

SKAL VI SCREENE NORSKE IDRETTSUTØVERE?

Erik Ekker Solberg, Oslo

«40 kollapset og 20 er fraktet til sykehus etter Göteborgsvarvet. For én person skal situasjonen være alvorlig. To personer skal også ha fått hjertestans, skriver svenske medier» (VG, 2024). Én døde. Løpet fant sted i varmt vær helgen før Vårmetet og aktualiserte temaet «Skal vi screene norske idrettsutøvere?»

En arbeidsgruppe (figur 1) nedsatt av Norsk cardiologisk selskap (NCS) har i lenge tid arbeidet med spørsmålet om norske kardiologer skal anbefale screening av risikogrupper i idrett. Men prinsippet om screening i idrett var allerede tilstede i Norge da «legekortet» ble introdusert i 1971 og senere avskaffet i 1982 (1).

Hjertestans i idrett i Norge

Hva er dokumentasjonen på forekomst av hjertestans i idrett i Norge? To studier har vurdert dette (2, 3). Basert på Dødsårsaksregisteret fant Solberg et al. at det var 3 (3–5, inkludert feilmargin) dødsfall årlig blant yngre < 35 år. Hjertestans som ender i overlevelse, kommer i tillegg. Basert på Hjertestansregisteret fant Isern et al. et lignende insidenstall, men responsraten i studien var kun på 37,8 % slik at det er vanskelig å konkludere ut ifra studien.

Hjertestansregisteret viser at det er rundt 27 (2019: 25, 2020: 26 og 2021: 31) personer hvert år som får hjertestans på et sports-/rekreasjonssted. Totalt er det 110 personer (de 27 inkludert) pr. år som får idrettsrelatert hjertestans hvis stansen også defineres treningsrelatert som f.eks. dødsfall når du kommer hjem etter trening, ute på offentlig sted etter trening eller i ambulansen etter trening (personlig meddelelse desember 2022, I. Tjelmeland, Hjertestansregisteret).

Norge har ingen ansatte idrettskardiologer. Nederland, som er ca. tre ganger større enn Norge i folketall, har innført screening og har 28 sentra med idrettskar-



diologer. Danmark har ikke anbefalt screening, men har ansatte idrettskardiologer.

Dilemmaer i screeningdebatten

Screeninggruppens arbeid har støtt på mange dilemmaer, bl.a. dårlige data og dårlig datakvalitet. Er f.eks. amerikanske tall gyldige for Norge? Hva har vi å vinne på screening? Hva har vi å tape? Etikk i screening: Kan screening gjøre skade? Bør det være en aldersgrense eller bør både de yngre og eldre screenes? Har vi kompetanse og logistikk? Det tilhører dog ikke gruppens mandat å avklare det. Hvem skal gjøre screening? Ressurs allokering – hvordan prioritere? Gjør screening at folk trener mindre?

Det siste spørsmålet er det ingen land som har data på. Effekt av screening kan like gjerne være motsatt, at folk trener mer fordi de er tryggere eller fordi en del screeningpositive blir behandlet og oppnår et høyere funksjonsnivå.

Hva er norsk screeningpolitikk?

Norge har ingen offisiell screeningpolitikk selv om hjertestans i idrett har vært sett og erkjent i Norge, som i andre land, i mange tiår. Når det gjelder screening: Hvilke aktører bør på banen? Wold Bjerring et al. foreslår Helsedirektoratet, Norges Idrettsforbund og Norsk cardiologisk selskap (4). I tillegg er det rimelig å være lydhør for hva det norske folk mener. Og hva mener idrettsutøvere selv? Denne norske studien peker på at utøverne (fotball) er fornøyde med screening og anbefaler det til andre utøvere (figur 3) (5).

Hva gjør Europa?

Land hvor screening er blitt innført

De fleste europeiske land har en eller annen form for screening. Tallmateriale om dette er fra 2008 (6), men er under oppdatering. Det er tankevekkende at katolske land, f.eks. Italia og Polen, ser ut til å ha inkludert screening med mindre debatt. Det er postulert at disse landene er mer individprotektive.

Land hvor screening ikke er blitt innført

Danskene ønsker ikke å innføre screening (7, 8), selv om en del danske særforbund er for det. Argumenter for å ikke utføre screening er lavere dødelighet blant unge idrettsutøvere vs. aldersmatchede (<35 år) ikke-atleter. Danmark har obdusert i mindre grad hjertestanstilfeller, som kan ha påvirket resultatene deres. Obduksjon tilbys nå av alle døde < 35 år. Men danskene anbefaler screening av kardialt familiebelastede (9).

Belgie var for 10 år siden negative til screening pga. at screening ikke var kostnadseffektivt, og det var for mange falske positive funn. Etter de nye idretts-EKG-retningslinjene (10) så er andelen falsk positive funn kun 2 %. Belgierne revurderer nå sitt tidligere standpunkt.

Sverige har hatt screening siden 2006, og Mats Börjesson's foredrag reddegjør for det.



Hva er effekt av screening i ulike land?

Fem land har forsøkt å evaluere effekten av screening (figur 3). Frankrikes manglende effekt kan skyldes at franske allmennleger ikke bruker hvile-EKG i screening, selv om nasjonale og internasjonale retningslinjer tilsier det. Samlet er effekten uansett en substansiell reduksjon av hjertestans i idrett i de senere år. Dette kan skyldes screening økt oppmerksomhet om plutselig hjertestans i idrett i befolkningen som kan ha bidratt til tidligere gjenkjenning i overlevelseskjeden og til raskere og riktigere resusitering, og /eller den dokumentert økte og riktigere bruk av defibrillatorer (se ref. til Frankrike i figur 3).

Og så er spørsmålet ...

Skal vi anbefale å screene norske idrettsutøvere med økt risiko? Og hvis ja, i hvilke aldersgrupper? De yngre har fått mye oppmerksomhet, men flere publikasjoner peker på mange funn ved screening av masteratleter. Arbeidsgruppen er ikke ferdig med sitt svar, men er åpen for innspill fra kolleger. Ta i så fall kontakt med en i arbeidsgruppen.

Referanser fås ved henvendelse til forfatteren (red. anm.)