

Gi respons på artikler gjennom artiklenes kommentarfelt på *tidsskriftet.no*. Innleggene publiseres fortløpende på Tidsskriftets nettside og et utvalg av innleggene publiseres også i papirutgaven i spalten «Brev til redaktøren». Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har tilsvarende rett, jf. Vancouver-gruppens regler.



Re: Legers arbeidstid

I Tidsskriftet nr. 8/2014 står et meget leseverdig innlegg fra Legeforeningens president Hege Gjessing, der hun tar for seg legers arbeidstid (1). Jeg tror hun er bekymret.

Presidenten starter sitt innlegg med: «Sykehusleger jobber 3 280 årsverk utover det som er normal arbeidstid, og nesten et ekstra Ahus i uregistrert overtid. Helseministeren har behov for å øke kapasiteten slik at flere pasienter får behandling, men svaret ligger ikke i å forsøke å presse legene til å jobbe enda mer.» Videre anfører hun: «Da jeg spurte helseministeren om hovedmålet med utvidet åpningstid i sykehus – økt kapasitet eller mulighet til å bevege på den nåværende kapasiteten – svarte han: Økt kapasitet, men uten å ansette flere leger.»

Dette frister meg til å henvise til et innlegg jeg hadde i Tidsskriftet nr. 23/2012 der jeg henviste til daværende helseminister, som hadde fått noen til å regne ut for seg at vi i forbindelse med innføring av samhandlingsreformen trengte 3000 nye sykehjemsleger i landet (2). 3000 nye sykehjemsleger – slik ad hoc! Men nåværende helseminister trenger ikke flere leger. Kanskje forholdet det seg slik at daværende helseminister tenkte seg at sykehusene kunne nærmest tømmes for pasienter? Slik at sykehuslegene fikk mindre å gjøre? I så fall burde vel de 3000 nye sykehjemslegene vært på plass først?

President Hege Gjessing gjør en formidabel jobb. Hun har skjønnet det! Men akk så alene hun synes å kjempe. Til slutt i sitt innlegg skriver Gjessing at det finnes metoder for å øke kapasiteten slik at flere pasienter får behandling, men at foreningens tall viser at svaret ikke ligger i å forsøke å presse legene til å jobbe mer. Her lurte jeg på hvilke metoder hun tenker på?

Einar Skatteboe
einskat@online.no

Einar Skatteboe (f. 1936) er lege.
Ingen oppgitte interessekonflikter

Litteratur

1. Gjessing H. Legers arbeidstid. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 897.
2. Skatteboe E. Fleip eller fakta. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2599.

(6). Et høyskala hypertensjonsprogram i California har vist betydelig bedret diagnostikk og behandling med bl.a. økt normalisering av blodtrykket under behandling fra 43,3 % til 80,4 % (7). Dette indikerer etter min mening at det eksisterer en reell underbehandling.

«The prevention paradox», eller polypillen, er i så måte godt plassert. Ut fra tallene over kan man i første omgang slutte at antallet som skal ha medikamentell blodtryksreducerende behandling, må to- til tredobles, og hos 30–40 % bør behandlingen intensiveres. Ernæringsfysiologer, spesialsykepleiere og treningsterapeuter har i dag lav prioritet. De bør få en fremskutt plass både relatert til ikke-medikamentell og medikamentell behandling. Det er meningsløst at allmennlegen i en presset arbeidssituasjon skal ha dette ansvaret alene. Sykepleierbasert måling av blodtrykk og registrering av risikofaktorer bør kunne gjøres, også som ledd i alminneliggjøring uten å sykeliggjøre. Ikke minst kreves det en mer offensiv og kultursensitiv informasjon.

Tor-Erik Widerøe
tor-erik.wideroe@ntnu.no

Tor-Erik Widerøe (f. 1940) er professor emeritus ved Institutt for kreftforskning og molekylær medisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Sandli OK, Spigset O, Slørdal L. Polypillen – et alternativt konsept i kardiologisk profylakse. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 632–4.
2. Whitworth JA. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. J Hypertens 2003; 21: 1983–92.
3. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N et al. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet 2002; 360: 1903–13.
4. Franco OH, Peeters A, Bonneux L et al. Blood pressure in adulthood and life expectancy with cardiovascular disease in men and women: life course analysis. Hypertension 2005; 46: 280–6.
5. Chow CK, Teo KK, Rangarajan S et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. JAMA 2013; 310: 959–68.
6. Klouman M, Åsberg A, Widerøe T-E. Blodtrykksnivå i en norsk befolkning – betydningen av arv og livsstil. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1185–9.
7. Jaffe MG, Lee GA, Young JD et al. Improved blood pressure control associated with a large-scale hypertension program. JAMA 2013; 310: 699–705.

