at skære ned. Hun ved godt, at rygning og blodtryk er en dårlig kombination, men synes, det er svært at ændre vaner.

#### Sundhedsprofil:

- **Blodtryk:** 145/88 mmHg
- **Kolesterol (Total/LDL/HDL):** 5.8 / 3.8 / 1.4 mmol/L
- **BMI:** 27
- **Rygning:** Ja, 10 cigaretter/dag
- **Diabetes:** Nej
- **Familiehistorie:** Far fik blodprop som 70-årig
- **Holdning til medicinsk behandling:** Villig til at tage blodtrykssænkende medicin, men vil ikke tage kolesterolsænkende medicin, da hun ikke tror på effekten.

Heart Risk Score: 10%

Hvordan vil du behandle denne patient, hvorfor/hvorfor ikke?

Hvad påvirker din holdning til at behandle denne patient?

Er der noget du vil tilføje?

## Case 5: Den tidligere rygende mand med forhøjet blodtryk

**Baggrund:** Patienten er en **58-årig mand**, der arbejder som tømrer. Han har et fysisk krævende job, men hans kost og tidligere rygning har påvirket hans helbred. Han har fået konstateret forhøjet blodtryk og forsøger at holde det nede med motion.

### Sundhedsprofil:

- **Blodtryk:** 150/95 mmHg (behandlet med medicin)
- **Kolesterol (Total/LDL/HDL):** 5.0 / 3.0 / 1.2 mmol/L
- **BMI:** 29
- **Rygning:** Tidligere ryger (stoppet for 5 år siden)
- **Diabetes:** Nej
- **Familiehistorie:** Mor med hjertekarsygdom før 65 år
- **Holdning til medicinsk behandling:** Har accepteret blodtryksænkende medicin, men ønsker ikke flere præparater, hvis han kan undgå det.

12%

Hvordan vil du behandle denne patient, hvorfor/hvorfor ikke?

Hvad påvirker din holdning til at behandle denne patient?

Er der noget du vil tilføje?

---

På en skala fra 0 til 10 hvor kraftigt vil du anbefale kolesterolsænkende behandling i de 5 ovenstående cases? (Hvor du ved 0 slet ikke ville anbefale behandlingen og 10 er på det kraftigste ville anbefale behandling)

Case 1

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Case 2

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Case 3

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Case 4

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Case 5

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10