

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.»

Det 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

- Gjessing H. Legers arbeidstid. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 897.
- 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

- Sandli OK, Spigset O, Slørdal L. Polypillen – et alternativt konsept i kardiologisk profylakse. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 632–4.
- Whitworth JA. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. J Hypertens 2003; 21: 1983–92.
- 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.
- 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.
- 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.
- Klouman M, Åsberg A, Widerøe T-E. Blodtrykksnivå i en norsk befolkning – betydningen av arv og livsstil. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1185–9.
- 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,

>>>