

## **Forekomst av livsstilssykdommer og risikofaktorer i to kystkommuner i Finnmark, og hvordan forebygge dem.**

Siren Elisabeth Jerijervi, stud.med. Kull 07, Universitetet i Tromsø.  
[sej026@mailbox.uit.no](mailto:sej026@mailbox.uit.no).

Magnus Holter Bjørkto, stud.med. Kull -07, Universitetet i Tromsø.  
[mhb022@mailbox.uit.no](mailto:mhb022@mailbox.uit.no).

Veileder: Beate Lupton

Ekstern veileder: Tom Viken





## Innhold

### *Bakgrunn*

|  |   |
|--|---|
| Et historisk perspektiv på sykdom .....                      | 4 |
| Den historiske situasjonen i Finnmark .....                  | 5 |
| Nærmere om en del risikofaktorer og livsstilssykdommer ..... | 7 |

### *Folkehelseproblemer og -strategier*

|  |    |
|--|----|
| Sosioøkonomisk status og helserisiko ..... | 13 |
| Lokalsamfunnets betydning .....            | 13 |
| Folkehelse .....                           | 14 |
| Strategier i folkehelsearbeidet .....      | 15 |
| Forebyggingsparadokset .....               | 16 |
| Frisklivsarbeid .....                      | 17 |

### *Metode*

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| Problemformuleringer .....      | 19 |
| Hypoteser .....                 | 19 |
| Materiale og metode .....       | 19 |
| Validitet og datagrunnlag ..... | 20 |

### *Resultat*

|  |    |
|--|----|
| Sammendrag av lokal undersøkelse og offentlig statistikk ..... | 22 |
| Hvilket tilbud finnes i kommunene fra før?                     |    |
| Tilbud til hele befolkningen .....                             | 24 |
| Tilbud til risikopasienter .....                               | 25 |

### *Diskusjon*

|   |    |
|---|----|
| Tolking av resultater fra undersøkelsen.....  | 26 |
| Generelle tiltak for hele befolkningen .....  | 28 |
| Tiltak for høyrisikogrupper .....             | 31 |
| Utfordringer knyttet til kommuneøkonomi ..... | 32 |
| Hypotesetesting .....                         | 33 |
| Konklusjon .....                              | 33 |
| Referanser .....                              | 34 |

Vedlegg 1: spørreskjema brukt i den lokale undersøkelsen

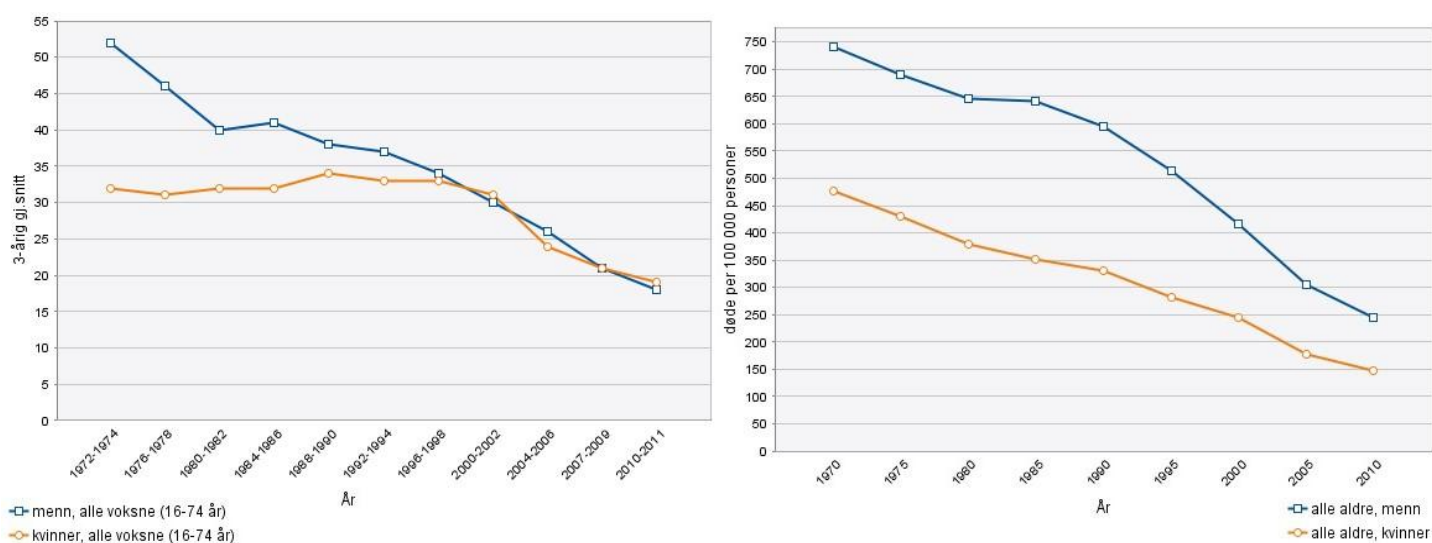
## Et historisk perspektiv på sykdom

Helseutfordringene samfunnet står overfor er i endring. Helt frem til midten av forrige århundre var det smittsomme sykdommer som var hovedårsak til død, sykdom og redusert livskvalitet i Norge. I dag er det svært få dødsfall i Norge som skyldes smittsomme sykdommer, og både død og sykdomsbyrde forårsakes i stor grad av kroniske, livsstilsrelaterte sykdommer som kreft, hjerte-kar-sykdom, KOLS og diabetes.

Robert Koch og Louis Pasteur var de som satte i gang bekjempelsen av de smittsomme sykdommene da de på slutten av 1800-tallet oppdaget at bakterier og virus var årsak til infeksjonssykdommene. Det ble da økt fokus på oppsporing av smitekilder og sanering av smittestoff. Det ble samtidig kjent at trange boforhold, dårlig hygiene og ernæring var faktorer som fører til oppblomstring av infeksjonssykdommer. Fra 1940-årene kom det en rekke antibiotika på markedet som revolusjonerte behandlingen av bakterielle infeksjoner. I tiårene etter utviklet man etterhvert de første vaksinene som ble en viktig brikke i det smitteforebyggende arbeidet.

Hjerte-kar-epidemien vokste fra ca 1945. Mange menn døde av hjerteinfarkt før de fylte 65 år. Rundt 1970 snudde derimot utviklingen, og nedgangen i hjertedødsfall sank betraktelig gjennom 1990-årene. De fleste infarktdødsfall skjer i dag etter fylte 65 år [1]. Livstidsrisikoen for å dø av hjerteinfarkt var i år 2000 halvert sammenlignet med 1970. Denne sterke tilbakegangen skyldes i stor grad forbedring i kostholdsvaner hos befolkningen. Mange har dessuten sluttet å røyke, noe som også har hatt en enorm påvirkning på hjerte-kar-dødeligheten.

Figur: Utviklingen i andel dagligrøykere (venstre) fra 1972 til 2011, sammenlignet med dødelighet av hjerte-kar-sykdom (høyre) fra 1970 til 2010. Bearbeidet, fra [www.norges-helsa.no](http://www.norges-helsa.no).



Forekomsten av kroniske sykdommer er økende, og vil fortsette å stige i årene fremover. Særlig gjelder det type 2-diabetes og kronisk obstruktiv luftveissykdom (KOLS). Forekomsten av diabetes 2 er tredoblet de siste 30 årene[1]. Hyppigheten av KOLS vil fortsette å stige, ettersom røykeandelen i befolkningen, særlig blant de middelaldrende, fortsatt er høy. Andelen kvinner som utvikler KOLS vil være økende fordi det i dag er like mange kvinner som menn som røyker.

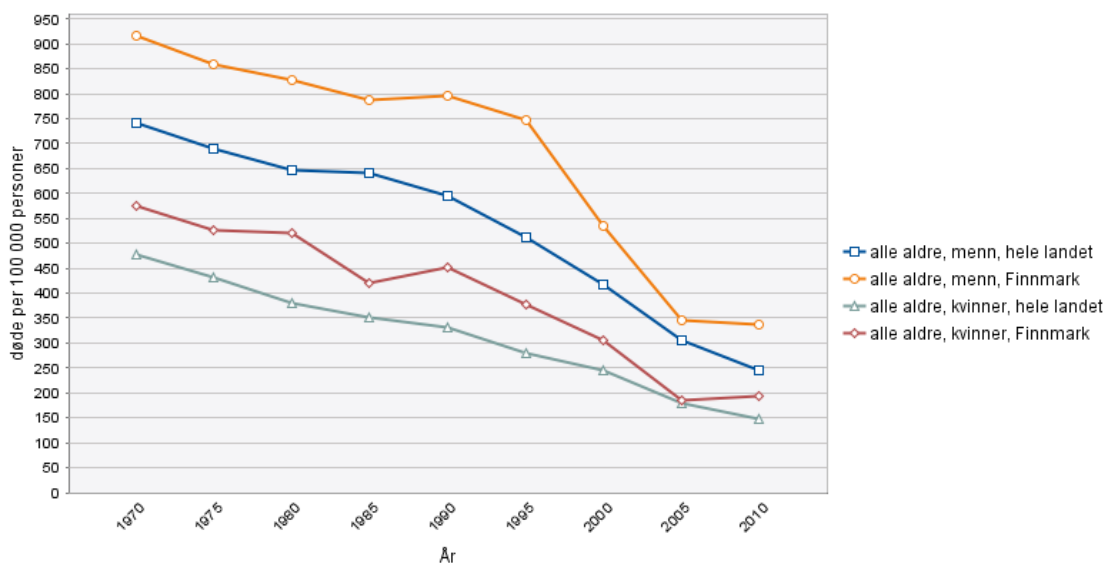
Det blir stadig flere overvektige. Overvekt, definert som kroppsmasseindeks (KMI) over 25, er kjent å øke risiko for diabetes 2, hjerte-karsykdom og kreft. 20 % av dagens nordmenn har en KMI på over 30 (fedme). Andelen barn som er overvektige er også betraktelig forhøyet. 18-23% av norske barn mellom 8-12 år har utviklet overvekt eller fedme[1]. Dette er urovekkende tall.

Samtidig som sykdomsbildet endres, blir befolkningen stadig eldre. Fra å være 4,7 yrkesaktive per alderspensjonist i år 2000, sier prognosene at tilsvarende tall vil være 3,5 i 2030, og 2,9 i 2050[1]. Dette bidrar ytterligere til å øke belastningen på helsevesenet, og gjør at dagens organisering av helsetjenestene ikke er bærekraftig, selv på relativt kort sikt. Nye organiseringsmetoder og økt fokus på forebygging er hovedtrekkene i de politiske styringsdokumentene i denne sammenheng: Samhandlingsreformen fra 2009 og Folkehelseloven fra 2011.

### **Den historiske situasjonen i Finnmark**

Finnmark har så lenge man har drevet systematisk fylkesvis registrering hatt en total dødelighet som har vært høyere enn landsgjennomsnittet. I 1890 var det en overdødelighet i Finnmark på 53%[2]. I perioden 1976-1980 var det redusert til 24% for menn og 14% for kvinner; en klar tilnærming til landsgjennomsnittet. Denne tilnærmingen skjedde fra midten av 1920-årene, men stoppet opp på 1950-60-tallet med altså fortsatt en betydelig overdødelighet. Dette skyldtes i hovedsak en høy overdødelighet av hjerte-kar-sykdommer, røykerelatert kreft og ulykker innen fiskerinæringen.

Figur: grafisk fremstilling av dødelighet av hjerte-kar-sykdommer fra 1970 til 2010, fordelt på kjønn og sammenlignet mellom Finnmark fylke og landsgjennomsnittet. Hentet fra [www.norgesghesla.no](http://www.norgesghesla.no).



