

«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 underkstremiteter?

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-