



## Brev til redaktøren

Kommentarer på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes [tidsskriftet@legeforeningen.no](mailto:tidsskriftet@legeforeningen.no)

### Er kontorblodtrykk tilstrekkelig?

De tradisjonelle blodtrykksmålingene som gjøres på legekontor har sine begrensninger, og det er særlig to forhold som dette knyttes til:

- Blodtrykksmålingene kan variere pga. variasjon i prosedyrer for måling og pga. forskjellig måleutstyr.
- Det er forskjell mellom blodtrykk målt på legekontor og blodtrykk målt hjemme.

Den første erkjennelsen har ført til retningslinjer for hvordan blodtrykksmåling bør gjennomføres (1). Den siste erkjennelsen har ført til bruk av hjemmeblodtryksmålere eller ambulatoriske blodtryksmålere.

Spørsmålet om hvilken blodtrykksmåling man skal basere seg på ved diagnostikk og behandling av hypertensjon, reises av Audun Dyrdal & Morten Lindbæk i Tidsskriftet nr. 2/2003 gjennom en studie om bruk av ambulatorisk blodtrykksmåling som supplement til kontormåling hos 187 pasienter (2). De fant at forskjellen mellom kontorblodtrykk og ambulatorisk blodtrykk om dagen var betydelig både for systolisk og diastolisk blodtrykk. Dette er i samsvar med hva som er dokumentert i systematiske oversikter (3, 4). Problemet er imidlertid at verken studien til Dyrdal & Lindbæk eller litteraturen for øvrig gir svar på hvordan blodtrykk og tilstander diagnostisert ved ambulatorisk blodtrykksmåling korrelerer med fremtidig risiko for kardiovaskulære hendelser. Status fra eldre (3) og nyere systematiske oversikter (4) er at det ikke foreligger sikker kunnskap fra gode prospektive studier om risiko forbundet med tilstanden kontorhypertensjon, risiko ved «non-dipping» status eller kostnads-effektivitet ved 24-timersmåling sammenliknet med hjemmemåling og kontormåling. Det foreligger heller ikke kunnskapsbaserte retningslinjer for definisjon av hypertensjon ved ambulatorisk blodtrykksmåling, og hvordan resultatene fra slike målinger skal veilede legens strategi i forhold til pasientene. At slik kunnskap foreligger, bør være en forutsetning før nye metoder for diagnostikk og behandling av hypertensjon tas i utstrakt bruk. Vi kan derfor ikke se at det utenfor rammen av evaluerende studier, slik som Dyrdal & Lindbæk har gjennomført (2), er grunnlag for å anbefale utstrakt bruk av ambulatorisk blodtrykksmåling for

det foreligger et kunnskapsgrunnlag for bruk av slike metoder.

**Inger Norderhaug**  
**Berit Mørland**

Senter for medisinsk metodevurdering

#### Litteratur

1. Hetlevik I, Holmen J, Ellekjær H, Gjelsvik B, Kimsås A, Meland E. Kliniske retningslinjer for hypertensjon. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3037–41.
2. Dyrdal A, Lindbæk M. Diagnostikk av hypertensjon i allmennpraksis – er kontorblodtrykk tilstrekkelig? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 147–51.
3. Norderhaug I, Mørland B. Ambulatorisk blodtrykksmåling og hjemmeblodtrykksmåling. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1812–5.
4. Appel LJ, Robinson KA, Guallar E, Erlinger T, Masood SO, Jehn M et al. Utility of blood pressure monitoring outside of the clinic setting. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2002. [www.ahrq.gov/clinic/bpmoninv.htm](http://www.ahrq.gov/clinic/bpmoninv.htm) (28.4.2003).