Siden den første Finnmarksundersøkelsen ble foretatt i 1974-75 er det blitt gjennomført gjentatte undersøkelser med tre til ti års mellomrom. Det er blitt dokumentert en spesielt ugunstig livsstil med stort forbruk av kaffe og tobakk, stor belastning av høyt blodtrykk og andre risikofaktorer for å utvikle sykdom som hjerte-kar-sykdommer, lungesykdommer, kreft og diabetes. Undersøkelsene har også gitt opphav til en rekke intervensjonsstudier som har gitt verdifull innsikt og kunnskap om effektive forebyggingstiltak.

Kystkommunene Gamvik og Lebesby, på Nordkyn-halvøya helt nord i Finnmark, har vært klassiske eksponenter for de nevnte forskjellene. Nå ønsker helsetjenesten i kommunene en bedret oversikt over tilstanden per i dag. Dette ønsket skyldes blant annet Samhandlingsreformens økte forpliktelser for kommunene i forebyggende helsearbeid. Målet er en helhetlig oversikt over helseutfordringer lokalt, og hvordan det forholder seg til utviklingen nasjonalt. Dette gjøres for å kunne sette inn målrettede tiltak på de områdene der det trengs mest. Denne oppgaven vil forsøke å bidra til en slik forbedret oversikt, samtidig som vi vil komme med forslag til lokalt tilpassede, målrettede tiltak for bedret folkehelse.

## Nærmere om en del risikofaktorer og livsstilssykdommer

### Overvekt

Overvekt er etter WHO's definisjon å ha en kroppsmasseindeks (KMI) over 25 (se tabell). Bruken av livmål (omkrets 2 cm over navlen) er økende som supplement til KMI, og er trolig like viktig for risikoen for å utvikle diabetes som KMI er.

| KMI<br>(vekt(kg)/høyde(m) <sup>2</sup> ) | Klassifisering                            |
|--|---|
| Under 18,5                               | Undervektig                               |
| 18,5-24,9                                | Normalvektig                              |
| 25-29,9<br>(25-26,9)                     | Overvektig (Overweight)<br>(Noe overvekt) |
| 30-34,9                                  | Fedme (obesity), grad 1                   |
| 35-39,9                                  | Fedme grad 2                              |
| 40 og over                               | Fedme grad 3                              |

Sykkelig overvekt er etter den norske definisjonen enten KMI over 40, eller KMI over 35 sammenfallende med kroppslige symptomer som har sannsynlig årsak i fedmen (HUNT-rapport 2011). [4]

| Livmål (cm)<br>(menn/kvinner) | Risiko for metabolske<br>komplikasjoner |
|-------------------------------|---|
| Under 94/under 80             | Normal                                  |
| 94-101/80-87                  | Moderat forhøyd                         |
| 102 +/ 88 +                   | Betydelig forhøyd                       |

Figur: WHO's KMI-klassifisering og anbefalinger for livvidde hos kaukasiere[3].

Ifølge Statistisk sentralbyrå (SSB)

har fire av ti nordmenn KMI over 25 [5]. Overvekt er mer utbredt blant menn enn kvinner: Omtrent 30% av mennene og rundt 20% av kvinnene har KMI over 27 (SSB opererer med mellomklassen "noe overvekt" for KMI 25-26,9). Så mange som én av fem lider av fedme (KMI over 30). Middelaldrende menn er verstingene: opptil 76% av 40-årige menn har KMI over 25 (folkehelseloven 4.2.1).

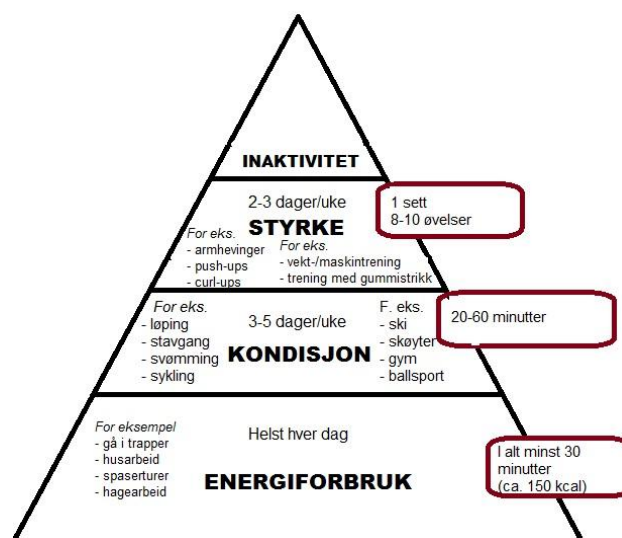
Også barn og unge eser ut. Blant ungdom i alderen 16-24 år er det 12% som er overvektige med KMI over 27. Det står ikke noe bedre til blant de yngste barna: 15-23% av barn mellom 8-12 år har KMI over 25. [1]

Overvekt skyldes delvis genetisk disposisjon, men det forklarer ikke økningen de siste tiårene. Utviklingen henger hovedsakelig sammen med velstandsøkningen i Norge og den vestlige verden, med stor tilgang på næringsrik kost, og et lavere aktivitetsnivå i hverdagen – både i skole- og arbeidssituasjon og på fritiden.

### Fysisk aktivitet

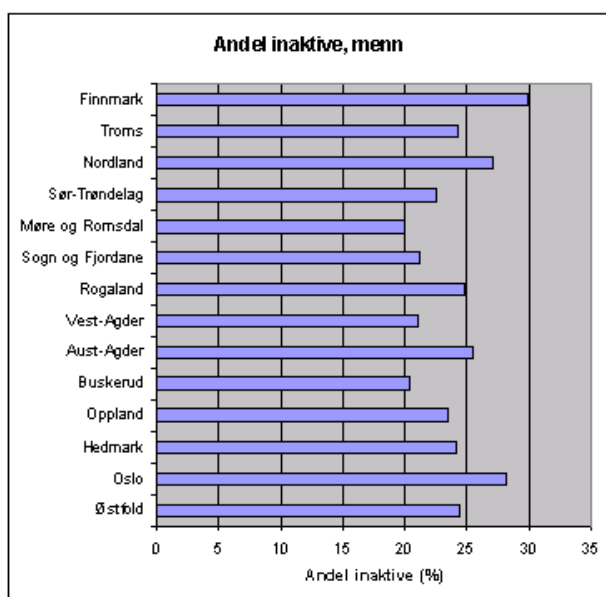
Helsedirektoratet samarbeider med helsemyndighetene i de andre nordiske landene, samt WHO, om anbefalinger for fysisk aktivitet[6]. De er for tiden under revisjon, men de gjeldene anbefalingene tilsier minst 30 minutter moderat aktivitet hver dag for

voksne. Dette anbefales som et minimum for helsefremmende effekt. Dose-respons-forholdet mellom aktivitet og uhelse er likevel kontinuerlig også på lave nivåer, slik at om man går fra komplett inaktivitet vil også en ukentlig treningsøkt kunne gi en betydelig helseforbedring. Det er vist at det er størst forskjell i helse mellom de inaktive og de lett aktive. Ytterligere aktivitet utover anbefalingene vil gi økt helsegevinst. Dette kan gjøres enten i form av økt intensitet eller økt mengde. I helsedirektoratets "Aktivitetshåndbok"[7] fra 2009 finner vi "aktivitetspyramiden" (se figur), der det foreslås kondisjonstrening og styrketrening ca. 3 ganger i uken i tillegg til grunnaktivitetsnivået.



Figur: aktivitetspyramiden (kopiert for frihånd etter tegning i aktivitetshåndboken)

Slik det er i dag er det en liten andel som møter anbefalingene. Kun rundt 20% av den norske befolkningen er tilstrekkelig fysisk aktiv til at det skal gi en helsemessig gevinst [8]. Siden de fleste i dag har stillesittende arbeid i jobbsituasjonen, må det meste av aktivitetsøkningen komme på fritiden. Likevel er det 20-30% av norske menn i 40- og 45-årsalderen som for det meste sitter stille i fritiden, og Finnmark er dårligst i klassen [6].



Figur : Andel 40- og 45-årige menn som sitter mest stille i fritiden (her definert som inaktive). Kilde: Helseundersøkelser i norske fylker. Troms, Finnmark: 2001-03 (40 og 45 år). Oslo, Hedmark, Oppland: 2000-2001 (40 og 45 år). Øvrige fylker: 1997-99 (40-42 år). Figuren er hentet fra faktaarket om fysisk aktivitet.

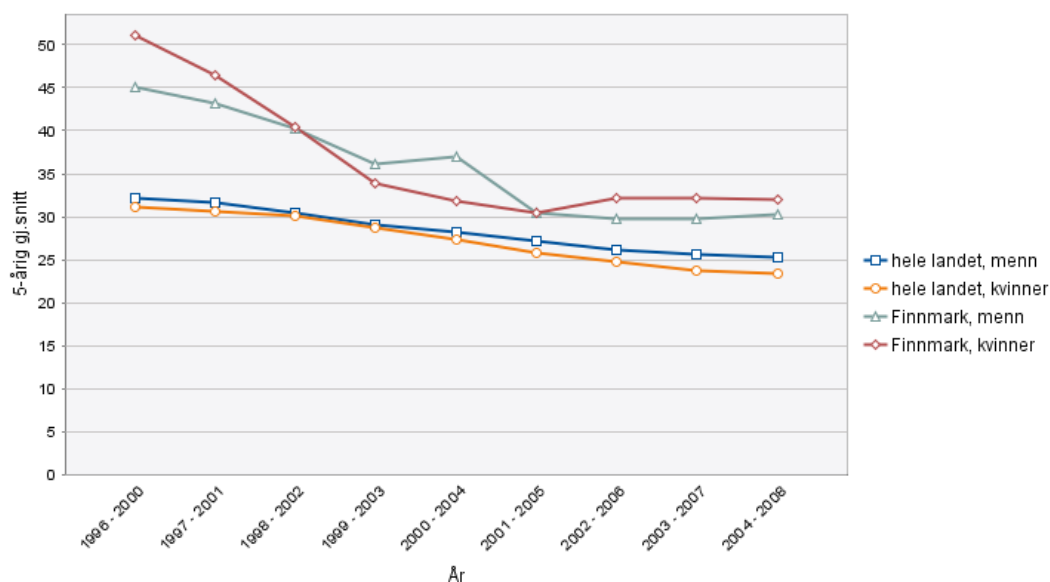


For større barn og ungdom er føringene fra Folkehelseinstituttet at de skal være i høy aktivitet minst 1 time om dagen [6]. Blant 9-åringene tilfredsstillt 90% av guttene og 75% av jentene målet om minst 60 minutter daglig aktivitet. Blant 15-åringene er det imidlertid bare rundt 50% som er aktive nok, og 11% jenter og 18% gutter i 10.klasse i Finnmark blir ikke svett eller andpusten minst en gang ukentlig i fritiden (2000-2004) (faktaarket). Selv om det har vært en viss økning i aktivitetsnivået på fritiden, er det altså fremdeles alt for lavt. Det å øke aktivitetsnivået og fordele det jevnere utover (blant barn er de mest aktive 3-4 ganger mer i bevegelse enn de minst aktive) er et av de aller viktigste tiltakene for bedret folkehelse.