Re: Polypillen – et alternativt konsept i kardiologisk profylakse

Sandli og medarbeidere kommer med et dristig innlegg med mange skjær i sjøen (1). Men, er tanken god? Ja, fra et helseperspektiv er den det. Regnestykket som presenteres som «the prevention paradox» er logisk. Friske menn og kvinner med bare alder som risikofaktor utgjør hovedandelen av dem som dør av hjerte- og karsykdommer, fordi de er så mange.

Globalt er hypertensjon den største årsaken til sykdom og død som man kan forebygge (2). Økning i blodtrykksnivået fra 115/75 mm Hg er assosiert med både forekomst av kardiologisk død (3) og antall leveår med kardiologisk sykdom (4).

En nylig publisert større internasjonal studie viser at 46,5 % ikke er klar over at de har hypertensjon og at bare 36,2 % av de som har registrert hypertensjon får medikamentell behandling. Under halvparten av de som får medikamentell behandling oppnår normalt blodtrykk (5). Liknende tall er vist i en norsk befolkning

Re: Slik unngår du nettbrettnakke

I «Slik unngår du nettbrettnakke» i Tidsskriftet nr. 8/2014 gis det råd til folk med muskelspenninger og smerteplager i nakke og skuldre ved bruk av nettbrett (1). Et av rådene er: «Legg bort de progressive brillene». Dette er ikke et godt råd.

For de fleste godt voksne mennesker er riktige briller en forutsetning for å fungere godt ved all bruk av skjermbaserte verktøy. Det være seg bruk av smarttelefon, nettbrett, bærbar datamaskin eller på en tradisjonell dataarbeidsplass. Unge mennesker med god fokuseringsevne for nærliggende avstander klarer seg vanligvis godt uten synskorreksjon dersom de ikke har noen synsfeil. Ved synsfeil vil de som regel se godt på nært hold med sin vanlige avstandsbrille. Ved passert 40–45 års alder svekkes evnen til å fokusere på nært hold, og vi blir avhengige av synshjelpemidler for å se skarpt.

For folk flest er riktige briller det viktigste hjelpemiddelet. Her finnes det flere løsninger. Tre hovedkategorier er vanlige lesebriller,

>>>

bifokale briller og progressive briller. For progressive briller finnes det flere kategorier brilleglassløsninger. Grovt kan en skille mellom «vanlige» progressive glass og «dataprogressive» glass. For mange vil en vanlig progressiv brille fungere godt for både mobiltelefon- og nettbrettbruk. Slike briller er imidlertid sjelden en god løsning for mer tradisjonelle dataarbeidsplasser. Her er det ofte behov for en mer skreddersydd progressiv løsning med et større område i glasset med skarpt fokus for skjermavstanden. Rådet som gis om briller i artikkelen burde heller ha vært: «Bruk riktig brille!» Like viktig er det at man ved synsundersøkelse hos optiker eller øyelege legger frem sine synsmessige utfordringer og behov, slik at optimale brilleglassløsninger kan prøves ut og diskuteres. Hva som kan være synsmessige utfordringer er belyst mer i detalj i Nyléns bok «Syn og belysning i arbeidslivet» (2). Her skrives det også litt mer om brilleglassløsninger.

Muskelplager og synsproblematikk ved omfattende skjermbruk kan imidlertid ha mange og multifaktorielle årsaker. Selv om Arbeidstilsynets veiledning om arbeid ved dataskjerm først og fremst gjelder bruk av stasjonære datamaskiner (3), er mange av rådene som gis også gode for annen type skjermbruk. Dette gjelder tiltak for å sikre optimale synsforhold, god belysning, og unngå reflekser i skjermen og blending. Det gis også råd om hyppige pauser i skjermarbeidet. Innenfor dette fagfeltet, som nå ofte betegnes visuell ergonomi, foregår det mye forskning. I denne sammenheng kan det nevnes at nr 3/2014 av tidsskriftet *Work* var et temanummer nettopp om *Visual Ergonomics*. En av artiklene gir en introduksjon til denne relativt nye ergonomitematikken (4).

Magne Helland

magne.helland@hbv.no

Magne Helland (f. 1955) er dosent ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Institutt for optometri og synsvitenskap. Ingen oppgitte interessekonflikter

Litteratur

1. Feiring E. Slik unngår du nettbrettnakke. *Tidsskr Nor Legeforen* 2014; 134: 866.
2. Nylén P. Syn och belysning i arbeidslivet. Stockholm: Prevent, 2012.
3. Arbeidstilsynet. Veiledning om arbeid ved dataskjerm [Veiledning, best.nr. 540]. <http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=77946> [6.5.2014].
4. Long J, Richter H. Visual ergonomics at work and leisure. *Work* 2014; 47: 419–20. <http://iospress.metapress.com/content/x73425m166031281/fulltext.html> [6.5.2014].

