

## «Nå har vi vaska gølvet...»

Takk til Sigmund A. Anderssen og Sigmund B. Strømme for klar og velkrevet artikkel i Tidsskriftet nr. 17/2001 (1). Ikke minst er det fint at dere anbefaler «bruk av store muskelgrupper». Jeg antar at dere da mener både armer, rygg, hofter og underekstremiteter?

Men jeg savnet en nærmere vurdering av en del svært vanlige aktiviteter: Støvsuging, gulvvask, vindusvask og sengetøyskift er noen eksempler. Og det kom ikke frem hva dere mener med «lett husarbeid». Støvtøring? Ta ut av oppvaskmaskin/vaskemas-kin?

For mange år siden så jeg to vurderinger: – Gjennomsnittlig bruk av aerob kapasitet over ca. 25 % i løpet av en normal arbeidsdag medførte tretthet.

– «Vanlig fredagsrengjøring» innebar bruk av ca. 30 %.

Dere vurderer «innkjøp» til 3,5 MET (metabolic equivalent, et mål for energikrav), flytte 1–10 kg til 6,0, trappegang til 5,5. Fenomenet «innkjøp» innebærer for mange f.eks. løft av ca. 10 kg (melk, poteter osv.) i bærepøser, flytting av samme til bilens bagasjerom, bæring av posene f.eks. 30 skritt, derav 15 opp trapp. Så kommer sortering til ymse skap. Varighet ca. 30 minutter (eksklusive bilkjøring). Betydelig enklere enn i gamle dager, da man gikk tre kilometer til butikken og bar varene tilbake. Men arbeid er det fortsatt.

Å lage middag er også arbeidskrevende. Jeg veide noen matlagingsredskaper: ildfast fat 1 kg, aluminiumsgryte 1,2 kg, stekepanne av jern 2,2 kg. «Kjøttkaker med poteter» innebærer altså flere gangers løfting/flytting av minst 4,4 kg.

Det følte litt kjekt at dere vurderte «løfte/flytte 11–20 kg» som anstrengende (8 MET). Det burde innebære at foreldre med små barn får ganske god mosjon i flere år. Å få en «12 kilos ål» ut av badekaret kan få noen hver til å svette.

Jeg er ikke så veldig «feministisk» – men det føles som om min – og min ektefelles – innsats når det gjelder støvsuging, gulvvask og sengetøyskift også kunne fortjene en vurdering. Den slags innebærer iallfall bruk av store muskelgrupper i vanligvis mer enn ti minutter hver gang. Med støvsuging mener jeg ikke å hale rør med gulvmunnstykke en gang over åpne gulvflater/tepper. Jakten på hybelkaniner innebærer å nå frem under sofaer, stoler og bord – inn i alle kroker – og ledsages ofte av møbelflytting. Selve møble- ne skal også behandles. Teppene må ristes!

(Tips: Bruk støvsugerens lille børste på «spaghettien» bak datamaskinen og maskinen selv, ingen skam å gå i kne. Mosjon det øg.)

Man kan jo undres: Hvorfor har kvinner høyere levealder enn menn? Er én årsak at de har andre former for fysisk aktivitet? Ikke de plutselige hopp fra godstolen til snømåkeren/plenklipperen, men hyppig, kortvarig belastning av mange muskelgrupper? Inkludert en del bøy og tøy og balanseøvelser.

I de riktig gamle dager, dvs. da jeg begynte praksis, var det nokså vanlig at «husmor» bar vann fra «kjella» pluss tok kyrne tre kilometer frem og tilbake to ganger om dagen og melket dem. Husfar jobbet ikke mindre. De ble sterke, men fikk nå artroser både hist og her.

Rengjøring er ikke særlig spennende. Men det er kjekt å se resultatet, og arbeidet betyr faktisk en del for folkehelsen. Fint at det også, i passende doser, kan være god mosjon. Herved er dere utfordret til å utforske denne art aktiviteter!

Bergen

Berit Tveit

### Litteratur

1. Anderssen SA, Strømme SB. Fysisk aktivitet og helseanbefalinger. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2037–41.

## Offentlig ansvar for legemiddelinformasjon til leger

Hans Petter Aarseth intervjues i Tidsskriftet nr. 16/2001 om forholdet mellom legene og legemiddelinindustrien (1). Han uttaler at det offentlige svikter sin rolle i å gi legemiddelinformasjon til legene og at det åpner for at industrien får større innflytelse på legers valg av legemidler.

På mange måter har han rett, og jeg legger gjerne til at også apotekene har sviktet sin rolle. Gode tiltak som Apotekerforeningens forsøksprosjekt for astma (SOL) har ikke passert prosjektstadiet. Dette kunne kanskje ha gjort de omtalte astmaklinikkene overflødige.