## Tobakk

Over de siste tiårene har det blitt stadig færre røykere, og trenden fortsetter. I 1975 var over 40% av den norske voksne befolkningen dagligrøykere. I 2011 var det ifølge Statistisk Sentralbyrå [9] 17% som røyket daglig i alderen 16-74 år, 11% røyker av og til. En trend som har kommet for fullt det siste tiåret er snus som middel for røykeavvenning. Snusbruk er forbundet med økt risiko for dødelig hjerteinfarkt og hjerneslag[10]. Det er påvist økt risiko for pancreascancer, men ikke signifikant for andre kreftformer[11]. Ut fra føre-var-prinsippet er det likevel ikke mulig å anbefale snus i røykeavvenning.

Figur: Utviklingen i andel dagligrøykere mellom 16-74 år, 1996-2008. Fra [www.norgesghelsa.no](http://www.norgesghelsa.no).



## **Kosthold**

Tall fra 2008 [12] viser at mindre enn halvparten (47%) av unge voksne (16-24 år) spiser grønnsaker daglig. 37% spiser grønnsaker fire ganger ukentlig eller sjeldnere, blant alle voksne (16-64 år) er dette tallet 25%. Det er noe flere som spiser frukt daglig, mens det fortsatt er mange som spiser frukt sjeldnere enn fem ganger ukentlig. Nordmenn har imidlertid blitt bedre når det gjelder forbruk av søtsaker og sukkerholdig drikke, der man har sett en tendens i riktig retning fra 2005 til 2008.

Det verserer en drøss med ulike kostholdstrender, med lavkarbo-bølgen som den nyeste. Disse er ikke i tråd med offentlige kostholdsråd, som sier at 50-60 prosent av energibehovet bør dekkes av karbohydrater. Fortsatt er det "5 om dagen" som er de gjeldende anbefalingene for frukt og grønt. For andre matgrupper anbefales en reduksjon av meierifett og animalsk fett, økning av marint fett, grovere kornvarer og mer bønner, linser og nøtter. Rent kjøtt er å foretrekke, og saltinntaket er fortsatt for høyt.

Mange er av den oppfatning av at sunn mat er dyr mat, som bare til en viss grad er en myte. Et problem er at befolkningen generelt har en feilaktig oppfatning av at de spiser sunt nok. Men det er mange som kutter frokost, også blant skoleelever. Det er få som har med frukt på skolen, og flere dropper også matpakken og kjøper heller en bolle eller fin baguett og brus til lunsj. Dette er problematisk både med tanke på overvektsutvikling, og med tanke på konsentrasjonsevner og læringsutbytte. Man kan stille seg spørsmålet: hva skjedde med den gode gamle matpakken med grovbrød og melkepakke?

## **Hypertensjon**

Hypertensjon er utbredt, og er en av de ti viktigste bidragsyterne til den globale sykdomsbelastningen. Høyt blodtrykk er estimert å være årsak til mer enn sju millioner dødsfall årlig, eller 13% av alle dødsfall. I Norge har vi tall fra 40-åringsundersøkelsene frem til 2003, der prevalensen av hypertensjon varierer fra 0,3% til 6,7% avhengig av geografi og kjønn. HUNT-undersøkelsen [13] 1995-1997 viste at 48% av deltakerne hadde blodtrykk over eller lik 140/90 eller brukte blodtrykkssenkende medisiner. Andelen varierte fra 7-85% etter kjønn, alder og hvorvidt man hadde hypertensjon i slekten.

Overvekt og fedme har spesielt sterk sammenheng med prevalens av hypertensjon i ung voksen alder. Tiltak mot overvekt kan derfor være spesielt viktig hos unge – det vil ha størst effekt på sykdomsfrie leveår og levetid hvis tiltakene lykkes.

## **Diabetes mellitus**

”Sukkersyken” er vår vanligste stoffskiftesykdom. Den er også en av de vanligste kroniske sykdommer, og rammer en stadig større del av befolkningen. Rundt 25.000 nordmenn har type 1-diabetes, ifølge diabetesforbundets nettsider [14]. Rundt 600 nye tilfeller diagnostiseres hvert år, ca 300 av disse barn under 15 år. Det har vært en fordobling i antallet barn som får type 1-diabetes de siste 30 årene.

Trolig har omtrent 350 000 nordmenn type 2-diabetes, men det antas at nærmere halvparten av disse ikke har fått stilt diagnosen, og ikke selv er klar over at de har diabetes. Antall nordmenn med type 2-diabetes er firedoblet de siste 50 år, og 6000-7000 nordmenn årlig får diagnosen type 2-diabetes.

## **KOLS**

KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom) oppstår etter irritasjon/skade av lungevevet. Sykdommen fører til en betydelig grad av uførhet og kan være dødelig. To tredeler av KOLS-tilfellene skyldes røyking[15]. Anslagsvis 370.000 personer i Norge har ulike grader av KOLS. Hele fire av ti personer med KOLS vet ikke at de har det, i følge beregninger fra KOLS-rådet. Det er vist å være mer skadelig å røyke for kvinner enn for menn. Kvinner får tidligere KOLS, sykdommen er lengre utviklet ved diagnosetidspunkt, og den oppstår etter mindre eksposisjon for tobakk. Årsakene til dette er fortsatt usikre.

## **Kreft**

Sammenhengen mellom røyking og lungekreft er veletablert[16]. Lungekreft er en av de krefttypene med dårligst prognose, kun 12-15% er i live fem år etter diagnosen når man ser alle typer og stadier over ett. 80-90% av lungekreft-tilfellene skyldes røyking[17]. Røyking øker også risikoen for flere andre krefttyper, blant annet i munn/nese/hals, mage og tarm, bukspyttkjertel, nyre og blære. Omtrent 30% av alle kreftdødsfall på verdensbasis skyldes røyking[18].

Andre livsstilsfaktorer påvirker også kreftrisikoen: Enda en tredjedel av kreftdødsfall er relatert til overvekt, inaktivitet eller dårlig ernæring[18], og kan dermed også forebygges.

## Hjerte-kar-sykdommer

Før 1900 var hovedårsaken til dødsfall av hjerte- og kar-sykdommer i alderen 5–39 år revmatisk klaffefeil etter giktfeber. I dag er det åreforkalkning i hjertekransårene og på hjerteklaffene, og forkalkning og embolisering av blodårene til hjernen som forårsaker dødsfall.

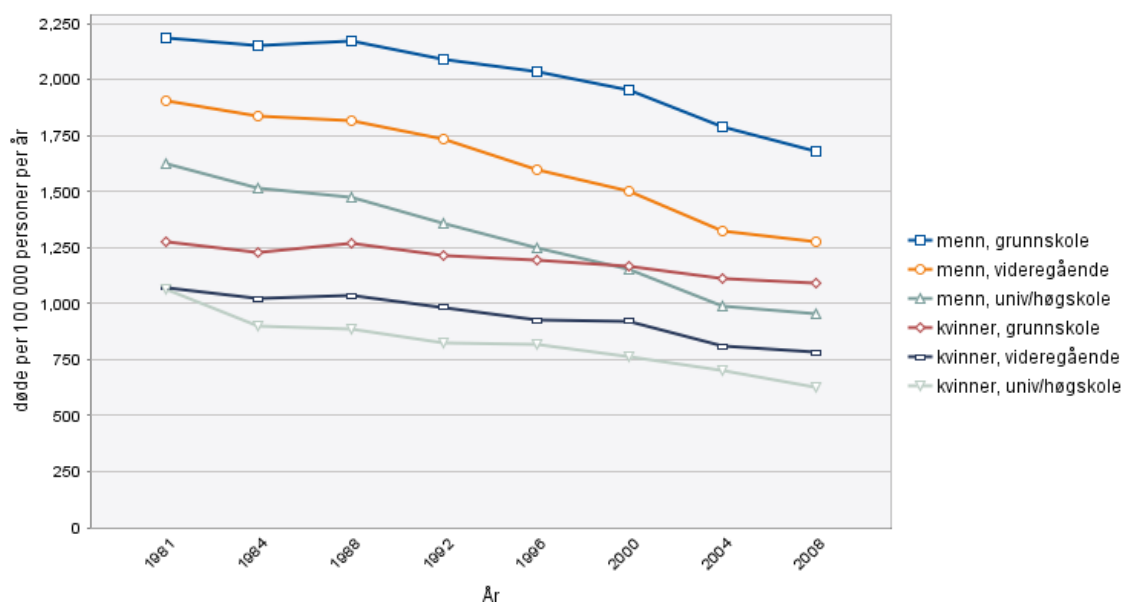
Risikofaktorer for utvikling av hjerte-kar-sykdom er røyking, genetisk disposisjon, mannlig kjønn, diabetes, høyt kolesterol, overvekt, høyt blodtrykk, lite fysisk aktivitet og stress. Flere av disse risikofaktorene kan heldigvis gjøres noe med. Intervensjoner som røykestopp, god diabeteskontroll, bedret kosthold med frukt og grønt, og økt aktivitet kan forhindre skadeomfanget og kan spare mange tapte leveår. Tidlig behandling kan forhindre at sykdommen utvikler seg.

## Folkehelseproblemer og -strategier

### Sosioøkonomisk status og helserisiko

Det er blitt mer og mer vanlig å se helse og sykdomsbelastning i sammenheng med sosioøkonomisk status. Hyppig brukte parametre er inntektsnivå eller utdanningslengde, aller oftest det siste. Det har lenge vært en kjent sammenheng mellom kortere utdanning og økende helserisiko. Lavt utdannede grupper (med grunnskole som høyeste fullførte utdanning) har økt belastning av kroniske sykdommer, flere psykiske lidelser, en mindre gunstig livsstil med mindre aktivitet og mer tobakk, og høyere total dødelighet.

Figur: Dødelighet etter utdanning, alle voksne (25+ år), 1981-2008. Kilde: Norgeshelsa.



### Lokalsamfunnets betydning

Helse er ikke bare fravær av sykdom. God helse er en subjektiv opplevelse som varierer fra person til person, der flere forhold spiller inn: fysisk og psykisk sykdom, arbeidssituasjon, sosialt nettverk, mestringsfølelse og mye annet. Slik kan to personer med samme diagnostiserte lidelse oppleve sin helse svært ulikt, og en som på papiret er frisk kan ha en dårligere opplevd helse enn pasienter med alvorlige diagnoser.

Folkehelse, som summen av individenes helse eller uhelse i et samfunn, er påvirket av de samme forholdene. Kvaliteter i lokalsamfunnet kan kompensere for økt sykdomsbelastning, mens manglende kvaliteter kan overskygge underliggende god helse eller skape ny uhelse. Den skotske sosiologen Sally Macintyre har forsket på lokalsamfunnets innvirkning på helse, og funnet at for alle sosiale klasser gjelder det at

helsen er bedre hvis lokalsamfunnet er i god stand[19]. Et lokalsamfunns tilstand avhenger av boligstandard, infrastruktur, avstand til besluttsende organer, frivillig aktivitet, arbeidsledighet og voldsnivå.

Kommunene langs Finnmarks-kysten har et lavere utdanningsnivå, og økt sykdomsbelastning. Kan lokalsamfunnene kompensere for dette? De er små, nært knyttet sammen, gjennomsiktige og med kort opplevd avstand til besluttsende organer (selv om avstanden i kilometer ofte er lang, er den mentale avstanden kort, i og med at kommunestyret er nærmere knyttet til grasrota og mannen i gata enn i større byer, der det er flere yrkespolitikere.) Deltagelse i frivillige organisasjoner og idrettslag er utbredt, og det er rikelig med tilgang på natur og friluftsområder. Det er også en stor grad av selveide boliger. Kort sagt er sjansen for å falle helt utenfor ofte mindre i en liten utkantkommune enn i større byer. Derfor er det rimelig å anta at det er bedre å tilhøre en lavere sosial klasse i kyst-Finnmark, enn i en storby.