Re: Ytringsfrihed burde funnet sted

Ole Kristian Losvik har skrevet en fin artikkel med viktig innhold (1). Det kan lett begås overtramp i lojalitetens navn når det gjelder det å kunne ytre seg fritt. Man må aldri slutte å gi tilbakemeldinger og ytre seg, men vi er farlig nær der nå. Byråkratiet styrer for mye, også innenfor helsevesenet!

Kolbein Fremmersvik

kolfre@sthf.no

Kolbein Fremmersvik (f. 1976) er spesialfysioterapeut ved Notodden sykehus – Sykehuset Telemark. Ingen oppgitte interessekonflikter

Litteratur

1. Losvik OK. Ytringsfrihed burde funnet sted. *Tidsskr Nor Legeforen* 2014; 134: 818.

Re: Ytringsfrihed burde funnet sted

Legers ytringsfrihet er et viktig tema (1)! Jeg tror dessverre ikke mye vil endre seg hvis ikke flere leger får faste stillinger. Det blir en ekstra høy terskel for å si i fra om kritikkverdige forhold så lenge man er avhengig av å få fornyet et vikariat for å beholde

jobben. Pasientene blir den lidende part, og derfor burde det absolutt være i folks interesse at leger i større grad sikres fast ansettelse.

Ingrid Hokstad

ihokstad@gmail.com

Ingrid Hokstad (f. 1981) er lege. Ingen oppgitte interessekonflikter

Litteratur

1. Losvik OK. Ytringsfrihed burde funnet sted. *Tidsskr Nor Legeforen* 2014; 134: 818.

Re: Ensidig om nakkesleng fra Høyesterett

En del av kritikken Sjaastad & Hesselberg kommer med i denne artikkelen er for privat og lite eksplisitt til at den kan besvares (1). Jeg har kommentert kritikk mot denne dommen i *Tidsskriftet* tidligere (2). Artikkelen gir imidlertid en velkommen mulighet til å kommentere innvendinger mot de såkalte Litauen-studiene som man stundom får presentert muntlig, men som vel aldri er formulert skriftlig.

Disse studiene ble utført for å påvise om det kunne være en statistisk sammenheng mellom påkjørsel bakfra og påfølgende nakke- og hodesmerter. Sjaastad & Hesselberg er svært kritiske til at man ut fra politiprotokoller inkluderte bilførere som hadde vært involvert i slike ulykker, og det virker som de i fullt alvor mener man heller burde ha inkludert skadede som selv har «oppøst helsevesenet og dermed blitt definert som pasient». Dette viser at de ikke har forstått hovedstyrken ved Litauen-studiene, nemlig at man har inkludert kohortene utelukkende ut fra om de har eller ikke har vært eksponert for den antatte årsaksmekanismen. Dette er en allment akseptert forutsetning for denne typen studier: «At the time exposure status is defined, all potential subjects must be free from the disease under investigation» (3).

Videre er det i denne saken neppe et godt argument at studiene inkluderte et flertall av menn som var bilførere, fordi saken nettopp gjaldt en mann som satt bak rattet da kollisjonen inntraff. Påstandene om at svarene var upålitelige fordi undersøkelsen var basert på spørreskjema i brev, og svarene farget av befolkningens frykt for myndighetene i et postkommunistisk Litauen, virker lite plausible. Prevalensene av hodepine som ble funnet både i whiplash-gruppen og kontrollgruppen likner veldig på hodepineprevalens rapportert fra Vest-Europa, og de samsvarer godt med tallene man finner i en hodepineepidemiologisk studie utført i Kaunas i 2008–2009 (del av *Eurolight* – en stor europeisk studie), utført gjennom personlig intervju med spesialopplærte litauiske medisinstudenter (4).

Sjaastad & Hesselberg gjør det enkelt for seg selv når de hevder at det kun er to muligheter for å forklare slike plager: enten organisk årsak eller ønske om økonomisk kompensasjon. Innenfor en biopsykososial forståelsesramme eksisterer en rekke andre mulige forklaringer. De sakkyndige i denne saken la en slik forståelsesmodell til grunn, og dette er også det synet som er anbefalt i SMM-rapporten om nakkesleng fra 2000 (5), som ble skrevet av et bredt panel av fagpersoner med ulik bakgrunn.

Lars Jacob Stovner

lars.stovner@ntnu.no

Lars Jacob Stovner (f. 1953) er professor ved Institutt for nevromedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Oppgitte interessekonflikter: Forfatter har i 2013 mottatt honorar for foredrag om nakkesleng i Personskadeforbundet.

Litteratur

1. Sjaastad O, Hesselberg JP. Ensidig om nakkesleng fra Høyesterett. *Tidsskr Nor Legeforen* 2014; 134: 721–4.
2. Stovner L.J. Høyesterettsdommen er korrekt. *Tidsskr Nor Legeforen* 2012; 132: 11–2.

>>>