Men det er lyspunkter. I løpet av de siste fem årene er det etablert regionale legemiddelinformasjonssentre (RELIS) i alle helseregionene. Det kan synes som de har fristet en noe anonym tilværelse, eller kanskje vi skal kalle det en passiv tilværelse, i og med at det stadig etterlyses et offentlig tilbud. I alle fall synes aktiviteten å være lite kjent, og de er også knapt nevnt i den rappor-

ten om faglige retningslinjer som Statens helsetilsyn nylig har oversendt departementet (2).

RELIS tar nå et viktig skritt i retning av å bli mer synlige og aktive i arbeidet med å gi leger og farmasøyter produsentuavhengig legemiddelinformasjon. Vår webside (<http://www.relis.no>) skal bli mer innholdsrik, og vår nylagede søkbare database med spørsmål og svar, RELISWeb, lanseres snart. Det er også vedtatt at RELIS og klinisk-farmakologiske avdelinger skal inngå i arbeidet med overvåking av legemidlers sikkerhet og behandle meldinger om bivirkninger fra respektive region. Disse miljøene skal i tillegg bidra mer aktivt i formidling av informasjon om risiko og sikkerhet ved legemiddelbruk.

Riktigere forskrivning og bruk av legemidler sikres selvsagt ikke gjennom vår virksomhet alene, men krever innsats og ressurser både innenfor utdanning og forskning og til utarbeiding, implementering og evaluering av retningslinjer og handlingsprogrammer. Dessverre har det i Norge vært avsatt lite ressurser til forebyggende arbeid med det for øye å oppnå fremtidige besparelser i form av penger eller økt kvalitet på legemiddelbehandling. Dessuten har innsatsen vært spredt på mange miljøer, vært dårlig koordinert og for lite målrettet. Vi kan imidlertid love å gi vårt bidrag.

Våre adresser er å finne på websiden eller i Norsk legemiddelhåndbok. Interesserte kan gjerne komme med spørsmål og forslag til temaer man ønsker utredet eller mener bør bringes frem i lyset. Vi ser frem til et godt samarbeid til beste for pasienten!

Oslo

Kirsten Myhr  
leder RELIS Øst

### Litteratur

1. Sundar T. Leger og industrien – gylne bånd eller tyngende lenker? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1958–60.

2. Program for faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Rapport til Sosial- og helsedepartementet. IK-2744. Oslo: Statens helsetilsyn, 2001.

## Tørrvittig fylkeslege passer sin jobb

Jeg viser til Kari Ronges artikkel i Tidsskriftet nr. 17/2001 om pensjonerte leger (1). Her følger mine erfaringer ved rundede 75 år og behov for fornyet lisens.

Etter først å ha sendt fylkeslegen bevis for ca. 500 kurstimer de siste fem år, dokumentasjon for arbeid som lege ved alders-/syke-

hjem, bedriftslege, legevaktlege og at jeg senest i fjor ble autorisert som idrettslege NIMF, dessuten helseattest for fysisk og mental helse, mottok jeg en telefaks med midlertidig lisens til 10. august og følgende ordlyd: «I tillegg til den dokumentasjon De allerede har sendt inn, ber vi om følgende opplysninger: En detaljert redegjørelse for den virksomhet De har utført og ønsker å utføre, for eksempel i form av tidsbruk, kontorforhold, bruk av hjelpepersonell, hvem De samarbeider med, hvilke lidelser som behandles/ev. ikke behandles av Dem, antall pasienter, system for journalføring og oppdatering av prøvesvar osv., jf. forskriftens § 7 m, a og b. Hvilket behov De eventuelt har for å kunne forskrive legemidler i gruppe A og B, jf. forskriftens § 6 tredje ledd og § 7 m, e. Detaljert redegjørelse for egen psykisk og fysisk helsetilstand, jf. forskriftens § 7 m, d. Uttalelse fra eventuelle arbeidsgivere vedrørende Deres pasientrettede virksomhet, jf. forskriftens § 8. Eventuelt omfang av andre former for faglig oppdatering enn kursdeltagelse, for eksempel i form av å lese faglitteratur, delta i veiledningsgrupper, hospiteringsbesøk eller lign., jf. forskriftens § 8 tredje ledd.»

Humor er som champagne: Den tørre er den beste, og jeg synes fylkeslegen overgår det meste og kommer i kategorien knusktørr når hun spør en kollega som nettopp har rundet de 75 om han går til veiledning eller tilbringer tiden med hospiteringsbesøk eller liknende, hva nå det måtte være.

Vel, tonen var altså slått an slik at jeg stort sett valgte å holde meg til samme tone i mitt svar, bl.a. som følger: Jeg anser meg selv som relativt stabil og sterk psykisk, kapabel både hva empati og sympati angår. Vanligvis klarer jeg å kontrollere mitt temperament, selv når jeg blir utsatt for byråkratiske urimeligheter. Jeg føler meg frisk som en fisk og trener regelmessig. Jeg håper at dårlige knær som følge av fotballspill i ungdommen ikke vil bli lagt for mye vekt på ved den endelige dom. Jeg tillater meg å nevne et vellykket seksualliv og at jeg er glad i dyr, har både katt, hund og hest. Dessverre må jeg skuffe fylkeslegen med manglende veiledning, og det samme for hospitering.