Figur: "social inequalities in health" [20]

## Folkehelse

Sundhetsloven av 1860 er den første helhetlige lovteksten som behandler det vi i dag omtaler som folkehelsearbeid. Det viser at forebyggende helsearbeid har lange tradisjoner tilbake i tid, og man finner spor av sykdomsforebyggende og –begrensende tiltak helt tilbake til middelalderen, blant annet som karantenebestemmelser for skip. Fra 1.1.2012 trer den nye Folkehelseloven i kraft. Nå som den gang, er det kommunene som har hovedansvar for folkehelsearbeidet i Norge – organisert innen helsesektoren, men også i all virksomhet for øvrig. Å legge ansvaret for folkehelsearbeidet til kommuneadministrasjonen, i stedet for helsesektoren, er et av de viktige grepene i den nye lovgivningen. Sitat fra formålsparagrafen: "Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid.[21]"

Bred organisering er et av folkehelsearbeidets fire grunnprinsipper: "Helse i alt vi gjør". Det er altså ikke først og fremst helsesektorens oppgave å drive grunnleggende folkehelsearbeid – dens rolle kommer ett hakk senere i forebyggingsarbeidet. Folkehelse fremmes best ved at befolkningen hver dag og i alle situasjoner har mulighet til å gjøre sunne valg og leve i helsefremmende omgivelser. Eksempelvis lett tilgjengelige muligheter for aktivitet (idrettsetaten), muligheter til å la bilen stå (sykkelveier, kollektivtrafikk), trygg utdanning, sosiale treffpunkter (kultursektoren), vann og kloakk, trygg mat og så videre.

De øvrige grunnprinsippene i folkehelsearbeidet er "utjevning", "bærekraftig utvikling" og "føre-var-prinsippet". I disse begrepene ligger det at folkehelsearbeidets hovedoppgave er å sørge for at god helse er mest mulig jevnt fordelt i befolkningen, at helse- og folkehelsearbeidet må være økonomisk og personellmessig bærekraftig over lang tid, og at tiltak med antatt effekt ikke nødvendigvis må være evidensbasert og meislet i stein før de kan settes i verk; og enda viktigere at tilstander med mulig skadelig effekt skal forhindres selv om skadeeffekten kan være tvilsom.

### **Strategier i folkehelsearbeidet**

*Primærforebygging:* Primær forebygging omfatter generelle tiltak rettet mot store og uselekterte befolkningsgrupper (massestrategier), og handler om å forhindre at sykdom oppstår. Virkemidler som brukes kan være alt fra påvirkning (holdningskampanjer) og lavterskeltilbud (åpne fotballbaner) til påbud (overvåkning, lovregulering). Man kan imidlertid støte på problemer med å få tiltakene/kampanjen til å nå ut til alle, og ofte er de mest utsatte minst mottakelige. Derfor kan primærforebygging fremstå som et uopnåelig ideal (se mer om forebyggingsparadokset).

I arbeide med primærforebygging er "helse i alt vi gjør" et viktig prinsipp. Det er god folkehelse i å få alle i arbeid, gi gode muligheter for utdanning, tilrettelegge for sunne valg, gi gode kulturtilbud og å sørge for en tilfredsstillende boligsituasjon. Dette er virkemidler som ligger utenfor helsesektorens rekkevidde, men er vesentlige i forebyggingsarbeidet.

*Sekundærforebygging* brukes om tiltak som skal hindre at sykdom vedvarer eller videreutvikles. Der primærforebygging er rettet mot en hel befolkningsgruppe (for eksempel alle elever i småskolen i en kommune), er sekundærforebygging rettet mot identifiserte grupper som er spesielt utsatt ut fra at de har etablert en eller flere risikofaktorer (for eksempel overvektige barn). Forebygging på dette nivået gir muligheten til å målrette intervensjonen, men ulempen er at det er usikkert hvor mange

i risikogruppen som ville kommet til å utvikle sykdom hvis tiltakene ikke hadde blitt gjennomført. Det gir altså god effekt for individet, men liten påvirkning på folkehelsa. Dessuten må man ta seg i vare for å unngå ”bjørnetjenester” som varig stempeling av en gruppe eller sykeliggjøring av risikofaktorer (medikalisering).

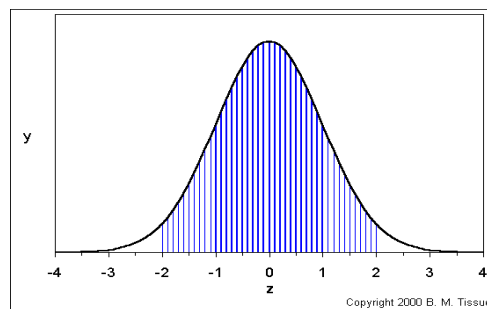
*Tertiærforebygging* er tiltak rettet mot identifiserte, ofte tungt belastede målgrupper. Innsatsen går ut på å motvirke en forverring av problemene og utvikling av følgetilstander, og grenser derfor opp mot behandling og rehabilitering. Eksempler på tertiærforebyggende arbeid innen rusarbeid kan være mobilt helseteam, sprøyteautomater og metadonprosjekt. Tilsvarende innen frisklivsarbeidet kan en kanskje tenke seg mobile aktiviseringsteam som drar hjem til folk og hjelper dem ut på tur? Diabetesmedisinering kan også være et eksempel på tertiærtiltak med sikte på å hindre utvikling av følgesykdommer. Tertiærforebygging utgjør en stor forskjell for pasienten, men har svært liten innvirkning på den totale sykkeligheten i befolkningen, selv om det har stor effekt for enkeltindividet. Det er ofte kostbare, intensive tiltak, og er derfor en lite samfunnsøkonomisk måte å drive forebygging på.

### **Forebyggingsparadokset:**

Primærforebyggende tiltak, særlig i form av lover og regler, kan også virke som en belastning for hver enkelt, der man ikke ser fordelene for sin egen del. Dette kalles forebyggingsparadokset, og baserer seg på følgende:

En stor gruppe individer med liten risiko gir mange sykdomstilfeller, mens en liten gruppe høyrisikoindivider gir få sykdomstilfeller. Primærforebyggende tiltak fører til en liten, kanskje knapt merkbar, endring for hvert individ, men siden det påvirker så mange har det stor befolkningsgevinst. Høyrisikostrategier gir stor gevinst for individet, men har liten innvirkning på folkehelsen.

Helseatferd, som fysisk aktivitet, kan ansees som tilnærmet normalfordelt (figur, [20]), der de fleste er ”normalt” aktive, mens noen svært få er toppidrettsutøvere, og noen få i den andre enden er helt inaktive. Ved vellykkede massestrategier forskyves tyngdepunktet for normalfordelingskurven litt i gunstig retning. Det gir stort utslag på folkehelsa, og vil også føre til at det blir færre i den mest inaktive gruppen, altså at høyrisikogruppen blir mindre.





Dette taler for at forebyggingstiltak i første rekke bør organiseres som masse-strategier som for eksempel flere timer kroppsøving i skolen; da vil det bli færre i høyrisikogruppene. Som tillegg vil det være nødvendig med individrettede tiltak som personlig veiledet trening og diett, men primærforebyggingen må ligge i bunnen.

### **Frisklivsarbeid**

Frisklivsarbeid kan defineres som individ- og grupperettede tiltak for å fremme god helseatferd og for å sikre sosiale fellesskap. [22]

Til sammenligning er folkehelsearbeid definert som samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse.

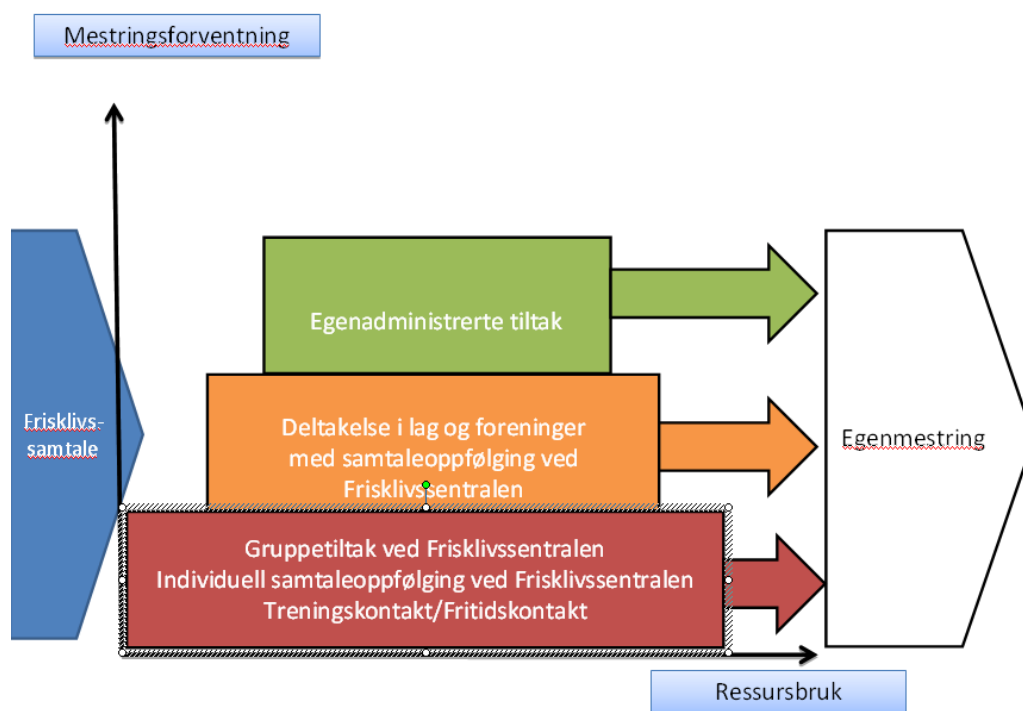
Frisklivsarbeid er altså rettet mot en smalere gruppe av befolkningen, og er tiltak som hører til under sekundær- og tertiærforebygging. Der folkehelsearbeid er en del av alle kommunale sektorer, ytes frisklivsarbeid først og fremst av helsesektoren.

Helsedepartementet har utgitt en veileder for organisering av slikt arbeid i frisklivssentraler [22]. Dette er "kommunale kompetansesentere for oppfølging og veiledning, primært innen helseatferdsområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk." De er primært et tiltak for høyrisikogrupper, der fastlegen eller andre definerte helsepersonell henvise sine pasienter til sentralen med en frisklivsresept/"grønn resept" for å få personlig oppfølging og veiledning.

Ved sentralen vil det være tilknyttet fagpersonell som leger, fysioterapeuter, helsesøstre, næringsfysiologer, gymlærere ect. Et tverrfaglig samarbeid mellom flere yrkesgrupper vil være ressursbesparende og nyttig.

Frisklivssentralene har også et innslag av lavterskeltilbud, da det er foreslått tiltak som turgrupper og tilbud om variert innendørsaktivitet der alle kan komme og delta på eget initiativ.

Frisklivssentralen skal "styrke individets mestring av egen helse, primært gjennom endringsfokusert veiledning og tilpassede tiltak for fysisk aktivitet, bedre kosthold og røykeslutt.[22]" Man benytter anerkjente og dokumenterte metoder. I bunnen ligger en innledende frisklivssamtale, der deltakeren får hjelp til å identifisere problem og mulige løsninger. Da kartlegges også egen mestringsfølelse og forventninger, og dermed tilrettelegges videre tiltak ut fra dette. Frisklivssentraler er vist å rekruttere deltakere med lav utdanning, og er slik et godt hjelpemiddel for å redusere sosiale helseforskjeller.



Figur: Trappemodellen.

