



## 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-