#### A. Dyrdal & M. Lindbæk svarer:

Vi takker for kommentarene fra Inger Norderhaug & Berit Mørland. De påpeker to forhold som begrenser blodtrykksmåling på kontoret. Det første er knyttet til variasjon i prosedyre og måleutstyr. I vår undersøkelse ble blodtryksapparatene kontrollert og måleprosedyrer standardisert før studien startet. Til tross for dette fremkom det på forhånd helt uforutsigbare differanser i så vel størrelse som retningslinjer mellom de to målemetoder hos det enkelte individ. Dette skyldtes trolig fenomener Norderhaug & Mørland ikke nevner, men som er påpekt i vår artikkel, nemlig bevisste og ubevisste relasjoner mellom lege og pasient, samt andre individuelle psykiske faktorer hos de to aktører i målesituasjonen.

Det andre poeng er knyttet til forskjell mellom kontorblodtrykk og ambulatoriske målinger. Gjennomsnittsverdien av denne er kjent fra befolkningsundersøkelser. Stilt overfor den enkelte pasient, den pasient vi ut fra en total risikovurdering skal gi råd og veiledning, har vi imidlertid ingen hjelp av denne gjennomsnittsverdien. Hos enkeltindividet finnes differansen kun ved å gjøre begge målinger.

Mener Norderhaug & Mørland at vi kun skal benytte konvensjonell kontormåling i diagnostikk og behandling av hypertensjon? De savner gode prospektive studier for korrelasjon mellom ambulatorisk trykk og kardiovaskulære hendelser. European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring har nylig publisert en oversiktsartikkel om bruk av

konvensjonell og ambulatorisk blodtrykksmåling og hjemmeblodtrykksmåling (1). Artikkelen er ment som grunnlag for nasjonale retningslinjer for blodtrykksmåling og er forfattet av verdens ledende forskere på dette området. Det understrekes at man på bakgrunn av prospektive studier nå har tilstrekkelig grunnlag til å hevde at ambulatoriske målinger bedre enn kontormålinger predikerer fremtidig risiko for kardiovaskulær sykdom og død. Metoden er dermed nå av the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) også godkjent i USA.

Det vil alltid være et spørsmål om hvor mye ny kunnskap vi trenger før vi velger å endre atferd samt risikoen vi løper ved å justere våre retningslinjer. Slik vi ser det, foreligger det nå tilstrekkelig dokumentasjon til fortsatt å anbefale enkel og grei kontormåling til screening, som oftest supplert med automatisk ambulatorisk blodtrykk før intervensjon og deretter gjerne supplere med pasientstyrt hjemmemåling etter startet eller justert terapi. Denne strategi synes å være helt i tråd med de nyeste anbefalinger (1).

**Audun Dyrdal**

Legekontoret U2, Oslo

**Morten Lindbæk**

Universitetet i Oslo

#### Litteratur

1. O'Brien E, Asmar R, Beilin L, Imai Y, Mallion J-M, Mancia G et al. European Society of Hypertension recommendations for conventional, ambulatory and home blood pressure measurement. J Hypertens 2003; 21: 821–48.

### Svakheter og styrker ved retningslinjer

Representantene for Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM) tar opp flere viktige momenter i sin kritikk av våre retningslinjer i en kommentar i Tidsskriftet nr. 4/2003 (1). Det er ikke grunnleggende uenighet mellom det de skriver og våre oppfatninger. Vi er for eksempel helt innforstått med at valg av intervensjonsgrense for behandling i stor grad representerer verdivalg – individuelle så vel som samfunnsmessige. Dette kommer da også klart frem i retningslinjene våre (2).

I prinsippet er alle anbefalinger verdi-baserte, i større eller mindre grad. Vi er enige i at systemet vi har brukt for grade-

ring av anbefalinger, ikke reflekterer dette på en optimal måte, i og med at det i første rekke legges vekt på om anbefalingene er kunnskapsbaserte. Men vi mener at vi i stor grad har veid opp for dette ved å diskutere verdivalg i teksten.

Vi er enige i at økonomiske hensyn bør med i vurderingen når det skal gis anbefalinger for klinisk praksis. At vi ikke har gjort det, er, som vi selv har påpekt, en mangel ved vårt arbeid. Hva forskjellige intervensjonsgrenser eller behandlingsmål har av konsekvenser med tanke på ressursbruk i forhold til helsegevinst, bør beregnes for å kunne ta kostnader med i vurderingen når anbefalinger gis.