Frisklivssamtalen gir grunnlag for å differensiere tiltakene ut fra deltakerens ønsker og forventninger til egen mestring av endring i helseatferd. Rød boks er oppfølging med jevnlig kontakt med sentralen. Oransje boks viser oppfølging av deltakere som har sporadisk kontakt med frisklivssentralen. Grønn boks illustrerer at de som er klare for å sette i gang med egenadministrerte tiltak i liten grad følges opp av FLS. Figur og forklaring fra FLS-veilederen [22], side 21.

## Problemformuleringer

- 1) Hvordan er utbredelsen av de følgende risikofaktorer i Gamvik og Lebesby kommuner? Sterk overvekt, røyking og høyt blodtrykk.
- 2) Hvordan er utbredelsen av de følgende sykdommer i Gamvik og Lebesby kommuner? Diabetes, KOLS og hjerteinfarkt. Vi vil søke å finne sammenlignbare nasjonale tall.
- 3) Hvordan kan man tilrettelegge for sunne valg for befolkningen i Gamvik og Lebesby kommuner? Må høyrisikogruppen ha spesielle tilbud?

## Hypoteser

- 1) Det er større forekomst av KOLS, diabetes og sterk overvekt i Gamvik og Lebesby enn i landet for øvrig.
- 2) For gjennomlevd hjerteinfarkt, røyking, høyt blodtrykk og astma vil vi forvente mindre avvik fra landsnormalen.

## Materiale og metode

Denne artikkelen er basert på tilgjengelig offentlig helsestatistikk fra folkehelseinstituttet (fhi.no, [23, 24]) og Helse Nord's helseatlas for Nord-Norge[25], samt en befolkningsundersøkelse gjennomført i kommunene Gamvik og Lebesby i 2009 i forbindelse med vaksineringsundersøkelse for H1N1-viruset (svineinfluensaen). Spørreskjema er vedlagt[26]. Disse to kommunene har et utstrakt samarbeid om helsetjenester. Undersøkelsen var en generell kartlegging av befolkningens helsetilstand for å bedre kommunenes oversikt, samt å legge til rette for prioritering i vaksineringskøen. Undersøkelsen bestod av et skjema over tre A4-sider med avkrysningsbokser for egenrapportering av helse. På skjemaets del 1 ble det stilt spørsmål om personalia, sivilstatus, boligsituasjon, røykestatus og medisiner. Del 2 inneholdt en liste over sykdommer og risikofaktorer som kunne tilsi prioritet for vaksineringskøen, der man kunne krysse av for "har" eller "har hatt". Før vår behandling av skjemaene ble de anonymisert manuelt av en uavhengig person ved kopiering uten personalia. Svarene ble deretter lagt inn i et regneark, der det ble beregnet gjennomsnitt og forekomst i materialet.

Videre har vi gjennomført søk på PubMed og Swemed der vi valgte ut enkeltartikler og oversiktsartikler innenfor de relevante temaer. Søkord som ble brukt inkluderte: obesity, diabetes, lifestyle intervention, prevention, management, smoking, smoking cessation, samt kombinasjoner av disse. Artikler med nyere dato ble foretrukket.

## Validitet og datagrunnlag

Til den lokale undersøkelsen er det knyttet en rekke usikkerhetsmomenter hva gjelder bias og validitet. Selv om spørreskjemaet ble delt ut til alle, var det frivillig å svare. Det er dermed ikke mulig å vite om respondentene er representative for aldersfordeling eller helsetilstand i befolkningen som undersøkes, dog med en viss indikasjon aldersmessig i klassifisering over eller under 64 år. Antagelig vil det være en høyere svarprosent blant de som anser seg som syke enn de som føler seg friske, slik at anslagene blir høyere enn realiteten. Ut fra at sykdomsbelastningen er større hos den eldre befolkningen, vil det også antakelig være en "høyreforskyvning" i aldersfordelingen blant respondentene i forhold til realiteten i kommunene. Man kan også tenke seg at personer som er i kontakt med helsevesenet er mer tilbøyelige til å svare på undersøkelsen (seleksjonsbias). Summen av dette er at resultatene ikke kan generaliseres til å si noe om hele populasjonen.

Videre er det i undersøkelsen benyttet et skjema bestående av ikke-validerte spørsmål. De er til dels upresise, og respondentene kan forstå punktene forskjellig. Særlig punktet om overvekt, der alternativene var ["normalvektig"] og [svært overvektig] er upresist og gjenstand for personlig tolking: Trolig vil mange ikke definere seg selv som svært overvektige, selv om de har passert KMI-grensen på 30. Flere hadde krysset av på linjen mellom de to boksene som tegn på at de var usikre. Enkelte oppga da også vekt og høyde slik at KMI kunne beregnes i ettertid (se tabelltekst 1).

Det er også benyttet en del medisinske termer som ikke er særlig utbredt i dagligtalen, og som kan føre til at respondentene ikke forstår hva som menes. Man kan imidlertid argumentere for at dersom en tilstand er relevant for en pasient, kjenner vedkommende også ofte den medisinske betegnelsen. Det er også forsøkt kompensert for unøyaktighet og språkutfordringer ved tilbud om hjelp fra kvalifisert, taushetspliktig helsepersonell til utfylling av skjemaet.

Når det gjelder de tallene vi har hentet fra offentlig tilgjengelig statistikk, er det også knyttet utfordringer til bruken av disse. I de forskjellige kildene er det brukt ulike variabler for å vurdere en sykdomsbelastning eller eksponisjon. Det vil for eksempel være forskjell på den anslåtte forekomst av KOLS om man undersøker egenrapportert sykdom, legemiddelbruk eller sykehuskontakt, også innenfor samme utvalg. Videre er det beregnet på ulike tidsnivå, på ulike geografiske nivå og med ulike verdier. Derfor blir det vanskelig å direkte sammenligne resultatene fra de ulike kildene, og også å sammenligne med den lokale undersøkelsen vi her har brukt.

Likevel trekker vi enkelte linjer mellom de ulike tallene fra forskjellige kilder. Heller ikke der dette er gjort, er tallene alltid direkte sammenlignbare, men vi har vurdert at det er relevant og interessant å kommentere forskjeller eller likheter i resultatene fra ulike kilder for slike lignende variabler.

I den offentlige statistikken er det benyttet validerte spørsmål på standardiserte spørreskjema med besvarelser på skjema eller over telefon. Undersøkelsene har vært utført med samme spørsmål stilt til et representativt utvalg av befolkningen fra år til år, og kan slik også tegne et bilde av utviklingen over tid. Videre er det benyttet innrapporterte tall og offentlige registre for eksempel til informasjon om dødelighet, legemiddelbruk og liggedøgn i sykehus. Disse tallene er i seg selv pålitelige, men må likevel brukes med forsiktighet til å si noe om bakenforliggende sykdom eller til å sammenlignes med andre typer tall og variabler.

## Resultat

### Sammendrag av lokal undersøkelse og offentlig statistikk

Tabell 1 viser utvalgte resultater fra den lokale befolkningsundersøkelsen i Gamvik og Lebesby kommuner, høsten 2009. Skjemaet [26] ble distribuert til samtlige av kommunenes innbyggere. I Gamvik bor det 816 personer (1.1.2012) over 20 år[27], og i Lebesby 1031. Antallet som returnerte utfylt skjema eller på annet vis besvarte undersøkelsen var lavt; i Gamvik 156 respondenter, i Lebesby 149 respondenter. Det gir en svarprosent på henholdsvis ca. 19% og 14,5%.

Tabell 1: resultater fra den lokale undersøkelsen [26].

| Antall besvarelser   | Gamvik kommune<br>n = 156 |                       | Lebesby kommune<br>n = 149 |                       |
|--|---------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|
|  | Antall                    | Andel av respondenter | Antall                     | Andel av respondenter |
| Antall røykere <sup>1</sup>                                    | 39                        | 25,0 %                | 48                         | 32,2 %                |
| Antall eldre over 64 år <sup>1</sup>                           | 75                        | 48,1 %                | 64                         | 43,0 %                |
| Antall med egenrapportert sterk overvekt                       | 25                        | 16,0 %                | 26                         | 17,4 %                |
| Antall med diabetes (uspesifisert type 1 eller 2) <sup>1</sup> | 25                        | 16,0 %                | 22                         | 14,8 %                |
| Antall med Astma <sup>3</sup>                                  | 19                        | 12,2 %                | 28                         | 18,8 %                |
| Antall med KOLS <sup>3</sup>                                   | 8                         | 5,1 %                 | 12                         | 8,1 %                 |
| Antall med høyt blodtrykk <sup>3</sup>                         | 48                        | 30,8 %                | 53                         | 35,6 %                |
| Antall med gjennomgått hjerteinfarkt <sup>4</sup>              | 14                        | 9,0 %                 | 18                         | 12,1 %                |
| Antall faste medisiner i gjennomsnitt per respondent           | 3,93                      |                       | 2,80                       |                       |

1) ja/nei-svar, antall besvarelser med "ja";  
2) Alternativene var "normalvektig" eller "svært overvektig", tallet er antallet besvarelser med avkrysning for "svært overvektig", inkludert de som hadde oppgitt vekt og høyde og der beregnet KMI var  $\geq 30$ , uavhengig av avkrysning;  
3) har/har hatt-svar, antall besvarelser med avkrysning for "har";  
4) har/har hatt-svar, antall besvarelser med avkrysning for enten "har" eller "har hatt"

Folkehelseinstituttet har i 2012 publisert "Folkehelseprofiler" for landets kommuner, der man får en enkel oversikt over kommunenes hovedtrekk innen folkehelse, og på siste side en tabell der kommunen sammenlignes med fylke og land. I Tabell 2 har vi brukt folkehelseprofilene for Gamvik og Lebesby, og hentet ut de variablene som er mest relevant for denne oppgaven, sammenlignet med tilsvarende tall på landsbasis.

Tabell 2: Utvalgte tall fra Folkehelseinstituttets "Folkehelseprofiler" [23, 24].

|  | <b>Gamvik<br/>kommune</b> | <b>Lebesby<br/>kommune</b> | <b>Norge</b> |
|--|---------------------------|----------------------------|--------------|
| Type 2 diabetes,<br>1) legemiddelbrukere   | 62                        | 51                         | 31           |
| KOLS,<br>2) legemiddelbrukere              | 126                       | 106                        | 95           |
| KOLS,<br>3) sykehusbehandlet               | 14                        | 7,3                        | 3,2          |
| Hjerte-kar-sykdom,<br>4) dødelighet        | 170                       | 121                        | 69           |
| Hjerte-kar-sykdom,<br>5) sykehusbehandlet  | 32                        | 32                         | 18           |
| 6) Behandlet i sykehus                     | 239                       | 226                        | 163          |
| Røyking,<br>7) kvinner ved 1. sv.skapsktr. | 27                        | 26                         | 20           |
| 8) Trives på skolen, 10 kl.                | 69                        | 59                         | 83           |

1) per 1000, 30-74 år (3-årig gjennomsnitt); 2) per 1000, 45-75 år (3-årig gj.snitt); 3) per 1000, over 45 år (3-årig gj.snitt); 4) per 100 000, under 74 år (10-årig gj.snitt); 5) per 100 000, over 45 år (3-årig gj.snitt); 6) pasientdøgn i somatisk sykehus per 1000 innbyggere per år (3-årig gj.snitt); 7) prosent av kvinner ved første svangerskapskontroll; 8) prosent av 10-klassinger (5-årig gj.snitt)

En annen nyskaping er Helse Nord's Helseatlas for Nord-Norge, som ble tilgjengelig for første gang i 2011. Dette er en nettplattform der man kan hente ut informasjon om helse og levekår for alle kommunene som sorterer under Helse Nord. For hver enkelt variabel kan man så få et fargekodet kart som viser hvordan kommunen kommer ut i forhold til resten av fylket eller landsdelen. I tabell 3 har vi plukket ut og systematisert variabler som forteller om levekår, folkehelse og sosiale forhold i kommunene.

Tabell 3: Tall fra Helse Nord's Helseatlas for Nord-Norge[25], utvalgte indikatorer.

|                                  | Gamvik | Lebesby | Finnmark | Norge  |                         |
|----------------------------------|--------|---------|----------|--------|-------------------------|
| Forventet levealder              | 77,3   | 76,42   | 78,61    |        |                         |
| Dødelighet hjerte-kar, kvinner   | 155,6  | 58      | 58,4     | 48,9   | per 100 000             |
| Dødelighet kjerte-kar, menn      | 185,6  | 158,4   | 180,4    | 122,6  | per 100 000             |
| Andel eldre over 67 år           | 16,7 % | 16,5 %  | 12,5 %   | 12,9 % |                         |
| Ant arb.før alder per pensjonist | 3,76   | 3,65    | 4,87     | 4,77   |                         |
| Andel 30-39 kun grunnskole       | 26,8   | 28,1    | 21,7     | 15,3   | andel mellom 30-39 år   |
| Uføre 18-49                      | 37     | 64      | 34       | 31     | per 1000 innb. 18-49 år |
| Uføre 50-66                      | 365    | 346     | 292      | 219    | per 1000 innb. 50-66 år |
| Ant døgnopphold i sykehus        | 33     | 24,1    | 20,2     | 17,1   | per 100 innbyggere      |
| Polikliniske besøk               | 71,7   | 76,7    | 91,4     | 81,1   | per 100 innbyggere      |

## Hvilke tilbud finnes i kommunene fra før?

### Tilbud for hele befolkningen

I Lebesby kommune har de følgende tilbud:

Turngruppe, fotballag, ski og skiskyting, svømmeklubb, og tae-kwon-do-klubb.

Idrettsskolen: tilbud til barn 5-6 år, samarbeid mellom idrettsforeningene der hver idrett presenteres i seks uker.[28]

Familierettede tiltak: skikarusell (ukentlige aktiviteter), vardevandring, tur-gjesteboer. Lysløyper ved de tre største tettsteder, toppturgruppe. Spinning i idrettshallen, seniordans, eldretrim (LHL), åpent svømmebasseng to dager i uken.

Skolesvømming. La-bilen-stå-kampanje.

Skolefrukt én gang i uken, kantine for ungdomstrinnet.

Gamvik:

Bryteklubb, badmintonforening, fotballag, kickboksing. Lysløpe ved Mehamn. Gang- og sykkelsti. Privat treningssenter. Ingen åpne svømmebasseng.

Begge kommuner:

Snøscooterforeninger, flere etablerte løyper. Båtforeninger og jakt- og fiskeforening.

Kulturskoler, kor, frivillighetsbaserte kulturfestivaler om sommeren. Røde Kors.



## Tilbud til risikogrupper

Bassenget i Kjøllefjord benyttes for reumatikere og av psykiatritjenesten.

Det er startet opp en satsning på frisklivsarbeid blant kronikere. Det er ansatt en sykepleier med spesialkompetanse på diabetes og KOLS. Det er utviklet et verktøy for diagnostikk og oppfølging av diabetespasienter, der rutinekontroller, årskontroll, livsstilsveiledning og løpende oppfølging inngår. På sikt er planen å utvikle tilsvarende verktøy for KOLS-pasienter samt verktøy for identifisering, veiledning og oppfølging av sterkt overvektige.



Figur: Mehamn tettsted. Foto: Magnus Bjørkto

## Diskusjon

### Tolkning av resultater fra undersøkelsen

Ut fra tallene som har fremkommet i tabellene 1-3, ser det ut til at Gamvik og Lebesby i stor grad står overfor de samme helseutfordringene, og at det totalt sett tegner seg et bilde av dårligere helsetilstand blant befolkningen i disse kommunene enn hva som er situasjonen på landsbasis.

*Problemstilling 1: Hvordan er utbredelsen av de følgende risikofaktorer i Gamvik og Lebesby kommuner? Sterk overvekt, røyking og høyt blodtrykk.*

Ifølge den lokale undersøkelsen er det i Gamvik 16% og i Lebesby 17,8% av respondentene som har selvrapportert sterk overvekt. Nasjonalt er det 20% [1] som har KMI  $\geq 30$ . Dette er et avvik fra normalen som går i motsatt retning av det vi ville forvente. Det kan være reelt, men ut fra helsebildet for øvrig og personlig erfaring fra klinisk arbeid i Gamvik, er det ikke tilfellet; slik erfaring har vist en større overvektsbetlastning. Et feilaktig resultat kan forklares med uklar spørsmålsstilling i spørreskjemaet og at det trolig ikke er et representativt utvalg av befolkningen som har besvart det. Vi vil også anta at mange med en KMI som klassifiserer til overvekt eller fedme enten ikke er klar over dette selv, og/eller ikke har plager som gjør at de definerer seg som syke. Dermed vil gruppen trolig bli underrepresentert i materialet. I den offentlige statistikken var det ikke tilgjengelig tall for overvekt på kommunenivå, men slike er under utarbeidelse.

Når det gjelder røyking er det en tendens til høyere utbredelse i "testkommunene", men dette er ifølge folkehelseinstituttet ikke statistisk signifikante tall (tabell 2 og opplysning fra folkehelseprofilen). I undersøkelsen er det 25% i Gamvik og 32,2% i Lebesby som angir at de er røykere (av-og-til-røykere inkludert). Tall fra Norgeshelsa [12] angir røykeandelen i 2008 til 30-32% i Finnmark, 23-25% i Norge (tabell gjengitt på s.8), mens SSB angir 17% dagligrøykere i aldersgruppen 16-74 år i 2011. Dette støtter opp under at røykeandelen er noe høyere i Gamvik og Lebesby enn i landet for øvrig. Materialet er for lite og for usikkert til å si noe sikkert, men viser en lavere røykeandel i Gamvik enn i Finnmark fylke. I alle fall er det en betydelig nedgang i andel tobakksbrukere siden 1996, se figur på side 8 (forutsatt nivå tilsvarende Finnmark fylke i 1996).

30,8 – 35,6% av respondentene har krysset av for at de har høyt blodtrykk. Nasjonale anslag varierer, men ligger mellom 48% (HUNT)[13] og 53-59% (NEL) for personer over 40 år når man bruker trykk over 140/90 som eneste og absolutt kriterium. Dette er

imidlertid tall fremkommet ved masseundersøkelser, og det er urealistisk å møte på så høye tall i klinikken, langt mindre at en så stor andel av befolkningen har fått diagnostisert hypertensjon. Søk i reseptregisteret [29] viser at i hele befolkningen over 40 år varierer bruken av blodtrykkssenkende medikamenter (inkludert bruk ved andre hjerte-kar-sykdommer) mellom 8,9% (40-49 år) til 68,7% (80-90 år) i 2011. Ut fra disse tallene er det vanskelig å si noe sikkert om utbredelsen av hypertensjon i Gamvik og Lebesby i forhold til landet for øvrig, men det er lite som tyder på at det er mer utbredt.

*Problemstilling 2: Hvordan er utbredelsen av de følgende sykdommer i Gamvik og Lebesby kommuner? Diabetes, astma, KOLS og hjerteinfarkt.*

Det er en større utbredelse av diabetes, vurdert ut fra legemiddelbruk, med 6,2% i Gamvik og 5,1% i Lebesby mot 3,1% på landsbasis. Den lokale undersøkelsens tall på egenrapportert diabetes viser enda høyere tall med hhv. 16% og 14,8% i materialet. Dette anslaget er lite troverdig ut fra at undersøkelsen rekrutterte under 20% av befolkningen, og trolig med en høy gjennomsnittsalder og med stor sykdomsbelastning. Men det er altså uansett en betydelig overhyppighet av diabetes i disse to kommunene.

KOLS er tilsynelatende mer utbredt i begge kommuner enn på landbasis, og i enda større grad i Gamvik enn i Lebesby. Hvis vi omskriver legemiddelbruken fra tabell 2, tilsvarer det at blant befolkningen mellom 45-75 år bruker 12,6% i Gamvik og 10,6% i Lebesby legemidler mot KOLS og astma (9,5% i Norge). I den lokale undersøkelsen er det hhv 5,1% og 8,1% som angir at de har KOLS, og 12,2% og 18,8% som angir å ha astma. Nok en gang er det ikke mulig å sammenligne tallene direkte, både siden de ikke måler samme variabel (legemiddelbruk vs. egenrapportert sykdom), og siden aldersfordelingen i den lokale undersøkelsen er helt annerledes enn aldersgruppen i Folkehelseinstituttets tall. Ifølge Norsk elektronisk legehåndbok er prevalensen av KOLS i Norge 11% blant befolkningen over 40 år. [30, 31] For astma er prevalensen av diagnosen 2-5%, mens 6-10% har symptomer passende med astma [30]. Det ser altså ut til at forekomsten av KOLS kan være noe lavere i Gamvik og Lebesby, mens astma er vanligere enn ellers i landet, dersom vi skal stole på resultatene av den lokale undersøkelsen.

Likevel er det et større forbruk av KOLS-medisiner, og også en stor overhyppighet av KOLS-relaterte innleggelser i testkommunene (14 per 1000 i Gamvik, 7,3 i Lebesby, 3,2 i Norge). Totalt sett virker det derfor som om både KOLS og astma forekommer hyppigere på Nordkyn. Den økte forekomsten av KOLS har sammenheng med det historisk høye forbruket av tobakk i dette området. Når tobakksforbruket i dag er på

nivå med landet for øvrig, kan man forvente en relativ nedgang i KOLS-belastningen, og at også dette vil tilnærme seg landsnivået fremover.

Det er en økt belastning av hjerte-kar-sykdommer i testkommunene, både vurdert ut fra antall sykehusinnleggelser og dødelighet (tabell 2 og 3). I den lokale undersøkelsen angir 9-12,1% av respondentene at de har gjennomgått hjerteinfarkt. Tilsvarende tall på nasjonalt nivå er ikke tilgjengelige, men at omtrent hver tiende person har hatt hjerteinfarkt virker som et svært høyt tall som langt overstiger forventet funn både lokalt og nasjonalt (insidensen av infarkt i 2004 var 142-162 tilfeller per 100.000 innbyggere).

Årsaken til den økte utbredelsen av risikofaktorer og sykdom kan ligge i sosiale klasseforskjeller. I Gamvik og Lebesby er det 27-28% av befolkningen som har grunnskole som høyeste utdanning, mot 15% på landsbasis. Inntektsnivået er også (dermed) lavere enn landsgjennomsnittet. Utdanningsnivået kan igjen henge sammen med lav trivsel i skolen: 59% av tiendeklassingene i Lebesby sier de trives [24], mens 69% er tilfredse i Gamvik [23], betydelig lavere enn gjennomsnittet på 83%. I små kommuner er imidlertid årskullene små sårbare for endringer fra år til år når det gjelder klassekjemi og trivsel, noe som kan forklare det lave trivselstallet som er gjengitt i folkehelseprofilen. Oppfatningen i dag [28] er at både trivsel og helse blant 10.-klassingene er svært god, og de har også faglig gode prestasjoner.

Det sees også at det i Lebesby er en stor andel yngre uføre (64 per 1000 18-49 år, mot 31 på landsbasis), mens begge kommuner har en høy andel eldre uføre (346-365 per 1000 50-66 år, 219 på landsbasis). Det er ingen signifikant forskjell i alderssammensetning i disse kommunene sammenlignet med resten av landet (iflg. folkehelseprofiler), selv om tendensen går i retning av en eldre befolkning.

*Problemstilling 3: Hvordan kan man tilrettelegge for sunne valg for befolkningen i Gamvik og Lebesby kommuner? Må høyrisikogruppen ha spesielle tilbud?*

### **Generelle tiltak for hele befolkningen**

All kommunal drift har et folkehelseaspekt, og det er derfor viktig å tenke på helsevirkninger i alt arbeid. Svært mange folkehelseiltak kan bakes inn i kommunalt planverk, dette gjelder for eksempel utforming av boligområder, skoler og barnehager. Når slike plan legges, må det være tilrettelagt for fysisk aktivitet, det trengs gode uteområder, kort avstand til butikker og kontor, og at gang- og sykkelstier er etablert og leder dit folk skal.

Effekten kan variere av ulike folkehelse tiltak. Lavterskeltiltak er viktig, siden det gir store utslag i folkehelsa. Aller best fungerer det når man samordner tiltakene i tid. Når statlige etater setter i gang for eksempel en røykeslutt kampanje, gir det mye større effekt hvis man gjør en lokal innsats i tillegg – for eksempel ekstra oppmerksomhet rundt røykeslutt under legekonsultasjoner. Dersom kampanjen følges opp av konkrete tiltak som lovregulering, kan man se ytterligere gevinster. Økt fysisk aktivitet er en drivkraft for andre livsstilsendringer, og tiltak for å øke aktiviteten kan derfor også gjerne samordnes med andre kampanjer, uten stor ekstrainsats. Et gjenåpnet svømmebasseng er for eksempel et nokså intuitivt grep som ikke trenger noen nærmere forklaring eller kampanje i befolkningen – er det der, blir det benyttet.

Massestrategier kan også rettes mot avgrensede deler av befolkningen, for eksempel tiltak rettet mot arbeidsplasser i fiskerinæringen. Det vil treffe en betydelig gruppe i disse kommunene hvor fisket er en viktig næringsvei. Forsøk på røykeslutt og kaffekutt innen fiskeriene har tidligere blitt forsøkt mange steder uten særlig hell, og oppleves oftest som forsøk på å stjele sjela fra fiskerne. Men man kan for eksempel tenke seg flere tilbud når båten ligger til kai etter at kvota er hentet opp. Da kan det være aktuelt med både sosialiseringstiltak og aktiviseringstiltak, ettersom mange blir sittende mye hjemme alene i den passive delen av året. Et styrket sosialt miljø vil være gunstig ved at det gir økt selvfølelse og mestringfølelse, og også inspirerer til mer aktivitet i hverdagen. Slike tiltak bør forankres i eksisterende strukturer og frivillige organisasjoner, men det er viktig at problem og løsning identifiseres av / i samarbeid med målgruppen, slik at initiativet er lokalt og ikke oppleves som ”tredd ned over hodet på en”.

En annen naturlig målgruppe er skolen, da man her som nevnt treffer hele barnebefolkningen uavhengig av sosial klasse eller andre faktorer. Dessuten er det gunstig å rette tiltak mot unge aldersgrupper. Det har flere grunner, for det første fordi barna fortsatt former sin livsstil og er lettere mottakelige for impulser enn en som har fulgt et bestemt levesett i 50 år. For det andre vil barn som tidlig lærer en sunn livsstil ha glede av det hele livet, slik at det kommer mange gode leveår ut av samme intervensjon. Dessuten er det slik at grunnlaget for mange sykdommer legges i ung alder, slik at forebygging tidlig har bedre effekt enn forebygging seint. Dessuten er det i barnealder det er lettest å nå ut til alle barn på like vilkår, siden de allerede er samlet i skole på tvers av foreldrenes levemåte eller sosioøkonomiske vilkår.

Stikkord til programmer som kan gjennomføres rettet gjennom skolehverdagen: Mer daglig aktivitet (kroppsøving, svømmetimer, turdager, aktivitetsdager, lek, dans og spill,

gjørne i enda større grad enn vi har i dag), kampanjer for økt fritidsaktivitet med lavterskeltilbud etter skoletid, sunn mat kampanje med utdeling av melk og frukt/grønt på skolen, matlagingstimer der man lærer å lage sunn mat, holdningskampanjer for kosthold, sukkerforbruk og aktivitetsnivå hjemme. Slike tiltak i skolen vil også kunne virke inn på elevenes læringsnivå og trivsel – da er det også viktig å implementere lek i læringsprosessene, et eksempel på det er skoler som har en time hver dag utendørs med ulike fag og der oppgavene krever lek og bevegelse for å kunne løses (NRK Dagsrevyen, april 2012). Økt trivsel i skolen vil også kunne øke elevenes motivasjon for å fullføre videregående skole og også fortsette utdannelsen videre, med de helsegevinster økt utdanningsnivå har.

Tiltak rettet mot den eldre befolkningen er også effektivt. Mer aktivitet og større egenmestring kan gjøre at eldre blir boene lengre hjemme, og kan dermed også gi raskere utslag på kommuneøkonomien eller kapasiteten i helsetjenesten enn mange andre tiltak. Eldre som er aktive blir både psykisk styrket og mer motstandsdyktig mot sykdom. Eldredans og –trim er eksempler på tiltak for å få dette til. Utfordringen er å aktivisere dem som sitter hjemme, ofte med lav mestringsforventning og følelse av at de er for gamle og skjøre til å trene. Hjemmetjenesten har en rolle her, men for det brede befolkningsarbeidet er frivillige organisasjoner svært viktige i å fungere som inspiratorer og pådrivere.

#### *Hvor står kommunene i dette arbeidet?*

Når det gjelder folkehelsekampanjer og konkrete tiltak, har politikerne i Lebesby tilsynelatende tatt disse problemstillingene på større alvor enn kollegene i Gamvik, og man har kommet langt i å tilby varierte opplegg og stimulere til en gunstig livsstil. Tidligere nevnt er tiltak som vardevandringer, skikarusell og tur-gjestebøker. Slike tiltak bør også kunne gi gode virkninger i Gamvik. Planlegging av nye boligfelt og infrastruktur er neppe noen veldig aktuell problemstilling i noen av kommunene, gitt befolkningsutviklingen. I Mehamn(Gamvik) er det delvis utbygget gang- og sykkelsti langs hovedveien i tettstedet. Denne kan utvides, og med en parallell la-bilen-stå-kampanje ville man kunne oppnå god aktivitetsøkning. I Kjøllefjord(Lebesby) er kampanjen gjennomført, men uten de strukturelle endringene. Mellom de ulike tettstedene er avstandene så store at motorisert ferdsel er eneste reelle alternativ.

I skolen har man i Lebesby både kantine og skolefrukt, tiltak som bør kunne igangsettes også i Gamvik. Aktivitetsfokuset i skolehverdagen har vi ikke funnet sikker informasjon om. Begge skoler har beliggenhet med gode muligheter for aktivitet og ekskursjoner, og nærhet til idrettshall. Fritidsaktiviteter i frivillige idrettslag er det rikelig

av. Ordningen med idrettsskole der de minste barna får prøve seg i ulike typer idrett er trolig også en god måte å gjøre barna oppmerksom på idrettens gleder, og antakelig vil flere finne en idrett de trives med og kan fortsette med, enn om barna selv måtte "prøve og feile" i ulike grener til de fant noe de likte. Det kan kanskje vurderes utvidet til et samarbeid mellom kommunene?

### **Tiltak for høyrisikogrupper**

Det er altså massestrategier som har størst effekt på folkehelsa, selv om det gjør liten forskjell for individet. Likevel er det også helt nødvendig med tiltak for høyrisikogruppene. Dette handler blant annet om forpliktelsen til å jevne ut sosiale ulikheter i helse som allerede har oppstått, samt at sekundær-/tertiærforebygging forebygger sykdom og lidelse hos individet. I Gamvik og Lebesby er det legetjenesten og hjemmetjenesten som har hatt ansvar for å følge opp hjemmeboende høyrisikoindivider. Nå har helsetjenesten tatt et steg videre i frisklivsarbeidet ved å ansette en sykepleier med spesialansvar for kronikere. Å få frisklivsarbeidet inn i organiserte former er viktig, og det er ikke sikkert at strukturen med frisklivssentral er eneste svar. Å drive frisklivsarbeidet som en mer oppsøkende tjeneste basert på legekontor/helsesenter kan være en mer bærekraftig måte å gjøre det på i små kommuner. Når fysioterapeut, lege og helsesøster er samlokalisert slik det er i disse kommunene, er det allerede naturlige samarbeidsfora, og forholdene skulle ligge godt til rette for oppfølging av kronikere og høyrisikoindivider.

### **Utfordringer knyttet til kommuneøkonomi**

Flere kommuner har forsøkt ulike organisasjonsformer for frisklivsarbeid, og mange steder har man sett gode resultater på folkehelsa [32], blant annet med vektnedgang, mindre bruk av blodtrykkssenkende medikamenter, økt aktivitet og færre røykere. Særlig i mindre kommuner har likevel tiltakene vært kortlevde, og at kommunene ikke lenger bevilget penger til prosjektene. Dette skyldes gjerne at økonomien er trang, og tiltakene ikke gir utslag i kostnadsbesparelser i helsesektoren på kort sikt. Derfor er det viktig å dokumentere tilstanden før eventuelt oppstart av frisklivssentral, slik at endringer kan følges og dokumenteres, og man kan ha noe å slå i bordet med. Videre er det viktig å presisere den langsiktige gevinsten av folkehelseiltak – og at den ikke kommer som reduserte utgifter, men som en mindre økning i utgifter enn man ellers ville sett. Det gjelder å påpeke at folkehelsearbeid ikke er noe en gjør for kommuneøkonomien – det er tiltak som skal besørge bedre livskvalitet for innbyggerne over hele livsspennet.

## Hypotesetesting

*Hypotese 1: Det er større forekomst av KOLS, diabetes og sterk overvekt i Gamvik og Lebesby enn i landet for øvrig.*

Resultatene viser en større hyppighet av KOLS og diabetes i testkommunene. For overvekt kan tallene ikke understøtte hypotesen, men det antas likevel at overvekt er mer utbredt. Hypotesen stemmer delvis.

*Hypotese 2: For gjennomlevd hjerteinfarkt, røyking, høyt blodtrykk og astma vil vi forvente mindre avvik fra landsnormalen.*

Tallene viser en tendens til økt røykeandel, og trolig større andel astmatikere, men er uspesifikke. Tilsynelatende er det en større andel av befolkningen som har hatt hjerteinfarkt, men sammenlignbare nasjonale tall er vanskelig å finne. Tallene for hypertensjon er inkonklusive. Hypotesen stemmer ikke.

## Konklusjon

I likhet med resten av Finnmark har kommunene Gamvik og Lebesby økte helseutfordringer. Det dreier seg særlig om sykdommer innenfor det spekteret som omtales som livsstilssykdommer, med en overhyppighet av diabetes, KOLS og hjerte-kar-sykdommer. Uavhengig av årsakene til disse forskjellene, er det mye som kan gjøres for å forbedre situasjonen, og en del tiltak er allerede iverksatt. Frisklivsarbeidet står i fokus for helsevesenet, og politikerne er i ferd med å følge etter, foreløpig er de tilsynelatende kommet bedre i gang i Lebesby enn i Gamvik.

Den nye folkehelseloven pålegger kommunene å være bevisst på folkehelseiltak og tenke folkehelse i all virksomhet. Derfor er det videre fremover viktig å beholde fokus på dette arbeidet. Nye tiltak kan iverksettes fra kommunenes side, og ikke minst må det støttes opp under initiativer fra grasrota. Økt mobilisering i sommerhalvåret, mer og lystbetont aktivitet i skolen og opprettelse av frisklivssentraler er forslag som antas å ha gunstig effekt på folkehelsen. Det er klart at dette er prosesser som tar lang tid, og resultatene er sjelden økonomisk synlige. Det er viktig for de tiltak som gjøres, at man kartlegger situasjonen før intervensjonen, for å kunne dokumentere resultater.





Figur: Landskap. Gamvik kommune. Foto: Magnus Bjørkto

## Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet, *Høringsnotat: forslag til ny folkehelselov*.
2. Lupton, B., *Intervensjonsstudien i Finnmark. Evaluering av lokalsamfunnsbasert hjerte- og karforebygging i kystkommunene Båtsfjord og Nordkapp*. . ISM skriftserie. Vol. 72. 2004Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin.
3. Obesity, W.C.o., *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*, in *WHO technical report series*1999, WHO: Geneve, Sveits.
4. Krokstad, S. and M.S. Knudtsen, *Folkehelse i Endring. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag*, 2011, Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet
5. Statistisk Sentralbyrå *Levekårsundersøkelsen 2008*. 2009.
6. Nasjonalt folkehelseinstitutt *Fakta om fysisk aktivitet, elektronisk publisering*. 19.05.2012. 2012.
7. Helsedirektoratet, *Aktivitetshåndboken*, 2009.
8. Hansen, B.H. and S.A. Andersen *Kartlegging av fysisk aktivitetsnivå, helserelatert fysisk form og determinanter for fysisk aktivitet hos voksne og eldre i Norge (Kan1)*. 2012.
9. Statistisk Sentralbyrå *Røykevaner 2011*. 2011.
10. Boffetta, P. and K. Straif, *Use of smokeless tobacco and risk of myocardial infarction and stroke: systematic review with meta-analysis*. BMJ, 2009.
11. Luo, J., W. Ye, and K. Zendeudel, *Oral use of Swedish moist snuff (snus) and risk for cancer of the mouth, lung, and pancreas in male construction workers: a retrospective cohort study*. The Lancet, 2007. 369(9578): p. 2015-2020.
12. Nasjonalt folkehelseinstitutt, *Norgeshelse*.
13. Klouman, M., A. Asberg, and T.-E. Widerøe, *Blodtrykksnivå i en norsk befolkning – betydningen av arv og livsstil (HUNT)*. Tidsskr Nor Legeforen, 2011. 12,(131): p. 1185-9.
14. *Diabetesforbundet*.
15. Helsenorge.no. *Helseskader av røyking, elektronisk publisering*. 19.05.2012. 2011; Available from: <http://helsenorge.no/Helseogsunnhet/Sider/Royking-og-helseskader/Lungesykdommer.aspx>.
16. American Cancer Society *Tobacco-Related Cancers Fact Sheet*. 2011.
17. Oslo Universitetssykehus *Lungekreft: Årsaker*.
18. American Cancer Society *Cancer facts & figures 2012*. 2012.
19. Macintyre, S., *Area, Class and Health: Should we be Focusing on Places or People?*. Journal of Social Policy, 1993. 22(pp 213-234).
20. Lauridsen, A., *Folkehelsearbeid i samhandlingsreformen*, 2012.
21. Helse- og omsorgsdepartementet, *Lov om folkehelsetjenester*, 2011.

22. Helsedirektoratet, *Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering og organisering.* . 2011.
23. Norsk folkehelseinstitutt, *Folkehelseprofil 2012, Gamvik.* 2012.
24. Norsk folkehelseinstitutt, *Folkehelseprofil 2012, Lebesby.* 2012.
25. Helse Nord RHF *Helseatlas for Nord-Norge.* 2011.
26. Viken, T., *Allmenn helse og svineinfluensa - befolkningsinformasjon fra kommunehelsetjenesten.*, 2009. Vedlegg 1
27. Statistisk Sentralbyrå, *Folkemengd, etter kjønn, alder og kommune. 1. januar 2012. Finnmark Finnmark 2012.*
28. Øien, G.E., *Telefonintervju om eksisterende tilbud,* 2012.
29. Norsk folkehelseinstitutt and Reseptregisteret, *Rapport fra søk etter blodtrykkssenkende medisiner 2011, 2012.*
30. Helseinformatikk, N.: Norsk elektronisk legehåndbok.
31. Buist, S., et al., *International variation in the prevalence of COPD (The BOLD Study): a population-based prevalence study.* The Lancet, 2007. 370(9589): p. 741-750.
32. Kjelstrup-Olsen, A., *Personlig meddelelse,* 2012.

### Referanser, div. bilder:

<http://www.friidrettiskolen.no/SiteCollectionImages/tjukkas.jpg>

<http://naturalnordic.com/diet/wp-content/uploads/2012/01/insulin-warning-shot.jpg>

<http://sunnhet.files.wordpress.com/2010/07/sunn-lunsj.jpg>

<http://www.iform.no/images/artikkel/trening/trening2008--5.jpg>

## VEDLEGG 1: Spørreskjema brukt i den lokale undersøkelsen

### Allmenn helse og svineinfluensa Befolkningsinformasjon fra kommunehelsetjenesten

Gamvik og Lebesby kommuner har lenge slitt med legetjenestens stabilitet. Siste to år har situasjonen imidlertid vært annerledes og befolkningen har møtt tilnærmet samme bemanning. Det er nå 3 faste kommuneleger, 2 turnusleger og 6 roterende legestudenter i medisintjeneste på Nordkyn. Bemanningen overgår de fleste kommuners legetil-gjengeligheit og må defineres som god.

Tidligere stabilitetsmangel har gitt sviktende drift og pasientoppfølging. Det bekymrer kommunen og dagens leger. Tjenesten ønsker nå å sikre forsvarlig drift, oppfølging og kontinuitet for fremtiden.

I anledningen er det nødvendig å oppdatere sentrale opplysninger i legekantorenes elektroniske pasientjournaler. Alle innbyggere oversendes et formular til egenutfylling og bes sekundært melde opplysningene tilbake til helsesenteret. Tilbakemeldingen må skje organisert og i hht. prosedyren beskrevet nederst i dette skriv.

Rapporterte opplysninger vil brukes til å etablere ny og god oversikt over pasientenes personalia, kroniske sykdommer, faste medisiner, og behov for regelmessig innkalling til årskontroller m.m. I anledning "svineinfluensa" vil opplysningene også brukes til konfidensiell gruppering av særlig sårbare personer med behov for influensavaksine. Legetjenesten vil i løpet av høsten organisere massevaksinasjon av pasienter med forhøyet risiko for alvorlige komplikasjoner av svineinfluensa. Det er derfor viktig at legene har oversikt over personer de bør tilby innkalling.

Publikums tilbakemelding og hjelp til selvhjelp er frivillig. Det anbefales imidlertid at leger og publikum sammen bidrar til rask kvalitetssikring av pasientjournaler og mulighet for god pasientoppfølging.

- 1) Alle som velger bidra skal fylle ut både del 1 og del 2 i skjemaet.
- 2) Alle som har en eller flere av sykdommene nevnt i skjemaets i del 2, skal ringe legekantorets etter utfylling av skjemaet.

Tirsdag 10/8, onsdag 11/8 og torsdag 12/8 treffes sikkerhetsklarert helsepersonell

I Gamvik på tlf.nr: 78 49 66 32 / 78 49 66 31 / 78 49 66 35 / 78 49 66 01

I Lebesby på tlf.nr: 78 49 95 47

Vennligst prøv igjen dersom linjene gir opptattsignal.

Legekantorene vil holde lavdrift og bare betjene øyeblikkelig hjelp og telefon disse dagene.

- 3) Alle som ikke har sykdom nevnt i skjemaets del 2, sender eller leverer både del 1 og 2 til legekantoret raskest mulig. Disse personene skal ikke ringe legekantoret i overstående hensikt.

Kommunene og helsetjenestene på Nordkyn takker for samarbeidet.  
Tom Viken  
Smittevern- / kommuneoverlege

SKJEMAETS DEL 1

|                 |        |         |              |               |
|-----------------|--------|---------|--------------|---------------|
| NAVN            |        |         |              |               |
| ADRESSE         |        |         |              |               |
| FØDSELSNUMMER   |        |         |              |               |
| SIVILSTATUS     | ENSLIG | GIFT    | SKILT        | ENKE/ENKEMANN |
|                 |        |         |              |               |
| BOLIGSITUASJON  | ALENE  | SAMBOER | OMSORGSBOLIG | I INSTITUSJON |
|                 |        |         |              |               |
| FASTLEGES NAVN  |        |         |              |               |
| RØYKER          | NEI    | JA      |              |               |
|                 |        |         |              |               |
| ALLERGIER       |        |         |              |               |
| FASTE MEDISINER | NAVN   |         | DOSERING     |               |
|                 |        |         |              |               |

SKJEMAETS DEL 2

|            |                 |
|------------|-----------------|
| Over 64 år | Ikke over 64 år |
|            |                 |

|                          |                               |
|--------------------------|-------------------------------|
| Bor i alders- / sykehjem | Bor ikke i alders- / sykehjem |
|                          |                               |

|        |             |
|--------|-------------|
| Gravid | Ikke gravid |
|        |             |

|                   |                |
|-------------------|----------------|
| Sterkt overvektig | "Normalvektig" |
|                   |                |

| Har | Har hatt | SYKDOM                            |
|-----|----------|-----------------------------------|
|     |          | DIABETES 1 / 2<br>(= SUKKERSYKE)  |
|     |          | LUNGESYKDOM                       |
|     |          | Asthma                            |
|     |          | Kols                              |
|     |          | Lungekreft                        |
|     |          | Lungefibrose                      |
|     |          | Bronkiektasier                    |
|     |          | Lungesarkoidose                   |
|     |          | Alvorlig søvnapné                 |
|     |          | Nedsatt puste /<br>lungekapasitet |
| Har | Har      | HJERTESYKDOM                      |

| Har | Har hatt | HJERTESYKDOM                               |
|-----|----------|--|
|     |          | Høyt blodtrykk                             |
|     |          | Hjertesvikt                                |
|     |          | Angina                                     |
|     |          | Hjerteinfarkt                              |
|     |          | Hjerteopererte                             |
|     |          | Kronisk<br>rytmeforstyrrelse               |
|     |          | Pacemaker                                  |
|     |          | Hjerteklaffefeil                           |
|     |          | Pulsåre-utposning<br>/ aneurysme           |
|     |          | Medfødt hjertefeil                         |
|     |          | Forstørret hjerte                          |
|     |          | Hjertebetennelse                           |
|     |          | Blodåre-protoser<br>som<br>Stent / strømpe |

| Har | Har hatt |                   |
|-----|----------|-------------------|
|     |          | Kronisk nyresvikt |
|     |          | Dialyse           |
|     |          | Fjernet et nyre   |
|     |          | Nyrekreft         |
|     |          | Cystenyrer        |

| Har | Har hatt | immundempende<br>medisiner ved |
|-----|----------|--------------------------------|
|     |          | transplantasjon                |
|     |          | Reumatisme                     |
|     |          | Hudlidelse                     |

| Har | Har hatt |                    |
|-----|----------|--------------------|
|     |          | Kjent benmargsvikt |
|     |          | Kreft              |
|     |          | Hiv / Aids         |
|     |          | Miltfjerning       |
|     |          | Leukemi            |

Kommunene og helsetjenestene på Nordkyn takker for samarbeidet!

Tom Viken

Smittevern- / kommuneoverlege

4