Et tankekors: På landsbasis har 240 av 910 leger over 75 år lisens, bare fem over 72 år, den eldste 85 år, er såkalt yrkesaktive. Hvordan kan 240 ha lisens dersom fylkeslegens kriterier legges til grunn?

Vestfossen

Einar Vaage

#### Litteratur

1. Ronge K. Pensjonert lege – lege hele livet eller doktor på overtid? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2099–100.

## Psykiatrireform, legehjemler og likeverdig tilbud

Fastlegeordningen er nå i funksjon. Den har fått mye omtale og ble høyt prioritert i Legeforeningen, Nasjonalt råd, departementet og i mediene. Samtidig pågår det andre reformer, bl.a. psykiatrireformen. Det som angår psykiatriske pasienter, har lett for å bli satt til side. Etter at psykiatrireformen ble vedtatt og en viss pengesum bevilget, er det få som legger vekt på at denne reformen skal lykkes. Kanskje skyldes det at de som vanligvis uttaler seg på psykiatriens vegne, arbeider ved enheter som blir tildelt tilfredsstillende ressurser?

Legehjemler innen psykiatri er svært skjevt fordelt mellom helseregionene, mellom fylkene og til og med mellom lokalsykehus innen ett og samme fylke. Psykiatrireformen legger til grunn at et lokalsykehus eller et distriktspsykiatrisk senter (DPS) skal tilby et differensiert allmennpsykiatrisk lokalsykehusstilbud til befolkningen i opptaksområdet. Retten til fritt sykehusvalg gir ingen grunn til å tillate skjevfordeling av ressursene, ettersom det meste av psykiatrisk behandling foregår poliklinisk, ofte over lang tid og i nært samarbeid med pårørende, kommunale etater og fastlege.

Når nå lokalsykehus og distriktspsykiatriske sentre skal styrkes med døgnavdelinger, daggruppetilbud, polikliniske team, ruspoliklinikker og mer enn en dobling av kapasiteten innen barne- og ungdomspsykiatrien, er det svært uheldig at det er så godt som umulig å få innvilget nye legehjemler. Nasjonalt råd og departementet hevder at de har tilgodesett psykiatrien de siste årene ved å ha tillatt opprettelse av ca. 20 nye hjemler per år. Dette skal imidlertid fordeles på 19 fylker, både psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri, både overlege- og assistentlegestillinger. Antall nye hjemler står ikke i forhold til behovet i virksomhetenes godkjente opptrappingsplaner. Samtidig må de distriktspsykiatriske sentrene ta i bruk de opptrappingsmidlene de blir tildelt, ansette personer fra andre yrkesgrupper og starte opp nye funksjoner *uten* leger. Med for få leger blir det vanskelig å oppnå nødvendig faglig standard innen spesialisthelsetjenesten i psykiatri. Legene blir et alibi for driften, de må ivareta pålagte juridiske og medisinske oppgaver, men får i liten grad brukt sin terapikompetanse. Andre faggrupper blir stående uten tilstrekkelig psykiaterbistand i krevende arbeidssituasjoner, og det kan bre seg holdninger som går ut på at leger ikke er nødvendige i flerfaglige psykiatriske team. Dersom vi om noen år får de nødvendige hjemlene, vil legene kunne oppleve å måtte streve med å oppnå legitimitet i teamene. Dette har vi sett enkelte steder, spesielt innen barne- og ungdomspsykiatrien. Slike forhold bidrar i neste omgang til rekrutteringsproblemer.

Det er å ønske at Legeforeningen nå enga-

sjerer seg i å få opprettet tilstrekkelig antall hjemler innen psykiatrifagene. Det kan bli nødvendig at hjemlene fordeles etter en norm relatert til størrelsen på opptaksområdet og hvilke funksjoner et distriktspsykiatrisk senter skal inneha. Hittil har verken Nasjonalt råd, departementet, helseregioner eller fylker klart å kanalisere hjemler dit behovet er størst. I stedet ser vi at de sterkeste aktørene stadig tilgodesees. Uten en sterk økning i antall hjemler og en mer rettferdig fordeling vil vi ikke bare få problemer med å lykkes med psykiatrireformen, men psykiatriske pasienter vil bli en gruppe med svært ulike tilbud, avhengig av bosted – et klart brudd på pasientrettighetsloven.

Kongsberg

Anne-Marit Langås

### Innlegg til korrespondansespalten

- **Maksimum 400 ord og 5 litteraturhenvisninger**
- **Dobbelt linjeavstand og bred marg**
- **Avsender garanterer for medforfatteres underskrifter**
- **Sendes redaktøren som e-post**  
*tidsskriftet@legeforeningen.no* eller  
**A-post**  
Tidsskrift for Den norske lægeforening  
Postboks 1152 Sentrum  
0107 Oslo  
eller  
**telefaks til 23 10 90 40**

**Bruk kun én forsendelsesmåte.**