NSAMs representanter legger vekt på at det er risikostatus og ikke enkeltfaktorer som bør behandles. Her er vi åpenbart helt på linje, i og med at dette er en av hovedanbefalingene våre.

Acetylsalisylsyre kunne fått bredere omtale i retningslinjene. Vi la vekt på blodtrykks- og kolesterolsenkende behandling fordi vårt mål var å utvikle en tiltakspakke for forbedring av forskrivningspraksis for disse medikamentgruppene. Dette tiltaket prøves nå ut i et kontrollert forsøk, og er en sammensatt strategi for implementering av retningslinjer (3). Denne strategien er det Helsedepartementet håper kan bidra til mer rasjonell legemiddelforskrivning – ikke retningslinjene som sådanne.

Til tross for svakheter – våre anbefalinger er gode, først og fremst fordi vi har gjort systematiske søk etter kunnskap, som så er brukt som utgangspunkt for formuleringer av anbefalinger, og det kommer klart frem for brukeren hva anbefalingene bygger på.

Når det gjelder utvikling av slike retningslinjer for fremtiden, er vi enige i at det er behov for åpne og brede prosesser. Vi hadde håpet å få med en del sentrale organisasjoner i utviklingsprosessen vår, blant annet NSAM, men dette viste seg å være vanskelig å få til. Vi valgte derfor å gjennomføre arbeidet på egen hånd for å unngå store forsinkelser i forskningsprosjektet.

**Atle Fretheim**  
**Andrew D. Oxman**

Avdeling for helsetjenesteforskning  
Sosial- og helsedirektoratet

**Arild Bjørndal**  
**Audun Dyrdal**  
**Michael Golding**  
**Leiv Ose**  
**Åsmund Reikvam**  
**Per Teisberg**

#### Litteratur

1. Meland E, Norheim OF, Hetlevik I. Kliniske retningslinjer, kostnader og verdivalg. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 506–7.
2. Fretheim A, Bjørndal A, Oxman AD, Dyrdal A, Golding M, Ose L et al. Retningslinjer for medikamentell primærforebygging av hjerte- og karsykdom – hvem bør behandles? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 122: 2277–81.

3. Fretheim A, Oxman AD, Treweek S, Bjørndal A. Rational Prescribing in Primary Care (RaPP-trial). Randomised controlled trial of a tailored intervention to improve prescribing of antihypertensive and cholesterol-lowering drugs in general practice (Study protocol). BMC Health Services Research 2003; 3: 5.

## Arbeidsplassbeskrivelse ved forenklet funksjonsvurdering

Begrepet funksjonsvurdering har fått ny aktualitet, både gjennom intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (1) og utformingen av den nye sykmeldingstesten. Fastlegen, som nå er pålagt å utføre en forenklet funksjonsvurdering, vil merke at oppgaven blir vanskelig uten mer kunnskap om pasientens arbeidsoppgaver og arbeidsmiljø. Dagens arbeidsmiljø preges av mangfold, og sammenhengene mellom miljøfaktorer og helse er kompliserte. Når man samtidig vet at konsultasjonstiden er knapp og pasienten ofte er usikker på hva legen har behov for å få vite, kan vurderingsgrunnlaget bli mangelfullt og misforståelser oppstå. En arbeidsplassbeskrivelse kan forhindre dette (2). Det kan være tidsbesparende og samtidig gi legen og pasienten et felles utgangspunkt for samtalen og funksjonsvurderingen.

Det er en fordel om beskrivelsen er todelt. Første del kan inneholde en oversikt over arbeidsoppgaver som utføres. Denne delen utformes av avdelingsleder. Han vet hva de ulike arbeidsoppgavene går ut på og hvilke krav han stiller til den eller dem som skal utføre disse oppgavene.

Andre del beskriver miljøforholdene på arbeidsplassen. Den skal bidra til at faktorer som kan være av betydning for ansattes helse og vedkommendes mulighet til å komme tilbake i arbeid, settes på dagsordenen. Særlig viktig er kunnskap om forhold som bidrar til muskel- og skjelettplager og fraværsfaktorer som tar utgangspunkt i hvordan arbeidet er organisert. Sosiale forhold hører med i beskrivelsen og bør omtales generelt der det er negative stressfaktorer som er allment kjent i miljøet. Pasienten kan supplere med personlige synspunkter når beskrivelsen diskuteres med fastlegen. Denne delen av arbeidsplassbeskrivelsen er også avdelingsleders ansvar, men her trenger han faglig bistand fra bedriftshelsetjenesten.

Av hensyn til brukervennligheten skal arbeidsplassbeskrivelsen være lettlest og helst ikke på mer enn én side. Er en slik arbeidsplassbeskrivelse et nyttig hjelpemiddel ved forenklet funksjonsvurdering? Vil den gjøre det lettere å beskrive hva pasienten ikke bør utføre eller utsettes for? I så fall kan den etterspørres fra arbeidsgivere som en del av rutinen for oppfølging av sykmeldte og som en del av arbeidet for et mer inkluderende arbeidsliv.

**Inger Helene Gudding**  
Statens arbeidsmiljøinstitutt

#### Litteratur

1. Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv. Oslo: Arbeids- og administrasjonsdepartementet, 2001. (<http://11.odin.dep.no/aad/arbeidsliv/p30000972/002001-990393/index-dok000-b-f-a.html> (15.8.2002).
2. Gudding IH. Arbeidsplassbeskrivelse – et bidrag til bedre samspill mellom arbeidsgiver, arbeidstaker og fastlege. Ramazzini 2002; 3: 10–1.

## Leger vil jobbe lenger

I en notis i Aftenposten 21.3. 2003, med overskriften *Leger vil jobbe lenger*, hevder direktør Per Haugum ved Statens autorisasjonskontor for helsepersonell at det skjuler seg en del «sovende» leger bak de 48 avslagene på fornyet legelicens. Han sier: «Vi gir ikke godkjenning til leger som vil beholde lisensen sin for å kunne skrive ut medikamenter til seg selv og vennene sine.»

Jeg finner denne uttalelsen svært merkelig og tror direktør Per Haugum må ha misforstått jobben sin. Det han skal vurdere, er om legene er skikket til å utføre legearbeid, ikke antall konsultasjoner, ev. reseptforskrivninger og til hvem. Hvis Haugum skulle praktisere det han sier, ville det bety at svært mange leger i administrative stillinger, muligens også ved Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, kanskje ikke fikk beholde lisensen sin.

Jeg ville tro at en lege som er skikket til å skrive ut resepter og foreta konsultasjoner etc., bør få fornyet legelicensen, uavhengig av antall pasienter.

**Harald Berg**

Medisinsk divisjon, Nyremedisinsk avdeling  
Ullevål universitetssykehus

#### *P. Haugum svarer:*

Etter helsepersonelloven § 54 bortfaller autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning når vedkommende fyller 75 år. Yrkestittelen kan likevel benyttes.

Det er i forskrift bestemt hvilke kriterier som gjelder for å få lisens som helsepersonell over 75 år. Det er (jf. § 8): «Ved tildeling av lisens skal søkerens egnethet vurderes i forhold til den virksomhet som det er søkt om lisens for. Det skal legges avgjørende vekt på omfanget av den pasientrettede virksomheten vedkommende helsepersonell har til hensikt å utøve. Virksomheten bør ikke være mindre enn tilsvarende 20 % stilling. Det skal legges stor vekt på hvordan helsepersonellet har holdt og vil holde seg faglig oppdatert. Uttalelse fra eventuell arbeidsgiver har bare betydning dersom den gjelder helsepersonelllets pasientrettede virksomhet.»

Autorisasjonskontoret vurderer hver enkelt søknad individuelt. Vedtak fattes etter en samlet vurdering av følgende momenter: