

20. februar 2015, 23. årgang

///helsebiblioteket.no

# Helserådet

Nytt om samfunnsmedisin og  
folkehelsearbeid

- Komplette innholds-  
fortegnelse  
s. 2
- Ebola  
s. 3
- Folk som drikker litt  
alkohol, har lavere  
risiko for hjertesvikt  
s. 7
- Samhandling  
s. 10
- Influensa  
s. 10, 11 og 24
- Immunitet mot rubella  
s. 24
- Matvaner i første leveår  
s. 29



# Helserådet

## INNHold NR. 4/15

Færre smittes av ebola .....	3
Ebola, epidemier og risiko – foredrag av Preben Aavitsland .....	3
Flere kommentarer til oppnevningen av fire fagråd knyttet til folkehelse og forebygging .....	3
Holdningskampanjer: Usikker påvirkningseffekt via sosiale medier .....	5
Lettere å bli sunn sammen .....	5
Dagens bilkøer –morgendagens helsekøer.....	5
Tolv ting som beskytter mot skadelig byluft .....	6
Folk som drikker litt alkohol, har lavere risiko for hjertesvikt .....	7
Godt samarbeid om psykisk helsearbeid i kommunene.....	7
Kommunene tar imot stadig flere pasienter.....	8
Kommunal proteksjonisme – og samhandlingsreformen .....	8
Ungdom som snuser, begynner lettere å røyke .....	9
Snus kan være inngangsport til røykin .....	9
Influenzaen er på vei.....	10
Bare halvparten i risikogrupperne tar influensavaksine.....	11
Støyskader hos jernbaneansatt .....	11
Dårlig arbeidsmiljø kan bidra til hjerteproblemer .....	12
Konstruktiv og destruktiv ledelse på kort og lang sikt .....	13
Ber flere leger melde jobbrelatert sykdom .....	14
Helsefremmende arbeidsplasser – på norsk .....	15
Mer matolje, ost og margarin i 2013, mindre smør, fløte og sukker .....	15
Verdensmester i frivillighet, men vet det ikke selv .....	16
Å sitte stille er mye farligere enn å være overvektig.....	17
Idretten og kostnader knyttet til deltagelse .....	17
Røyking og høyt kolesterol stjaler flere leveår .....	18
Foreslår kraftfull «eldrehelsereform» .....	18
Dobbelt så mange psykologer i kommunene på to år .....	19
De fleste ønsker å dø hjemme – livstestament for alvorlig syke og døende .....	20-21
Melder skader og bivirkninger til 11 ulike instanser.....	20
Planter og blomster i offentlige bygg.....	21
Stilling ledig.....	22

### NYTT FRA WWW.FHI.NO, FOLKEHELSEINSTITUTTET

Rapport om influensaaktivitet og scenarier for sesongen 2014-15 .....	24
Immunitet mot rubella: hva betyr lavt antistoffnivå? .....	24
Oslo, 20. og 21. april: Smitteverndagene 2015: påmelding og foreløpig program.....	24
Oslo, 22. april 2015: Kurs i utbruddsetterforskning .....	25
Folkehelseinstituttet starter prosess for mulig innføring av hepatitt B-vaksine til alle spedbarn .....	26
Seks tilfeller av botulisme hos injiserende rusmisbrukere i Oslo-området .....	26
Nytt nummer av Fødselsnytt .....	27
Tvillingmødre mer utsatt for depresjon .....	27
Risikoen ved å drikke upasteurisert melk .....	28
Blir vi syke av bisfenol A i plast og kosmetikk? .....	28
Første leveår viktig for å etablere gode matvaner og unngå overvekt .....	29
Plantevernmidler i drikkevann – en helserisiko? .....	29

### Helserådet

Nytt fra Helsebiblioteket, emnebibliotek samfunnsmedisin og folkehelse

Postboks 7004 St. Olavs plass, 0130 Oslo.

Utgiver: Helsebiblioteket, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

<http://www.helsebiblioteket.no/samfunnsmedisin-og-folkehelse>

ISSN 0806 - 7457

Redaktør: Anders Smith, spes. i samfunnsmedisin, M. Sc. E-post: [smi@helsebiblioteket.no](mailto:smi@helsebiblioteket.no). Tlf. 92 89 56 16.

Web-redaktør: Katrine Rutgerson. E-post: [katrine.rutgerson@kunnskapssenteret.no](mailto:katrine.rutgerson@kunnskapssenteret.no)

Trykk: In-trykk AS

Layout: ASAP Media

Distribusjon: Postklart Distribusjon as

Forsiden: Første leveår viktig for å etablere gode matvaner og unngå overvekt. Illustrasjonsfoto: orelphoto.  
Se artikkel side 29.

## Færre smittes av ebola

Det registreres nå færre nye ebola-smittede i Vest- Afrika enn i fjor høst. – Det er svært gledelig at smitteraten synker. Situasjonen er fortsatt krevende, men vi ser klare tegn på at utviklingen går i riktig retning, sier helsedirektør Bjørn Guldvog.

15. januar møtte Guldvog representanter for britiske myndigheter i London for å diskutere utviklingen av ebola- utbruddet i Vest- Afrika og videre norsk innsats i den britiskledede helseoperasjonen i Sierra Leone.

- I Moyamba- regionen, hvor det norske helseteamet er lokalisert, er smitteraten nå ned mot en til en. Det er gode nyheter fordi det tyder på at situasjonen er i ferd med å komme under kontroll i dette området. Samtidig er situasjonen i andre deler av Sierra Leone mer krevende med en smitterate på en til to, altså at hver pasient fører til to nye tilfeller.

- Siden situasjonen i Moyamba er bedre enn mange andre steder i Sierra Leone, diskuterer vi nå med britene om vi heller skal bruke deler av det norske personellet i andre regioner hvor behovene er større, sier Guldvog. Dette er ennå ikke avgjort.

Selv om ebola- utbruddet i Vest- Afrika er i ferd med å komme under kontroll, understreker Guldvog at kampen på ingen måte er vunnet. – Verdenssamfunnet reagerte nok litt dårlig ved starten av utbruddet, men etter hvert klart vi å snu oss rundt. Nå er det viktig at vi blir værende og fullfører jobben sammen med de frivillige organisasjonene som har gjort en viktig innsats fra dag en.

Mer om [Ebola](#), [Helse- og omsorgstjenester](#) (lenkene er direkte klikkbare)

Publisert: 16.01.2015 Du får også tilgang til hele denne artikkelen ved å gå inn på eller klikke på <http://www.helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/ferre-smittes-av-ebola.aspx> .

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 -37. Stikkord: ebola.

---

## Ebola, epidemier og risiko.

*Foredrag av Preben Aavitsland ved Samfunnssikkerhetskonferanse i Stavanger 7.1.2015.*

«Risikovurdering kan bidra til god kommunikasjon om og god bekjemping av epidemier. Risikovurdering ved epidemier er noe forskjellig fra vurdering av andre hendelser.» Dette var hovedbudskapet i Preben Aavitslands foredrag ved Samfunnssikkerhetskonferansen 2015 i Stavanger 7. januar 2015.

Aavitsland sa at Ebolaepidemien i Vest-Afrika er en påminnelse om at epidemier fortsatt er viktige trusler, og fortsatte:

«Det unike med epidemier er smittsomheten, som gjør risikovurdering utfordrende. Risikoen kan vurderes som produktet av sykdommens spredningspotensial og sykdommens alvorlighet (målt ved for eksempel dødsrisiko). Spredningspotensialet bestemmes av sykdommens smittsomhet, smittevarigheten, kontaktforholdene i samfunnet og eventuell immunitet. De samme fire faktorene kan angripes med forebyggende tiltak.»

Prinsippene ble i foredraget illustrert med to epidemier: den globale svineinfluensaepidemien i 2009 og Ebola-epidemien i Vest-Afrika i 2014-2015. I det første tilfellet var det nødvendig med tiltak i Norge; i det andre tilfellet bør norske myndigheter bruke ressursene i Vest-Afrika, ifølge Aavitsland.

Du kan lese hele foredraget ved å gå inn på eller klikke på <http://epidemi.as/wp-content/uploads/2015/01/Ebola-epidemier-og-risiko-2015-1-7.pdf> .

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 41. Stikkord: Ebola. Epidemier. Aavitsland, Preben.

---

## Flere kommentarer til oppnevningen av fire fagråd knyttet til folkehelse og forebygging

Det henvises til forrige nummer av 'Helserådet' hvor vi omtalte de fire nyoppnevnte fagrådene. Vi gjenga også noen kommentarer. Nedenfor følger flere kommentarer.

**Sofie L. Danielsen**, kommuneoverlege i Fredrikstad:

Enig i at det ofte ser ut til at sentrale organer er lite flinke til å bruke folk som sitter praksisnært.

I dette tilfellet er det presisert ettertrykkelig at det er snakk om fagråd på en måte som gjør at jeg får inntrykk av at de er ute etter å styrke deres akademiske utgangspunkt for å mene noe om disse temaene. Jeg tror uansett at det er risikosport å diskutere helseatferd og sosial ulikhet i helse uten alltid å ha med seg virkeligheten/de det i størst grad gjelder/de som jobber med de det i størst grad gjelder – og håper derfor at dette tross alt er representert bak de navnene som står der. Og/eller i hvert fall at når det er snakk om å omsette dette til kommunikasjon eller når det blir snakk om å anbefale implementering, at de innkaller forsterkninger.

**Bjørnar Nyen**, kommuneoverlege i Porsgrunn:

Jeg er helt enig i at det bør være en sterkt representasjon fra forskermiljøene i fagrådene. Det hadde vært minst like ille dersom det bare satt kommunefolk i disse rådene uten akademikere og andre. Mitt poeng er at forskerne må bryne seg på andre personer som har annen kompetanse. Jeg mistenker at sammensetningen har noe med direktoratets kunnskapssyn å gjøre. Ved å utnevne fagråd som er så dominert av folk med forskerbakgrunn, kan man mistenke at de henger igjen i et kunnskapssyn der det som teller aller mest er den forskningsbaserte kunnskapen. Den erfaringsbaserte kunnskapen, brukerkunnskapen og viktigheten av kontekst blir ikke vektlagt når man søker kunnskap.

Det kan jo hende at flere av deltakerne har annen kompetanse enn sin forskningskompetanse, men at den er skjult i akademiske titler.

For øvrig: Er det noe som tilsier at de har tenkt å hente inn forsterkninger? Dessuten mener jeg at forsterkningene, altså folk med annen kompetanse, bør være med på prosessen helt fra starten av. Vi har nok av prosesser hvor vi i kommunene blir invitert til å være med etter at «prosjekttoget» allerede er i god fart. Da er ofte prosessen allerede på et visst spor og som kanskje ikke er det rette, og det er veldig utfordrende å endre retning på et tog som allerede er på vei.

Det hadde vært spennende å få synspunkter på dette fra samfunnsmedisinere som sitter nær dem som utnevner disse rådene. Herved er dere utfordret.

**Einar Braaten**, kommuneoverlege i Øvre Eiker og Nedre Eiker:

Sitter og følger denne diskusjonen.. Jeg er helt enig med dere som har skrevet. Jeg sitter i Kunnskapssenterets fagråd hvor de har hentet inn nesten samme kompetansebakgrunn som i Helsedirektoratets fagråd. Men med tillegg av kommunal kompetanse og heller ikke bare legekompentanse.

Det er flere navn i rådene jeg kjenner som har bakgrunn fra kommuner, men de representerer ikke kommuner i dag.

Jeg synes rett og slett det er leit at Helsedirektoratet ikke ønsker å profilere at de vil bruke kompetanse fra kommunene. De fleste rådene som vil komme fra fagrådene, må utføres i en kommune både geografisk, faglig og organisatorisk. Kan et råd ikke implementeres, er det et dårlig råd...

**Red.:** Uten relasjon til de nyopprettede fagrådene, holdt Helsedirektoratet et møte den 13. januar om forholdet mellom arbeidmedisin og miljømedisin. Vi planlegger et spesialnummer av 'Helserådet' om nettopp dette temaet. På møtet var også kommunehelsetjenesten representert, og det syntes Einar Braaten i Øvre og Nedre Eiker å være tilfreds med. Han skriver:

**Einar Braaten**, kommuneoverlege i Øvre Eiker og Nedre Eiker:

Vår miljørettet helsevernrådgiver, Marianne, har vært på rundebordskonferanse i Helsedirektoratet. Vi møttes faktisk i et konferanserom med rundt bord!

Jeg har jo nylig skrevet om at kommuneleger må ut i verden! Dette var en slik invitasjon. Når Anders Smith i Helsedirektoratet spør om vi kan møte fra kommunen sammen med mange andre fra forskjellige tjenester for å diskutere 2. linje- (og 3. linje-) tjeneste for miljørettet helsevern i kommunene, mener jeg det er viktig å være velvillig.

Sjøl om jeg føler meg ganske som en spurv i tranedans med seniorer og sjefer fra universitet, institutter og spesialavdelinger på sjukehus, så synes jeg det er flott å få legge fram hvordan vi har det i våre kommuner og hvilke behov vi har!

På forhånd hadde jeg spurt en del kolleger i andre kommuner for å innspill både fra kommuneleger og ansatte i miljørettet helsevern-avdelinger.

Meldinger til "ridderne av det runde bord" var tydelig: Vi trenger først og fremst fagfolk ute i kommunene! Samtidig mangler vi oversikter over hvem vi kan få hjelp av, hva de kan tilby og hvordan vi får tak i dem. Vi er opptatt av at vedtakene vi gjør i vår kommune, kan sammenlignes med andre kommuners og være på omtrent samme nivå. Dvs at vi trenger tilsyn med vårt tilsyn og at dette blir å sette opp mot hvordan det gjøres i andre fylker og kommuner.

Atter en gang opplevde jeg at det var skikkelig lærerikt å høre hvilke instanser som finnes, hva de gjør og hvilke utfordringer de har. Det er grunn god nok til å delta på slike arrangement.

Og det er viktig at vi som representerer kommunene og fagfolkene nærmest innbyggerne, blir hørt. Jeg kan ikke skjønne annet enn at Helsedirektoratet er helt avhengig av nær kontakt med oss ute i kommunene for å utforme sitt eget arbeid og tiltak.

Referansekode i 'Helserådet': MET 2015 – 8. Stikkord: Fagråd folkehelse. Helsedirektoratet.

## Usikker påvirkningseffekt via sosiale medier

Helsemyndighetene vil stimulere oss til sunnere livsførsel, men det er usikkert om holdningskampanjer i sosiale medier er veien å gå.

Det viser en systematisk oversikt som Kunnskapssenteret har utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet.

### Kampanjer for å forebygge

I de siste årene har Helsedirektoratet tatt i bruk sosiale medier, som Facebook og Twitter, i holdningskampanjer for å stimulere befolkningen til sunnere levevaner. Hensikten med å delta i sosiale medier er å være i dialog med befolkningen der den er, sette dagsorden og påvirke holdninger.

### Liten effekt

Kunnskapssenteret har oppsummert studier som har sett på effekt av å benytte sosiale medier i kampanjer. Syv studier er inkludert i oversikten.

– Studier som sammenlignet bruk av online sosiale nettverk med ikke å informere eller informere via andre kanaler, viste ingen eller bare små effekter på endring i kunnskap, holdninger og atferd, sier seniorrådgiver og prosjektleder Hilde Strømme ved Kunnskapssenteret.

Heller ikke brukt i kombinasjon med andre tiltak ser det ut til at sosiale medier har effekt på levevaner. Én studie viste små effekter i favør av online sosiale nettverk i kombinasjon med andre tiltak på endring i kunnskap, holdninger og atferd knyttet til mattrygghet. Ellers var det ingen signifikante forskjeller.

### Få og små studier

- At vi ikke har funnet noen klar effekt, betyr ikke nødvendigvis at bruk av sosiale medier i holdningskampanjer ikke har effekt. Studiene var små og hadde metodiske svakheter, og derfor har vi liten tillit til funnene. Nye og bedre studier kan endre på våre funn, forklarer Strømme. Ifølge Strømme fant forskerne ingen studier som sammenlignet bruk av sosiale medier med bruk av tradisjonelle informasjonskanaler som aviser og etermedier. De fant heller ingen relevante studier hvor sosiale medier var brukt for å endre røyke- og alkoholvaner.

Publisert 17.12.2014 09:51

[Les hele publikasjonen](#) (direkte klikkbar lenke)

Referansekode i 'Helserådet': MET 2015 – 7. Stikkord: Helseopplysning. Sosiale medier.

.....

### Forskning.no 24.1.2015:

## Lettere å bli sunne sammen

Det er lettere for deg å gjøre sunne livsstilsvalg dersom om ektefellen eller samboeren din prøver det samme.

Du har kanskje erfart det selv, men nå har også britiske forskere fått bekreftet det gjennom en studie av nesten 4000 par. Forskerne har sett på røykevaner, fysisk aktivitet og kosthold.

Tidligere har [forskning.no skrevet at kiloene har en tendens til å smygge seg på når man får seg kjæreste](#) (klikkbar lenke), men den nye studien viser altså at man kan utnytte den ømme alliansen til en felles sunnhetsskapende innsats.

For det er et poeng at man må begynne et nytt og bedre liv sammen. Hvis partneren din er sunn fra før, er han ikke like nyttig å ha med seg i prosjektet, ifølge studien.

Se hele artikkelen fra Forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/2015/01/lettere-bli-sunn-sammen> .

Referansekode i 'Helserådet': MET 2015 -9. Stikkord: Livsstilsvalg. Ektefeller. Samboere.

.....

## Dagens bilkøer – morgendagens helsekøer

Lars Haltbrekken er gjesteskribent i Tidsskrift for Den Norske Legeforening, nr. 1/2015 (13.januar).

Se hele artikkelen ved å gå inn på eller klikke på <http://tidsskriftet.no/article/3277357> .

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2015 – 9. Stikkord: Luftforurensning. Biltrafikk.

.....

Forskning.no 25.1.2015:

# Tolv ting som beskytter mot skadelig byluft

Minst ti ganger så mange dør av forurenset byluft som av trafikkulykker i Norge. Her er tolv ting du kan gjøre for å beskytte deg mot skader fra bylufta.

## 1. Sjekk luftvarslene

Er veien tørr eller det er lite vind, kan det være fare på ferde. Våte veier binder svevestøvet til veibanen og vinden sprer den. Sjekk luftmålingene på [luftkvalitet.info](http://luftkvalitet.info) eller luftkvalitetsvarselet i avisa.

## 2. Unngå rushtiden

Er du i risikogruppen for hjertetrøbbel eller luftveisproblemer, bør du holde deg innendørs på dager med høye nivåer.

## 3. Pust gjennom nesa

Nesa fungerer som et filter for de største partiklene.

## 4. Lev sunt

Spis sunt og tren jevnlig. God helse kan beskytte mot skadelige effekter fra bylufta.

## 5. Ikke tren langs hovedgater

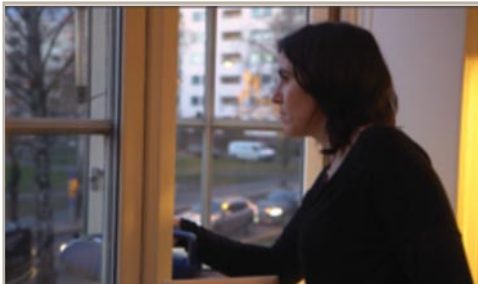
Du puster mye mer enn normalt når du trener. Velg heller gater med mindre trafikk.

## 6. Flytt

Ikke bo mange år langs en høyt trafikkert vei. Over tid kan luftforurensningen være skadelig uansett nivå, og det er om å gjøre å få i seg minst mulig i løpet av livet for å unngå sykdommer.

## 7. Ikke luft mot trafikken

Ikke åpne vinduer ut mot en trafikkert gate. Hvis du bare har vindu på den siden, luft når trafikken har roet seg.



NILU-forsker Nuria Castell måler høye svevestøvnivåer i vinduet ut mot Kirkeveien i Oslo. (FOTO: OLE ANDREAS GRØNTVEDT / NRK)

## 8. Hold barn unna hovedgater

Sørg for at barn går i parallellgatene. De tar raskere skade enn voksne. I tillegg puster de raskere og nærmere bakkenivå der konsentrasjonen av trafikkforurensning er større. Gravide bør særlig unngå forurensede gater og områder. Barnet i magen tar også skade av luftforurensningen.

## 9. Reis raskt

Jo lenger du er i trafikken, jo større fare for helseskade. Du utsett for omtrent den samme lufta i bil, buss og på sykkel. Men kjør likevel minst mulig bil. Selv om du skåner din egen helse, vil du være med å påføre andre skade hvis du kjører dieselbil. Nye bensinbiler skaper enda mer svevestøv enn dieselbiler. Sykler, elbiler og nyladet pugginnhybrid forurenser praktisk talt ikke. Ikke bruk piggedekk.

## 10. Unngå kø

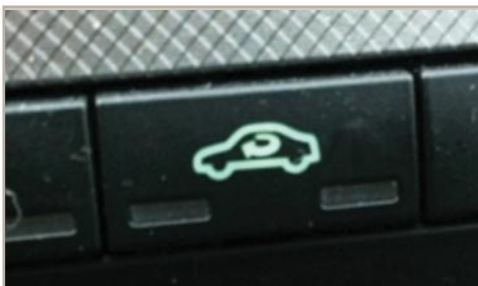
Du kan få i deg mye mer forurensning enn de som farer forbi i kollektivfeltet ved siden av. Bilens kupéfilter beskytter bare i begrenset grad og må vedlikeholdes.

## 11. Resirkuler luft

Sørg for å skru på resirkulering av luft før du havner i en kø eller kjører i en tunnel.

## 12. Reis rundt

Sykle eller kjør rundt de mest forurensede områdene av byen.



Skru på denne for å holde forurensningen ute. (FOTO: STÅLE TONNING / NRK)GRØNTVEDT / NRK)

Les mer: (klikkbare lenker)

[Luftkvalitet.info](http://luftkvalitet.info), som er utviklet av NILU, Norsk institutt for luftforskning.

[Luftkvalitetskriterier. Virkninger av luftforurensning på helse](#). Rapport 2013:9. Folkehelseinstituttet

Dette er hele artikkelen fra Forskning.no. Du får også tilgang til den ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/forebyggende-helse-miljo-forurensning/2015/01/tolv-ting-som-beskytter-mot-skadelig-byluft>.

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2015 -10. Stikkord: Luftforurensning, Biltrafikk.

## Folk som drikker litt alkohol, har lavere risiko for hjertesvikt

Forskere har undersøkt sammenhengen mellom alkohol og hjertesvikt i en stor studie der nesten 15 000 mennesker har blitt fulgt siden slutten av 1980-tallet.

Mellom 50 000 og 100 000 nordmenn har hjertesvikt, ifølge [Norsk Helseinformatikk](#). Ved hjertesvikt klarer ikke hjertemuskelen å pumpe blodet kraftig nok rundt i kroppen, og rundt 10 prosent av nordmenn over 75 år lider av hjertesvikt.

Sykdommen kan være forårsaket av skade på hjertet, som kan oppstå etter et hjerteinfarkt.

Nå viser en ny studie at menn som hadde et moderat alkoholinntak hadde 20 prosent mindre risiko for å få hjertesvikt, sammenlignet med menn som ikke drakk. Kvinner hadde 16 prosent mindre risiko for å få hjertesvikt.

Du kan lese hele denne artikkelen ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/2015/01/folk-som-drikker-litt-alkohol-har-ogsaa-lavere-risiko-hjerterproblemer>.

Referansekode i 'Helserådet': RUS 2015 – 5. Stikkord: Alkoholvaner. Hjertesvikt.



Helsedirektoratet

## Godt samarbeid om psykisk helsearbeid i kommunene

Likeverd, dialog, inkludert brukerperspektiv og gode rammer for fastlegens deltakelse er viktige stikkord for godt samarbeid om psykisk helsearbeid. Dette går frem av en rapport Sintef har utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet.

- Vi ser at mer enn 80 prosent av kommunene mener det er et godt samarbeid mellom kommunalt psykisk helsearbeid og fastlegen om personer med psykiske lidelser. Det er svært positivt, sier avdelingsdirektør Anette Mjelde.

Rapporten Samarbeid mellom helsetjenestene for mennesker med psykiske lidelser viser også at ansatte i kommunalt psykisk helsearbeid er mer fornøyd med fastlegenes innsats i kommuner med god fastlegedekning.

Mange kommuner opplever at de ikke klarer å gi et godt nok tilbud til enkelte pasienter som skrives ut fra spesialisthelsetjenesten. Dette kan ha sammenheng med at pasientene skrives tidligere ut fra spesialisthelsetjenesten nå enn før, og at de derfor har behov for et mer omfattende tilbud fra kommunene. Mange kommuner mangler for eksempel et egnet botilbud overfor denne brukergruppen.

- Økt utbygging av egnede boligtilbud og utvikling av tjenester er viktig for å kunne møte disse brukernes behov på en god måte, sier avdelingsdirektør Anette Mjelde.

### Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

To av tre kommuner mener de får god nok veiledning fra spesialisthelsetjenesten, men de fleste kommunene ønsker enda mer veiledning og faglig samarbeid. Rapporten konkluderer også med at likeverd i samarbeidet mellom tjenesteinstansene virker motiverende på de involverte.

At brukerperspektivet er inkludert i arbeidet synes å være et fellestrekk for godt fungerende samhandlingsmodeller.

Sintef konkluderer i rapporten med at samarbeidsmodeller om mennesker med psykiske lidelser må utvikles lokalt, i tråd med samarbeidspartenes kompetanse, erfaring, personlige egenskaper og det eksisterende tjenestetilbudet. Likeverd mellom samarbeidspartner, løpende dialog, fleksibilitet, et inkludert brukerperspektiv og gode rammer for fastlegens deltagelse ser ut til å være de viktigste stikkordene for godt samarbeid. Mangel på årsverk og tilgjengelige boligressurser i kommunene gir begrensninger i tjenesteutviklingen og i driften. Forskerne slår fast at bedre samhandling ikke vil dekke disse behovene.

### Psykisk helsearbeid og kommunestørrelse

Rapporten tar også for seg hvilke fordeler og ulemper ulike kommunestørrelser har for samarbeidet mellom de psykiske helsetjenestene. I små kommuner er det enklere å få rask oversikt over oppgaver, aktører og brukere, og det er enklere å samlokalisere tjenester. Større kommuner har ofte større mangfold i kompetanse og tjenestetilbud, men arbeidet kan være mindre oversiktlig.

### Bakgrunn

Målet med arbeidet har vært å få mer kunnskap om samarbeidet mellom kommunalt psykisk helsearbeid, fastlegen og psykisk helsevern. Det har blitt gjennomført 31 kvalitative dybdeintervjuer med fagpersoner, i tillegg til analyser av kvantitativt og kvalitativt datagrunnlag.

Mer om [Psykisk helse og rus](#), [Psykisk helsearbeid i kommunen](#), [Psykisk helsevern](#), [Helse- og omsorgstjenester](#) (disse lenkene er direkte klikkbare).

Publisert: 16.01.2015

Referansekode i 'Helserådet': PSY 2015 – 5. Stikkord: Kommunal psykiatri. Samhandling.

## Kommunene tar imot stadig flere pasienter

Hvert år siden Samhandlingsreformen ble iverksatt i 2012 har antallet opphold for utskrivningsklare pasienter på sykehus økt kraftig. Kommunene må gi et helse- og omsorgstilbud til stadig flere syke pasienter. Det viser tallene i Samhandlingsstatistikken 2013-14 fra Helsedirektoratet.

Forskriften om utskrivningsklare pasienter som ble innført i 2012 har ført til en sterk økning i strømmen av pasienter fra sykehus til kommunene år for år. Økningen i antall opphold på sykehus for utskrivningsklare pasienter (pasienter som er klare for overføring til kommunen) var på 263 prosent fra 2011 til 2014. Fra 2013 til 2014 var økningen 42 prosent.

Fra 2012 måtte kommunene betale for hvert liggedøgn pasienter som er definert som ferdigbehandlet og utskrivningsklare, oppholdt seg på sykehus. I 2014 var prisen kommunene måtte betale 4 255 kroner per liggedøgn. Dette førte til en sterk nedgang i liggedøgn for utskrivningsklare pasienter fra 2011 til 2012, men i 2014 økte antallet liggedøgn. Den gjennomsnittlige liggetiden per pasient økte likevel ikke. Dette fordi kommunene tar imot de utskrivningsklare pasientene relativt raskt.

### Mottakssystemer under press

Kommunenes tilbud til utskrivningsklare pasienter har vært løst på ulikt vis, og det har vært tydelig vekst i mottakere av korttidsopphold på kommunal institusjon og hjemmesykepleie.

– Det er flere helsemessige konsekvenser kommunene nå tar ansvar for enn før, og det setter selvsagt mottakssystemene under press. Liggetid på sykehus før pasientene blir definert som ferdigbehandlete blir stadig kortere, og det er en viss økning av pasienter som må innlegges på nytt for øyeblikkelig hjelp. Dette kan bety enten at pasientene er sykere når de skrives ut, og derfor behøver mer omfattende behandling enn det kommunene kan tilby, eller at det kommunale mottaksapparatet ikke er tilstrekkelig utbygd. Årsaken kan også være en kombinasjon av disse faktorene. Vi har ikke faktagrunnlag for å mene noe bestemt om årsakene, men vi følger nøye med på situasjonen, sier helsedirektør Bjørn Guldvog.

### Økte ressurser og nye tilbud

Siden 2012 har både kostnader og aktivitet økt sterkere i det kommunale helsetilbudet enn i sykehussektoren. Omsorgstjenester, forebyggende arbeid og refusjoner til fastleger var de områdene som hadde størst kostnadsvekst i kommunene, med 6-8 prosent (tallene varierer mellom landets kommuner).

Fra og med 2016 vil det være obligatorisk for norske kommuner å gi døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Befolkningen i 247 av landets kommuner har nå et slikt tilbud. Fra 2013 til 2014 ble det registrert rundt 15 000 innleggelser og mer enn 40 000 liggedager i disse døgntilbudene. Det er store variasjoner mellom kommunene i hvor mye, og hvordan, tilbudene brukes.

Kommunale frisklivssentraler, som skal drive forebyggende og helsefremmende arbeid, er et annet tilbud som er under oppbygging. I 2013 var det frisklivssentraler i 200 kommuner. Antallet kommuner med frisklivssentraler ble doblet fra 2011 til 2013.

Det er stadig mer kvalifisert helsepersonell i kommunene. Veksten var sterkst for sykepleiere med spesialisering, hvor antallet økte med 12-17 prosent (varierer mellom kommuner). Antall leger økte med 7,4 prosent (landsgjennomsnitt).



Publisert: 21.01.2015

#### PUBLIKASJONER

- [Samhandlingsstatistikk 2013 – 2014](#) (direkte klikkbar lenke)

Du får også tilgang til denne artikkelen ved å gå inn på eller klikke på <http://www.helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/kommunene-tar-imot-stadig-flere-pasienter.aspx>.

Referansekode i 'Helserådet': SAM 2015- 4. Stikkord: Utskrivning til kommunene.

## Kommunal proteksjonisme – og samhandlingsreformen

Fastlegekorpset vil trenge utvidet kunnskapsbasert kompetanse og kliniske ferdigheter for å gjøre en god jobb i samhandlingsreformen,



sier Fred Andersen, førsteamanuensis dr. med. UiT, spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin.

**SAMHANDLINGSREFORMEN** er en endring av helsetjenesten som mange mindre distriktskommuner ikke har klart å forholde seg til, og der mange fastleger gir kommuneadministrasjonen støtte i at de akuttmedisinske tjenestene i deres kommune umulig kan bedres ut over dagens nivå. Dette er reaksjonære holdninger som ikke tjener befolkningens interesser.

26. november avholdt Nordlandssykehuset HF et seminar om Kommunale øyeblikkelig hjelp-plasser (KAD) knyttet til samhandlingsreformen, en virksomhet som alle kommunene skal ha etablert innen 1. januar 2016. Seminaret samlet 40 helsepersonell og administrative ledere fra kommunene i Salten, Lofoten og Vesterålen.

Se hele omtalen av seminaret ved å gå inn på eller klikke på [http://www.dagensmedisin.no/debatt/kommunal-proteksjonisme-og-samhandlingsreformen/?utm\\_source=apsis-anp-3&utm\\_medium=email&utm\\_content=unspecified&utm\\_campaign=unspecified](http://www.dagensmedisin.no/debatt/kommunal-proteksjonisme-og-samhandlingsreformen/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified).

Referansekode i 'Helserådet': SAM 2015 – 5 Stikkord: Kommunale akutte døgnplasser. KAD.

*Forskning.no 16.1.2015:*

## - Ungdom som snuser begynner lettere å røyke

Ungdom som snuser og har dårlig selvfølelse, har større risiko for å begynne å røyke. Det viser en svensk studie, men norsk forsker er kritisk.

En svensk studie viser at ungdommer som snuser i 12-13-års alderen, har tre ganger større risiko for å begynne å røyke innen de er ferdig med videregående skole, sammenlignet med de som ikke har prøvd snus ennå.

De siste ti årene har andelen nordmenn som røyker daglig nesten blitt halvert. I 2013 oppga 15 prosent av befolkningen at de røyket hver dag.

De svenske forskerne fant også ut at dårlig selvfølelse og en mindre negativ holdning til røyk er faktorer som øker risikoen for å begynne å røyke. I studien har forskerne fulgt helseutviklingen til drøyt 1000 ungdom i nesten fem år, fra de var 12-13 år gamle.

- Les også: [Snus framfor røyk er bra for folkehelsen](#) (klikkbar lenke)

- Vi har funnet en tydelig sammenheng mellom tidlig snusbruk og framtidig røyking, sier Junia Joffer, forskeren bak den nye studien, i en pressemelding fra Umeå universitet.

Hun har doktorgrad i epidemiologi og global helse ved dette universitetet. Fra før av er det kjent at blant annet familiebakgrunn, sosiale kår og drikkemønster også kan virke inn på sjansen for å begynne å røyke.

Se hele artikkelen fra Forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/helse-royking/2015/01/ungdom-som-snuser-begynner-lettere-royke>.

(Red.: se også artikkelen i 'Helserådet' nr. 2/15, side 27: «Over en halv million snusbrukere i Norge»)

Referansekode i 'Helserådet': TOB 2015 - 8. Stikkord: Snus. Røykevaner.

**DAGENS**  
**Medisin**

Oppdatert 19.01.15 Nyheter

## Snus kan være inngangsport til røyking

[Røyking,](#)

[Barn og ungdom](#)

(lenkene ovenfor er direkte klikkbare)

En svensk studie viser at unge som begynner tidlig med snus, har større risiko for å bli røykere.

I studien har forskerne fulgt 1.000 svenske ungdommer fra 12-13-årsalderen til de er 17-18 år. Andelen røykere økte fra 3,3 prosent blant 12-åringene, til 25,1 prosent blant 17-åringene.

- Vi ser at de som har brukt snus i ung alder, har en tre ganger høyere risiko for å begynne å røyke på gymnaset, sier doktorand Junia Joffer til Dagens Medisin.

### Kan være inngangsport

- Selv om vi ikke kan si noe om en årsakssammenheng her, så tyder resultatene på at tidlig snusbruk kan være en inngangsport til røyking, sier Joffer, som er doktorand ved enheten for epidemiologi og global helse ved Umeå universitet.

- Kan dette være fordi de unge blir vant til nikotin?

- Ja, det er en rimelig hypotese at tidlig eksponering for nikotin er en risikofaktor, sier Joffer.

Hun mener det er viktig å utvide snusdebatten til ikke bare å handle om snusens eventuelle skadevirkninger i kroppen, eller om snus kan bidra til røykestopp hos voksne, men også om at snusing faktisk kan øke risikoen for at unge skal bli røykere.

### Lav selvfølelse

Andre risikofaktorer for røyking var å ha en mindre negativ holdning til røyking i ung alder, og det å ha lav selvfølelse. Det var også en høyere risiko for at jenter begynte å røyke, enn at gutter gjorde det.

Joffer mener at resultatene av studien er viktige som underlag i det tobakksforebyggende arbeidet. Hun er av den oppfatning at man i stedet for å snakke om røykfrie skoleområder, må jobbe for å skape helt tobakksfrie skoleområder.

### Frafall av snusere

Studien er publisert i [BMC Public Health](#). (direkte klikkbar lenke)

Forskerne påpeker at det var mange av snuserne som falt ut av studien mellom den første spørreundersøkelsen og den siste. Det medfører at resultatene må tolkes med en viss forsiktighet.

### Mari Rian Hanger

[mari.rian.hanger@dagensmedisin.no](mailto:mari.rian.hanger@dagensmedisin.no)

Dette er hele artikkelen i Dagens Medisin. Du finner den også ved å gå inn på eller klikke på [http://www.dagensmedisin.no/nyheter/snus-kan-vare-inngangsport-til-roeyking/?utm\\_source=apsis-anp-3&utm\\_medium=email&utm\\_content=unspecified&utm\\_campaign=unspecified](http://www.dagensmedisin.no/nyheter/snus-kan-vare-inngangsport-til-roeyking/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified). Der får du også tilgang til en del relaterte artikler.

Referansekode i 'Helserådet': TOB 2015 – 9. Stikkord: Snus. Ungdom.

### Forskning.no 16.1.2015:

## Influensaen er på vei

Vinterens influensa er i siget. Hvert år dør i snitt 900 personer i Norge. Sjekk hvordan du unngår smitte.

Vi er trolig på vei inn i vinterens influensautbrudd, viser kartlegging av Folkehelseinstituttet. Men i forhold til tidligere år, har influensaen hittil rammet mildt.

- Influensaen er på vei opp, flere er blitt syke etter jul. Over halvparten av dem som hadde klare influensasymptomer, fikk påvist influensa i årets første uke, forteller seniorforsker Olav Hungnes til forskning.no.

Han leder Folkehelseinstituttets virusovervåkingen av influensa.

### Halv million rammes

På sitt kontor følger han daglig spent med på influensaens spredning. Årlig smittes mellom 5 og 15 prosent av befolkningen. Det vil si mellom 250 000 og 750 000 mennesker. Når toppen nås, varierer fra år til år. De kan ikke si noe om hvor mange prosent som er rammet.

### Overraskende nedgang

I årets andre uke var det en svak nedgang i influensatilfeller som andel av alle legebesøk. Likevel tviler forskeren på at vi har passert toppen av utbruddet. I samme uke ble 3000 personer laboratorietestet, og 500 av disse fikk bekreftet influensa. Dette er middels i forhold til de siste årene.

- Dette var litt overraskende. Vi vet ikke om dette er en reell nedgang, eller om tilfeldigheter spiller inn. Det er ennå små tall, og vi må ikke overtolke dem. Men det vil forundre meg om toppen allerede er nådd, sier Hungnes.

Du får tilgang til hele denne artikkelen fra Forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/helse-forebyggende-helse-sykdommer/2015/01/influensaen-er-pa-vei>.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 39. Stikkord: Influensa.



- Det vil forundre meg om toppen av årets influensa allerede er nådd, sier seniorforsker Olav Hungnes ved Folkehelseinstituttet. (Foto: Folkehelseinstituttet)

## Bare halvparten i risikogruppene tar influensavaksine

For en million nordmenn kan det være farlig å få influensa. Likevel tar bare halvparten av disse vaksine. Men det er ennå ikke for sent. For noen kan influensa være farlig. Likevel er det bare halvparten av dem som burde vaksinere seg, som gjør det. Det finnes også medisiner som virker.

- Det er brukt 500 000 influensavaksiner. Det er ikke flere enn i fjor. Hele en million nordmenn er i risikogruppene som bør vaksinere seg, forteller seniorforsker Hungnes ved folkehelseinstituttet til forskning.no.

### Kan gi lungebetennelse og død

Influensa kan føre til lungebetennelse og forverring av kroniske sykdommer. Noen får varig svekket helse etter alvorlig influensasjukdom. Årlig dør i gjennomsnitt 900 personer av influensa. Vaksine kan redde liv eller gi andre helsegevinster som mildere symptomer eller at man unngår følgesykdom. (Lenkene nedenfor er direkte klikkbare)

De mest utsatte er [alle som er over 65 år](#), de som har en kronisk grunn sykdom eller en tilstand som gjør at kroppen ikke tåler influensasjukdom så godt.

En ny studie har vist at [gravide rammes hardere av influensa enn andre](#).

Folkehelseinstituttet anbefaler at du vaksinerer deg hvis du er i en av risikogruppene. Ta kontakt med din fastlege.

Vi har tidligere omtalt hvorfor folkehelsen vil at [alle gravide i andre og tredje trimester](#) vaksinerer seg.

Det er ennå ikke for sent å ta vaksine. Det tar rundt to uker før den virker.

Se hele artikkelen fra Forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/helse-forebyggende-helse-sykdommer-vaksiner/2015/01/bare-halvparten-i-risikogruppene-tar>.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 38. Stikkord:Influensa.

---

### Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) – Nyhetsbrev uke 3:

## Støyskader hos jernbaneansatte

Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) har samarbeidet med bedriftshelsetjenesten i NSB og Folkehelseinstituttet for å analysere hørselen hos jernbaneansatte.

Bakgrunnen for samarbeidet er at mange jernbaneansatte har nedsatt hørsel, og støy i jobben har vært ansett som en mulig årsak. Vi sammenlignet først hørselen hos lokførere og konduktører med hørselen fra et norsk normalmateriale og med jernbaneansatte som ikke hadde vært utsatt for støy. 60 prosent av lokførerne og 45 prosent av konduktørene hadde grad 1-3 nedsatt hørsel etter Arbeidstilsynets kriterier. Det viste seg likevel at hørselen var like god hos lokførerne og konduktørene som i normalmaterialene.

#### Grad 1:

Når hørselstapet for en eller flere av frekvensene 3000, 4000, 6000 Hz er fra og med 25 dB til og med 40 dB. Hørselstap på 20 dB for alle disse tre frekvenser regnes også som grad 1.

#### Grad 2:

Når hørselstapet for en eller flere av frekvensene 3000, 4000, 6000 Hz er større enn 40 dB, og hørselstapet for 2000 Hz ikke overskrider 20 dB.

#### Grad 3:

Når hørselstapet for en eller flere av frekvensene 3000, 4000, 6000 Hz er større enn 40 dB, og hørselstapet for 2000 Hz er større enn 20 dB. Deretter så vi på hørselen hos jernbanearbeidere som jobber med vedlikehold av spor og materiell. Vi fant et lite hørselstap hos disse på 3-5 dB hos dem over 45 år sammenlignet med kontrollgruppene. Hos de yngre var det mindre. Litt over 70 prosent av vedlikeholdsarbeidere hadde et grad 1-3 hørselstap sammenlignet med litt over 60 prosent av kontrollgruppen.

Til slutt så vi på forekomsten av ulike såkalte støydiper hos vedlikeholdsarbeidere, lokførere, konduktører og ikke støyeksponerte. Forekomsten av støydiper var vanlig forekommende hos både støyeksponerte (73%) og ikke eksponerte menn (63%). Andre undersøkelser av støydiper viser tilsvarende resultater, og støydiper kan ikke brukes som noe bevis på at det foreligger en støyskade.

Grad 1-3 hørselstap er vanlig forekommende. Det er litt vanligere hos menn enn kvinner og øker sterkt med økende alder. Støydiper er også vanlig forekommende hos dem som ikke har vært utsatt for støy og begrepet er derfor misvisende. Det er derfor vanskelig å stille diagnosen støyskade. Skal man vurdere hørselen i en gruppe ansatte som vi har gjort, må man sammenligne hørselen med ikke støyeksponerte (STAMI har utviklet et regneark som gjør dette enklere).

Lenkene på neste side er direkte klikkbare.

KONTAKT: [Arve Lie](#)

### Referanser

Lenker til originalartikler

[Hearing status among Norwegian train drivers and train conductors.](#)

[A cross-sectional study of hearing thresholds among 4627 Norwegian train and track maintenance workers.](#)

[The Prevalence of Notched Audiograms in a Cross-Sectional Study of 12055 Railway Workers.](#)

**Om forebygging av hørselstap og sammenligning av hørsel med ikke støyeksonerte:**

[Forebygging av hørselstap pga støy. Norsk elektronisk legehåndbok 2014](#)

Referansekode i 'Helserådet': ARB 2015 -7. Stikkord: Hørselstap. Jernbaneansatte.

*Forskning.no 20.1.2015:*

## Dårlig arbeidsmiljø kan bidra til hjerteproblemer

Menn som nettopp har hatt hjerteinfarkt eller hjertekrampe, mener dårlig arbeidsmiljø kan være en av årsakene.

Menn som nylig har blitt rammet av hjerteinfarkt eller angina og som oppgir at arbeidsplassen preges av dårlig miljø, mener at arbeidsmiljøet har vært en medvirkende årsak til hjerteproblemene.

Forskning viser også en kobling mellom stressfaktorer og blodverdier som kan være risikofaktorer for hjerte- karsykdom.

Det viser en ny studie fra Sahlgrenska akademien ved Universitetet i Göteborg.

### Høye krav, lav verdsetting

Et dårlig psykososialt arbeidsmiljø preges av at den ansatte opplever høye krav til arbeidsinnsats, liten mulighet til å kontrollere arbeidsoppgavene eller føler at arbeidsinnsatsen deres ikke verdsettes nok.

Tidligere studier har vist at [prestasjonsklima på arbeidsplassen svekker arbeidsinnsatsen](#).

Mennene som nylig hadde hatt hjerteinfarkt eller hjertekrampe, og opplevde dårlig arbeidsmiljø, antok også at det kom til å ta lengre tid før de kunne komme tilbake i jobb, sier doktogradsstipendiat Mia Söderberg i en pressemelding.

### Varselstegn

Menn som ikke har problemer med hjertet, men som opplever at arbeidsmiljøet deres er dårlig, har ofte varsel signaler på kommende hjertesykdom. Dette er for eksempel høyt blodtrykk og høye verdier av det farlige kolesteroleet.

- Les også: [Sjefen gir depresjon - ikke arbeidsmengden](#) (direkte klikkbar lenke)

Söderberg fant også ut at disse mennene oftere bytter jobb enn kvinnene.

### Stress verre for menn?

- Vi fant bare denne sammenhengen hos menn, noe som kan skyldes at arbeidsmarkedet er kjønnsdelt. Kvinner og menn jobber generelt innen ulike yrkeskategorier hvor forutsetningene for å kunne påvirke sin arbeidssituasjon varierer, sier Söderberg.

For kvinner kan kombinasjonen av jobb-stress og husarbeid også ha en større innvirkning på helsen enn hos menn, tror hun.

- Les også: [Hvorfor kan stress gjøre oss syke?](#) (direkte klikkbar lenke)

Arbeidsmarkedet domineres ikke lenger av industri, i stedet handler arbeid stadig mer om kunnskapsprosesser og kontakt med andre mennesker.

- Når det gjelder arbeidsrelatert dårlig helse, har vi sett et skifte fra fokus på fysiske risikofaktorer til et større behov for å utrede psykososiale faktorer, sier Söderberg.

### Både syke og friske deltok

Avhandlingen er dels basert på svar fra 509 personer i Västra Götaland med akutt hjerte-karsykdom, som omfatter alle tilstander der åreforkalkning plutselig har ført til at hjertet ikke har fått tilstrekkelig blod.

I tillegg besvarte nesten 2500 tilfeldig utvalgte innbyggere i Göteborg og omegn, samt over 75 000 svenske, mannlige bygningsarbeidere en spørreundersøkelse.

- Les også: [Personligheten avgjør hvordan du får ny jobb.](#) (direkte klikkbar lenke)

**Referanse:** (lenken nedenfor er direkte klikkbar)

Mia Söderberg, [Psychosocial work conditions - cardiovascular disease, perceptions and reactive behavior](#), doktoravhandling, Sahlrenska akademien, desember 2014.

Det er hele artikkelen fra Forskning.no. Du får også tilgang til den ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/2015/01/darlig-arbeidsmiljo-kan-bidra-til-hjerteproblemer>.

Da får du også en orientering om hvordan studien er gjennomført samt en oversikt over triglycider og kolesterol (HDL og LDL-kolesterol).

Referansekode i 'Helserådet': ARB 2015 – 8. Stikkord: Arbeidsmiljø. Hjerteproblemer.

.....

**Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) – Nyhetsbrev uke 4/2015:**

## Konstruktiv og destruktiv ledelse på kort og lang sikt

I en ny publikasjon har forskere fra blant annet Statens arbeidsmiljøinstitutt og Universitetet i Bergen studert forholdet mellom konstruktiv ledelse, laissez-faire ledelse, og tyrannisk ledelse og ansattes trivsel på jobb og funnet sammenhenger mellom ledelse og trivsel på både på kort og lang sikt.

Forskerne undersøkte forholdet mellom jobbtillfredshet og konstruktive og destruktive lederstiler på kort og lang sikt, og fant at passive (laissez-faire) og aktive former for destruktive ledelsesformer ser ut til å ha større betydning for ansattes tilfredshet enn det konstruktiv ledelse har. Laissez-faire ledelse framstår i denne studien mer som en systematisk unnvikende form for destruktiv ledelse enn som kun et fravær av ledelse.

Resultatene viste at tyrannisk ledelse var forbundet med reduksjon i jobbtillfredshet over seks måneder, men ikke over to år. Laissez-faire ledelse var ikke assosiert med endringer i jobbtillfredshet på kort sikt, men var derimot signifikant forbundet med redusert jobbtillfredshet over en toårsperiode. Konstruktiv ledelse viste ingen sammenheng med endringer i jobbtillfredshet, verken på kort eller lang sikt.

– Det ser ut som om reaksjonene på tyrannisk ledelse inntreffer relativt raskt, men også som om den forsvinner ganske kjapt. En mulig forklaring er at destruktive ledere ikke får fortsette i et slikt spor over lengre tid, for eksempel ved at de blir korrigert fra sine egne overordnede – sier forsker, Morten Birkeland Nielsen ved Statens arbeidsmiljøinstitutt

Han sier videre at – Tidligere forskning på ledelse er i hovedsak basert på et måletidspunkt, noe som gjør det vanskelig å konkludere om årsaksforhold. Den foreliggende studien viser verdien av å se på betydningen av ledelse over tid, samtidig som den også tydeliggjør behovet for å fokusere på, og inkludere, aktive så vel som passive former for destruktiv lederskap i definisjoner av, og studier på ledelse.

### Konstruktive og destruktive ledelsesformer

Forholdet mellom kortsiktige og langsiktige effekter av ulike ledelsesformer og -adferd på ansattes jobbtrivsel har vært lite studert. Det er en særlig mangel på studier som har undersøkt hvordan både konstruktive og destruktive former for ledelse har innvirkning på ansattes trivsel.

Basert på eksisterende forskning som har sett på konstruktive og destruktive ledelsesformer kan en sitte igjen med inntrykket av at de er betraktet som motpoler, noe som impliserer at god ledelse utelukker dårlig ledelse og vice versa. En rekke studier underbygger at en slik forståelse ikke er riktig.

En leder kan fremvise både positive og negative aspekter av ledelse, og en og samme leder kan oppleves ulikt over tid og av forskjellige underordnede. For eksempel er det mulig at en ansatt vil vurdere lederen sin som støttende og oppmuntrende, mens en annen vil beskrive lederen som fraværende og lite imøtekommende. Samspillet mellom ledere og medarbeidere framstår dermed som en kompleks prosess som betinges av en rekke individuelle faktorer så vel som situasjonsfaktorer.

KONTAKT: [Morten Birkeland Nielsen](#) (klikkbar lenke)

### Om studien

Studien er basert på to longitudinelle undersøkelser, noe som sjelden har blitt brukt i forskning på ledelse. At studien er longitudinell betyr at en ser på faktorer over tid snarere enn på ett tidspunkt. Den første undersøkelsen er gjort blant offshorearbeidere i Norge hvor deltakerne besvarte et spørreskjema to ganger med 6 måneders mellomrom. Den andre undersøkelsen er basert på et representativt utvalg av norske arbeidere over 2 år. Med to ulike studiedesign gis muligheter for å få et mer nyansert og nøyaktig bilde av hvordan ledere påvirker sine medarbeidere over tid og på en slik måte få bedre forståelse for hvordan ledelse fungerer i virkeligheten.

[Les originalartikkelen](#) (direkte klikkbar lenke)

PUBLISERT AV: [Sture Bye](#) (klikkbar lenke)

Referansekode i 'Helserådet': ARB 2015 – 9. Stikkord: Ledelse. Ledere.

.....

## Ber flere leger melde jobbrelatert sykdom

**FÆRRE MELDINGER:** Det meldes inn færre tilfeller av arbeidsrelaterte luftveissykdommer, uten at det er grunn til å tro at forekomsten av slike sykdommer er redusert.

Arbeidstilsynet etterlyser langt større etterlevelse av lovverket, som gir legene plikt til å melde arbeidsrelatert sykdom.

Bare fem prosent av norske leger melder inn sykdom som har sammenheng med jobbfaktorer. Det viser en [ny rapport](#) som har analysert meldinger fra leger til Registeret for arbeidsrelatert sykdom i perioden 2008-2012.

Det totale antall meldinger pr. år lå på rundt 2600, og det var bare en beskjeden økning i antall meldinger i femårsperioden.

– Antallet meldinger ligger på omtrent samme nivå som da vi startet med statistikken, og vi har god statistikk fra 2006. Vi ber nå legene om å bli flinkere til å melde inn til registeret for arbeidsrelatert sykdom, sier overlege Tonje Strømholm i Direktoratet for arbeidstilsynet til Dagens Medisin.

### Færre luftveissykdommer

Mer enn seks av ti meldinger fra leger dreide seg om støyskader. Deretter fulgte sykdommer i åndedrettssystemet, som stod for ti prosent av meldingene og muskel- og skjelettlidelser, som utgjorde seks prosent av meldingene.

I femårsperioden har det vært en økning i blant annet antall meldinger om hørseltap knyttet til støyeksposering i arbeidet, forgiftninger og psykiske lidelser/atferdsforstyrrelser.

Samtidig har det vært en nedgang i antall meldinger om sykdom i åndedrettssystemet, svulsttilfeller, hudsykdommer og sykdommer i nervesystemet, mens det ikke har vært endring i antallet meldinger om muskel- og skjelettlidelser.

– *Tror dere det har vært en reell nedgang i forekomsten av arbeidsrelaterte luftveissykdommer?*

– Vi har ikke holdepunkter for å tro at det har vært en nedgang. I og med at under fem prosent av legene melder fra, gir ikke meldingene vi får inn et riktig bilde av omfanget eller fordelingen av arbeidsrelatert sykdom i Norge, svarer Strømholm.

### Stor underrapportering

– *Hvor stor andel av legene regner dere med at burde ha meldt inn?*

– En norsk studie fra allmennpraksis anslo at ut fra hva pasienter angir av hva som symptomer eller sykdom kan skyldes, har 40-50 prosent av konsultasjonene å gjøre med helseplager eller sykdom forbundet med arbeidet, sier Strømholm.

Hun viser til flere konsekvenser ved at så få leger melder:

– Dette betyr at mange blir syke av forhold som potensielt kunne vært forebyggt. Vi mister også muligheten til å forebygge ytterligere sykdom samt sykdom hos kolleger på samme arbeidssted eller i samme næring, bransje eller yrke.

– *Får manglende innmelding noen konsekvenser for pasientenes muligheter til å søke om erstatning for yrkessykdom?*

– Nei, det er et annet løp å søke om godkjenning for yrkessykdom.

### Oppleveres som tungvint

En av årsakene til at så få leger melder, er ifølge Strømholm at de opplever det som tungvint.

– *Hva gjør Arbeidstilsynet for å øke antallet meldinger fra legene?*

– I fjor laget vi informasjonsbrosjyre som vi la ved Tidsskrift for Den norske legeforening, hvor vi informerte om plikten til og nytten av å melde. Vi sender også ut nyhetsbrev til leger med informasjon om meldinger. På sikt ønsker å få muligheten til at leger kan melde elektronisk. I dag meldes det ofte på papir, noe mange leger nok opplever som tungvint. Vi vurderer også eventuelle endringer i lovverket som gjør det tydeligere for legene hva som skal meldes.

– *Har dere muligheten til å integrere en melding i journalsystemet?*

– Ikke pr. i dag. I forbindelse med ny sykmeldingsblankett, kunne man tenke seg at det var et spørsmål om sykmelding har å gjøre med arbeidsrelatert sykdom, men slik er det ikke i dag. Vi har indikasjon fra legene på at det er flere årsaker til at de ikke melder, blant annet at det er tungvint og vanskelig. Alt som gjør det enklere for legene å melde, kan tenkes å øke antall meldinger til registeret, sier Strømholm.

Direktør i Arbeidstilsynet, Ingrid Finboe Svendsen, sier at det er jobbet lenge med å forbedre meldesystemet.

– Arbeidstilsynet har over flere år jobbet for å forenkle innmeldingen av arbeidsrelatert sykdom og gjøre meldeplikten som legene har bedre kjent. Vi ønsker å få flere meldinger slik at myndighetene har et best mulig utgangspunkt for å forebygge tilfeller av arbeidsrelatert sykdom, sier Finboe Svendsen til Dagens Medisin.

**Lisbeth Nilsen**

[lisbeth.nilsen@dagensmedisin.no](mailto:lisbeth.nilsen@dagensmedisin.no)

Referansekode i 'Helserådet': ARB 2015 – 10. Stikkord: Sykmeldinger. Arbeidsrelatert sykdom.

## Helsefremmende arbeidsplasser – på norsk

-Vi må utvikle et psykososialt arbeidsmiljø som styrker og utvikler de ansattes helse, sier Odd Bjørnstad, sivilingeniør og fysioterapeut, Statens arbeidsmiljøinstitutt. Han har hatt ansvar for de tre nasjonale konferansene om helsefremmende arbeidsplasser

Helsefremmende arbeid har som mål å bedre helsen, mens sykdomsforebyggende tiltak skal hindre utvikling av sykdom og redusere risikoen for skade og død. Dette må innebære ulike strategier og grep.

**HELSEFREMMEDE** arbeidsplasser handler om å forme og utvikle arbeidsmiljøet i virksomheter. Vi må arbeide med de organisatoriske/administrative og tekniske systemene og utvikle et psykososialt arbeidsmiljø som styrker og utvikler de ansattes helse. Et ensidig fokus på de enkelte ansatte og deres livsstil er ikke en aktuell strategi for å bygge helsefremmende arbeidsplasser.

Forståelsen av helsefremmende arbeidsplasser – på norsk – ble utarbeidet på en nasjonal konferanse på Lillestrøm i 2002. 400 deltakere fra næringsliv, universitet og høyskoler, bedriftshelsetjenester og Nav kom med rundt 1200 innspill til en redaksjonsgruppe som arbeidet med, og la fram, den såkalte Lillestrøm-erklæringen. Partene i arbeidslivet samt helsedepartementet og arbeids- og administrasjonsdepartementet var med i redaksjonsgruppen.

Se hele debattinnlegget ved å gå inn på eller klikke på [http://www.dagensmedisin.no/debatt/helsefremmende-arbeidsplasser-pa-norsk/?utm\\_source=apsis-anp-3&utm\\_medium=email&utm\\_content=unspecified&utm\\_campaign=unspecified](http://www.dagensmedisin.no/debatt/helsefremmende-arbeidsplasser-pa-norsk/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified)

Referansekode i 'Helserådet': ARB 2015 -11. Stikkord: Arbeidsmiljø. Psykososialt arbeidsmiljø.

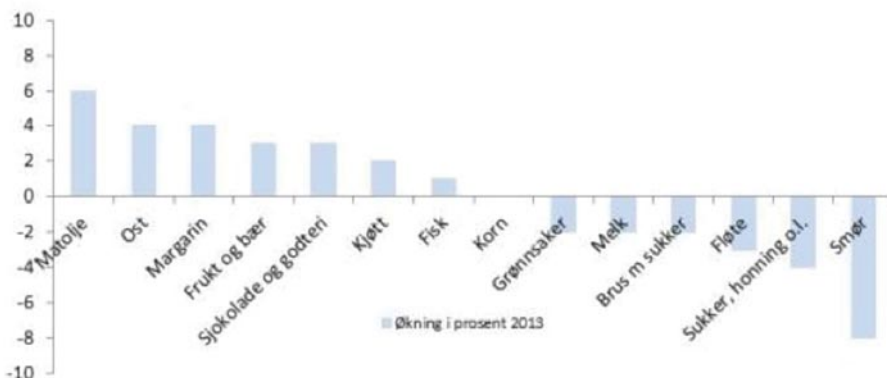
## Helsedirektoratet

### Mer matolje, ost og margarin i 2013, mindre smør, fløte og sukker

2013 var året vi spiste mer matolje, ost, margarin, frukt og bær og godteri. Rent sukker og honning har sammen med smør hatt den største nedgangen.

Tallene fremkommer i Helsedirektoratets Utvikling i norsk kosthold (direkte klikkbar lenke), en årlig statusrapport og presentasjon av nordmenns matvaner i året som gikk. Rapporten gir også tall tilbake til 50-tallet, og gir et bilde av hvilke trender som har preget det norske kostholdet over tid. Rapporten inneholder i tillegg de nyeste tallene fra Statistisk sentralbyrås forbruksundersøkelser om matforbruk fra 2012.

– Statistikken spretter litt opp og ned fra år til år, men disse svingningene justeres ofte raskt. Det virkelig interessante er å se utviklingen over tid, slik at vi kan se på hvilke trender som må endres i et folkehelseperspektiv, sier helsedirektør Bjørn Guldvog.



Aksen: Økning i prosent fra 2012 til 2013

#### For mye mettet fett

Andelen mettet fett i kosten gikk gradvis ned fra 1970 til 1990, men har igjen økt de siste ti-årene. Det er nå vesentlig høyere enn det Helsedirektoratet anbefaler. Økt forbruk av kjøttprodukter og fete meieriprodukter er viktige årsaker til dette.

– Det er fint at vi spiser mer matolje og mindre smør, sier Guldvog. -Det gir en bedre balanse i kostens fetttsyresammensetning. Det er god dokumentasjon for at man kan redusere risikoen for hjertesykdom ved å bytte ut en del av det mettede fettene med flerumettet fett. Dessverre inneholder vårt kosthold betydelig mer mettet fett enn hva Helsedirektoratet anbefaler. Fete meieri- og kjøttprodukter er de største kildene til mettet fett, mens matoljer og fet fisk er gode kilder for gunstige flerumettede fettsyrer.

#### Mer frukt, mindre grønt

Forbruket av frukt og grønnsaker har økt betydelig over tid, men det er spesielt frukt og bær som trekker veksten i 2013. Omsetningen av grønnsaker har ikke vokst siste året.

– Bær er veldig interessant, sier Guldvog. –Næringen har gjort et systematisk arbeid med å gjøre bær lett tilgjengelig i butikker. Denne satsningen synes nå godt på statistikken, og det forteller oss at valgene produsentene og dagligvarehandelen gjør, har stor innflytelse på forbrukeren. Nå må vi se om samme jobben kan gjøres på grønnsaker, som er en hovedbestanddel i et helsefremmende kosthold i tråd med våre anbefalinger.

### Heller fisk enn kjøtt

Nordmenns kjøttforbruk øker hvert år, og er omlag doblet siden syttitallet. Hvitt kjøtt øker mest, men rødt kjøtt står fremdeles for størsteparten av kjøttforbruket.

– Både av helsemessige og av miljømessige hensyn er det viktig at vi oftere finner alternativer til kjøtt. Et høyt inntak av rødt kjøtt øker risikoen for kreft i tykk- og endetarm, mens inntak av fisk minsker risikoen for hjerte- og karsykdom. Derfor er det uheldig at vi i gjennomsnitt spiser dobbelt så mye kjøtt som fisk.

– Heldigvis har fiskeforbruket økt noe de siste årene. Tilgjengelighet, kunnskap og lavere priser på f.eks. laks har gjort at særlig yngre i større grad velger laks.

Men fortsatt er det mange, og da særlig unge kvinner som spiser lite fisk. Det er ugunstig ettersom inntak av fisk kan bidra positivt til utviklingen av nervesystemet hos foster og spedbarn.

– De seneste oppsummeringene av nytte og risiko ved å spise fisk fra Vitenskapskomiteen for mattrygghet fra desember er her gode nyheter. Komiteen konkluderer at det ikke er noen grunn til å si at kvinner i fruktbar alder og jenter bør begrense inntaket av fet fisk ut fra helsehensyn.

Mer om Ernæring, Folkehelse (direkte klikkbare lenker)

### PUBLIKASJONER

Utviklingen i norsk kosthold 2014 – Kortversjon [Last ned](#)

Utviklingen i norsk kosthold 2014 – Langversjon [Last ned](#)

Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet [Last ned](#)

Du får også tilgang til denne artikkelen ved å gå inn på eller klikke på <http://www.helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/mer-matolje-ost-og-margarin-i-2013-mindre-smor-flote-og-sukker.aspx>.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2015 -10. Stikkord: Kostholdsendringer.

### Frivillighet Norge, Nyhetsbrev uke 4:

## Verdensmester i frivillighet, men vet det ikke selv

64 % av befolkningen deltar i frivillig arbeid. Samtidig tror de at andelen som gjør frivillig innsats er lavere enn 40 %. Dette viser Frivillighet Norges Frivillighetsbarometer, som er en befolkningsundersøkelse om motivasjon og deltakelse i frivillig arbeid, utført av TNS Gallup.

I følge en internasjonal komparativ undersøkelse utført av Johns Hopkins University i USA, har Norge sammen med Sverige ligget på verdenstoppen når det gjelder frivillig arbeid i en årrekke, men vi vet det altså ikke selv.

– De aller fleste frivillige stiller 1 til 4 ganger i året. Andelen som bruker flere timer hver måned er liten. Det er også en god del "Torden-skjolds soldater", som deltar i flere foreninger i nærmiljøet. Dette kan være forklaringen på at folk antar at andelen frivillige i Norge er så mye lavere enn den faktisk er, sier generalsekretær i Frivillighet Norge Birgitte Brekke.

– Over halvparten av de frivillige i Norge bidrar innenfor kultur, idrett eller i velforeninger og grendelag. De bærer stoler, kjører eldre eller barn, jobber på loppemarked eller vedlikeholder hus og anlegg, deltar i styrearbeid osv. Uten dem ville nærmiljøene i Norge vært veldig annerledes. Vi må ta vare på å videreutvikle frivillighetstradisjonen, sier Brekke.

Frivillighetsbarometeret viser at potensialet for høyere deltakelse er stort. I gruppen som svarer at de ikke har gjort frivillig innsats siste 12 måneder sier 87 % at de aldri har blitt forsøkt rekruttert av en frivillig organisasjon. 23 % av disse sier at de ville svart ja til å delta hvis de var blitt spurt.

– Frivilligheten trenger nye rekrutteringsmetoder. Ikke minst handler det om å ta i bruk nettbaserte løsninger. Frivillighet Norge arbeider for at staten skal bidra med midler til slik at organisasjonene kan rekruttere via en nasjonal nettportal slik som i Sverige og Danmark, avslutter Brekke.

Referansekode i 'Helserådet': FRI 2015 – 2. Stikkord: Deltagelse i frivillighet.



# Å sitte stille er mye farligere enn å være overvektig

En artikkel fra [Norges idrettshøgskole](#)

- Vi visste at fysisk inaktivitet er en betydelig risikofaktor, men vi ble overrasket da vi fant ut at hele 676 000 europeere hvert år dør som følge av fysisk inaktivitet, sier professor Ulf Ekelund ved Norges idrettshøgskole.

Resultatene fra den mest omfattende helseundersøkelsen i Europa noen sinne viser at dobbelt så mange dør av inaktivitet som av fedme.

- Vi ser fedme og slanking hvor enn vi snur oss. Trening er også mye omtalt mens fysisk inaktivitet ikke ofres mye oppmerksomhet, sier Ulf Eklund ved Norges idrettshøgskole, som ønsker at denne trenden snur.

Gjennom 12 år har forskerne fulgt 334 161 kvinner og menn i ti europeiske land. De har målt høyde, vekt og livvidde, mens deltakerne selv registrerte fysisk aktivitetsnivå.

Inaktivitet har i lang tid vært assosiert med økt risiko for hjertesykdom, kreft og tidlig død. Nå viser det seg at inaktivitet faktisk forkorter livet for langt flere enn det overvekt gjør.

Du kan se hele artikkelen fra [Forskning.no](#) ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/2015/01/inaktivitet-er-mye-farligere-enn-noen-ekstra-kilo> .

(Red. kommentar: se også artikkelen i 'Helserådet' nr. 2/15, side 12: «Fysisk aktivitet halverte uføre-risiko»)

Referansekode i 'Helserådet': FYS 2015 – 5. Stikkord: Fysisk aktivitet. Overvekt.

## Idretten og kostnader knyttet til deltagelse

**Red.:** Fra en kollega har jeg mottatt nedenstående som viser hvordan offentlig støtte til idretten kanaliseres i de skandinaviske landene. Jf. artikkel publisert i *Sport in Society* Vol. 13. no 4, May 2010 s.567-582 (Sports policy and politics – the Scandinavian way) av Bergsgard Nils Asle, og Norberg Johan R. Her har man gjort nordiske sammenligninger, og tallene viser blant annet hvordan den offentlige finansieringen av organisert sport og idrett er i de respektive landene (se tabell s. 577):

	Norge		Sverige		Danmark	
	totalt	Pr. innbygger	Totalt	Pr. innbygger	Totalt	Pr. innbygger
Sentralt nivå	€ 150 m	€ 33	€ 150 m	€ 17	€ 80 m	€ 15
Lokalt nivå	€ 180 m (55%)	€ 39	€ 490 m (77%)	€ 55	€ 350 m (81%)	€ 65

Mer offentlig «support» går gjennom lokale myndigheter i Sverige (77%) og Danmark (81%) sammenlignet med Norge (55%). Min kollega kommenterer: «Norge ser ut til å ha lite å slå i bordet med når det gjelder støtte til lokale lag og foreninger».

Hele den nevnte artikkelen kan leses ved å åpne [dette dokumentet](#)

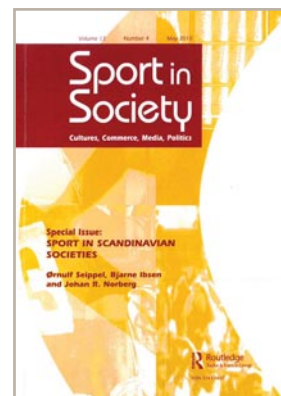
Nils Asle Bergsgard kommenterer i en e-postmelding den 11.februar forskjellene mellom de skandinaviske landene slik:

«Hovedforklaringen på det ulike forholdet mellom sentralt og lokalt nivå mellom de tre landene er at spillemidlene til anlegg lokalt fordeles fra staten i Norge, mens kommunene har tilnærma hele ansvaret i nabolandene. Altså at en stor andel av de midlene som fordeles fra sentralt hold i Norge, kommer lokale lag og foreninger til gode i form av anleggsstøtte. Det man kan spørre seg, er om ikke kommunene burde hatt det fulle ansvaret her (som i Sverige) siden de er nærmest der skoene trykker....»

Nils Asle Bergsgard henviser også til <http://idrottsforum.org/articles/makinen/makinen110126.html> for litt mer oppdaterte tall.

Min kollega henviser også til en artikkel i VG 22.1.2015: gå inn på eller klikk på <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/oppvekst/en-av-tre-foreldre-betaler-ikke-treningsavgift-for-barna-sine/a/23379018/> .

Referansekode i 'Helserådet': FYS 2015 – 6. Stikkord: Idrett og kostnader.



## Røyking og høyt kolesterol stjål flest leveår

Ikke-røykere og personer med lavt kolesterol hadde størst sjanse for å leve lenge, viste en langtidsoppfølging av grupper med ulik risiko for hjertesykdom.

Utgangspunktet for forskningen er Oslostudien, som ble gjort i 1972-1973.

Professor Ingar Holme har sett på langtidsoverlevelsen hos ulike risikogrupper av menn i alderen 40-49 år. Mennene hadde høyt kolesterol, høyt blodtrykk eller diabetes, eller de deltok i en diett- og antirøykestudie, eller i en studie av menn med middels høyt blodtrykk.

### Svært få hjerteinfarkt i lavrisikogruppen

Holme har sammenlignet risikogruppernes langtidsoverlevelse med en gruppe ikke-røykende menn uten spesielle risikofaktorer.

- Lavrisikogruppen skiller seg svært tydelig ut. Den mediane levealderen var 88 år i denne gruppen. Faktisk var det bare åtte hjerteinfarkt-dødsfall blant disse 367 mennene i løpet av 40 år- dette er svært lavt, sier Holme.

### Røyk og kolesterol

Han bemerker at gevinsten av å få kontroll over risikofaktorene vil være svært stor. Holme så at å være ikke-røyker, og å ha lav kolesterolverdi, var de viktigste bidragene til et langt liv.

- Men også risikofaktorer som høyt blodtrykk og diabetes bidro i høy grad til tidlig død, sier Holme.

Personer som hadde diabetes, eller tidligere hadde hatt hjerteinfarkt, nådde en median levealder på 65 år.

Studien er publisert i [Scandinavian Journal of Public Health](#). (direkte klikkbar lenke)

### Hjertesykdom forkortet livet

Studien sammenlignet personer som hadde en historie med hjertesykdom, med de som ikke hadde hjertesykdom.

- Personer som ikke hadde hjertesykdom da de deltok i Oslostudien, viste seg å få en median levealder på 80 år. De som hadde kardiovaskulære lidelser, levde mellom tre og åtte år kortere, forklarer Holme.

### Store endringer

Han påpeker at mye har skjedd med behandlingen av personer med risiko for hjertesykdom siden midten av 70-tallet.

- Det viktigste som har endret seg, er at man i stor grad har fått befolkningen til å slutte å røyke. Dette har veldig stor betydning for langtidsoverlevelsen, sier Holme.

I tillegg har folk blitt mer fysisk aktive, kostholdet har blitt sunnere, og kolesterolverdiene i befolkningen har gått ned- dette påvirker helt klart levealderen i positiv retning, ifølge Holme.

### Mari Rian Hanger

[mari.rian.hanger@dagensmedisin.no](mailto:mari.rian.hanger@dagensmedisin.no)

Referansekode i 'Helserådet': HST 2015 – 4. Stikkord: Oslo-studien. Røyking. Kolesterol.

## DAGENS Medisin **BLOGGER**

Torgeir Micaelsens blogg, publisert 14.01.15:

### Foreslår kraftfull «eldrehelsereform»

*Hva gjør man når man har fått til mye, men samtidig ikke har nådd målene man satte seg? Da bør man erkjenne nettopp dette, og kritisk gå gjennom om det man har ment også er de riktige forslagene for fremtiden. Våre forslag til en ny «eldrehelse» har dette som bakteppe.*

Det siste tiåret har det vært et tverrpolitisk mål om flere heldøgns bemannede omsorgsboliger og sykehjemsplasser i Norge. Derfor vedtok Stortinget, etter forslag fra den rødgrønne regjeringen, generøse investeringsrammer hvor alle kommuner som søkte om å bygge fikk ja. I tillegg har bevilgningene til norske kommuner i samme periode vært rekordhøye. Likevel må vi konstatere at utbyggingstakten i eldreomsorgen har vært for lav.

Jeg vil likevel avvise påstanden om at eldreomsorgen ikke har blitt bedre mange steder. Flere bor på moderne enerom, flere har eget bad på rommet, og flere boliger er tilpasset brukernes behov. Det var over 20 000 flere ansatte i omsorgssektoren i 2013 enn i 2005 og langt

de fleste nyansatte har fagutdanning. Men tilbakemeldingene viser samtidig at dette ikke har vært nok.

Se hele blogg-innlegget til Torgeir Micaelsen ved å gå inn på eller klikke på [http://www.dagensmedisin.no/blogg/torgeir-micaelsen/foreslar-kravfull-eldrehelsereform/?utm\\_source=apsis-anp-3&utm\\_medium=email&utm\\_content=unspecified&utm\\_campaign=unspecified](http://www.dagensmedisin.no/blogg/torgeir-micaelsen/foreslar-kravfull-eldrehelsereform/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified)

Referansekode i 'Helserrådet': HTJ 2015 – 15. Stikkord: Eldreomsorg. Eldrehelse. Micaelsen, Torgeir.



**Helsedirektoratet**

## Dobbelt så mange psykologer i kommunene på to år

Etter at Helsedirektoratet utvidet ordningen med rekrutteringstilskudd til psykologer i kommunene er antallet psykologer mer enn doblet på to år. Dette gjør at hjelpen kommer nærmere stadig flere som trenger den.

Fra inngangen til 2013 og frem til i dag har antallet psykologer rekruttert gjennom ordningen til kommunenes helse- og omsorgstjenester gått fra 130 til 270 psykologer. Det betyr at viktig kompetanse blir tilgjengelig for flere.

Antall kommuner som deltar i ordningen har også steget fra 95 til 165 kommuner. Dette er en økning på over 70 prosent.

Psykologkompetansen bidrar til å styrke viktige områder innen kommunenes helse- og omsorgstjenester.

- [Tilskuddsordning - rekrutering av psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene](#) (direkte klikkbar lenke)

### Gratis og lokalt er lettere

-Det er mye lettere å snakke med en psykolog når det er et lokalt og gratis tilbud, sier Sanne Bach Skorpen, som er psykolog tilknyttet ROP-fagteamet i Os kommune i Hordaland. ROP er en forkortelse som brukes når et menneske har både en ruslidelse og en psykisk lidelse.

Skorpen tilbyr kortere samtalebehandling til både voksne ROP-pasienter og til ungdom som er i risiko for begynnende rusproblematikk. Samtidig er hun involvert i mye systemarbeid og kompetanseutvikling sammen med andre yrkesgrupper i kommunen.

Det er et krav i rekrutteringsordningen at tilbudet psykologene jobber i skal være lett tilgjengelig, gratis og uten henvisning. Dette er med på å senke terskelen for brukere som har behov for tilbudet.

### Hjelp med traumer

-I noen tilfeller tilbyr jeg også hjelp over lengere tid til brukere som har komplekse traumer, forklarer Skorpen.

-Psykisk helse- og rusmiddelproblemer bør ses i sammenheng med traumeforståelse. Tidlig hjelp er viktig for å forebygge at en utvikler mer alvorlige psykiske helse- og rusmiddelproblemer relatert til traumer, sier Anette Mjelde avdelingsdirektør i Helsedirektoratet.

### Økning av psykologer som jobber med rus

Rapporteringen fra kommunene viser at andelen av psykologer i denne ordningen som jobber med mennesker med rusproblematikk er økende.

Dette er mennesker som ofte har hatt vanskelig for å få hjelp i tjenesteapparatet.

-Flere av dem jeg snakker med hadde vært vanskelig å henvise til psykisk helsevern fordi det er rusproblemer inne i bildet. Det er ofte vanskelig å få til behandling i spesialisthelsetjenesten på grunn av svingende motivasjon, lang ventetid og lang reisevei, sier Skorpen.

Det er viktig å se sammenhengen mellom rus og psykisk helse for å kunne hjelpe disse brukerne best mulig. Psykologenes kompetanse er en viktig ressurs for å styrke dette arbeidet.

### Psykologkompetanse i systemarbeid

-Systemarbeid er en god måte å bruke psykologkompetansen på, sier Skorpen som også har arbeidet med veiledningsgrupper om traumer og andre tema for ansatte i kommunen som jobber med ROP-brukere.

Stillingene som opprettes gjennom rekrutteringstilskuddet kan brukes både innen folkehelsearbeid, forebyggende arbeid, utredning og behandling av psykisk helse- og rusmiddelproblemer samt til veiledning av andre yrkesgrupper i kommunene.

Publisert: 21.01.2015

Referansekode i 'Helserrådet': HTJ 2015 – 16. Stikkord: Psykologer. Psykologer i kommunehelsetjenesten.

De fleste ønsker å dø hjemme:

LIVETS SLUTTFASE

# Livstestamente for alvorlig syke og døende



PARADOKS: Et flertall av de spurte pasientene gir uttrykk for at de ønsker å dø hjemme, likevel dør de fleste i sykehus eller i institusjon. Illustrasjonsfoto: Colourbox

**Hvordan kan man finne passende behandlingsnivå og behandlingsintensitet for alvorlig syke og døende? Forhåndsdirrektiver, for eksempel gjennom et livstestamente, er blant tiltakene som drøftes i en ny rapport fra Kunnskapscenteret.**

Kunnskapscenteret har sett på forskningsgrunnlaget for ulike tiltak, som kan være til nytte når en skal finne passende nivå på medisinsk behandling i livets sluttfase. Ifølge rapporten «Livets sluttfase - om å finne passende behandlingsnivå og behandlingsintensitet for alvorlig syke og døende» bør følgende tiltak diskuteres:

- god kommunikasjon med pasient og pårørende om sykdom og prognose
- bruk av kompetanse innen lindrende medisin
- ordninger for å kunne nedtegne forhåndsdirrektiver, såkalt «livstestamente»

*forts. neste side*

## Melder skader og bivirkninger til 11 ulike instanser

– Det må være mulig å forenkle og samle systemene, mener Tone Westergren i RELIS.

Meldesystemet som er etablert for å varsle om uheldige hendelser i helsevesenet, er for fragmentert og lite brukervennlig, mener seksjonsleder Tone Westergren i RELIS Sør-Øst, Avdeling for farmakologi, ved Oslo universitetssykehus.

### Må sendes i posten

I sin blogg i Dagens Medisin viser hun til at det er 11 ulike instanser for ulike meldinger. Hun påpeker også at mange meldinger må sendes i posten. (bloggen er direkte klikkbar)

Westegren mener en «Én rød knapp» i journalsystemer og på nettsider vil forenkle varslingen, og samtidig føre til at terskelen for å melde blir lavere.

### – Helsepersonell er travle

– Det er tungvint for helsepersonell å finne ut hva som skal meldes hvor. Man kan ikke forvente at helsepersonell, som er travelt opptatt med pasientbehandling og som ikke er godt inne i systemene, skal ha oversikt over alle instansene, skriver Westergren

**Anne Grete Storvik**

[anne.grete.storvik@dagensmedisin.no](mailto:anne.grete.storvik@dagensmedisin.no)

Referansekode i 'Helserådet': KVA 2015 – 2. Stikkord: Meldeordninger.

# alvorlig syke og døende?

## Kan velge å avstå fra behandling

Et nedfelt forhåndsdirektiv om å avstå fra medisinsk behandling i gitte situasjoner, ofte kalt «livstestamente», kan styrke pasientens autonomi i beslutninger om behandlingsbegrensning når pasienten selv er ute av stand til å delta i beslutningene. Et forhåndsdirektiv kan også være oppnevning av en stedfortreder.

– Men en mer kontinuerlig og helhetlig plan for livets slutfase synes i større grad å ivareta behovene til dem som er involvert i beslutningsprosessene, enn bruk av forhåndsdirektiv alene. Et forhåndsdirektiv kan inngå i en slik plan, sier prosjektleder Åse Skår ved Kunnskaps-senteret.

## Pasienter flest ønsker informasjon

Rapporten er basert på 65 systematiske oversikter. Alt i alt viser forskningen at et flertall alvorlig syke pasienter gir uttrykk for at de ønsker å være informert om sin sykdom og prognose, og å diskutere spørsmål knyttet til behandling og omsorg i livets slutfase.

– Dette synes å være uavhengig av diagnose og etnisitet. Mye tyder også på at dette ønsket ofte ikke blir godt nok ivaretatt, og kjennskapen til pasientenes preferanser blir derfor mangelfull, fremholder Skår.

Det kommer også fram at helsepersonell som må ta beslutninger om begrensning av medisinsk behandling, ofte føler seg usikre. Forskningen viser at leger synes å ha tendens til å være for optimistiske når det gjelder å anslå forventet gjenværende levetid, og at erfarne leger har mindre tendens enn uerfarne til å anbefale høyteknologisk behandling ved livets slutt.

## Ønsker å dø hjemme

Et flertall av de spurte pasientene gir uttrykk for at de ønsker å dø hjemme, likevel dør de fleste i sykehus eller i institusjon. Forskningen tyder på at bruk av kompetanse i lindrende medisin i primærhelsetjenesten, kan føre til at en større andel dør hjemme blant de som ønsker det. Slik kompetanse gir dessuten færre sykehusinnleggelse, kortere sykehusopphold og mindre bruk av høyteknologisk behandling.

– Det finnes lite forskningsbasert kunnskap om hvilken organisatorisk modell for palliativ behandling som er best. Modeller for å planlegge livets slutfase er i stor grad basert på erfaringer fra pasienter med kreft, men bør kunne tilpasses og brukes for andre pasientgrupper med alvorlig, livstruende sykdom, sier Skår.

## Referanse:

Skår Å, Juvet L, Smedslund G, Bahus MK, Pedersen R, Fure B. Livets slutfase - om å finne passende behandlingsnivå og behandlingsintensitet for alvorlig syke og døende. Rapport fra Kunnskaps-senteret nr. 18/2014



Skann QR-koden og les mer



Åse Skår, prosjektleder ved Kunnskaps-senteret.

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2015 -14. Stikkord: Hjemmedød.

## Planter og blomster i offentlige bygg

Astma- og allergiforbundet i Midt-Norge har laget en ny og meget nyttig brosjyre når det gjelder planter og blomster i offentlige bygg.

Hele brosjyren kan lastes ned her:

Referansekode i 'Helserådet': INN 2015 – 1. Stikkord: Blomster og planter. Offentlige bygg.



# Stilling ledig

**Red. innledning:** Nedenfor følger utlysning av den stillingen som jeg har hatt i Helsedirektoratet de siste 11 årene etter at jeg sluttet som Fylkeslege i Akershus. Til sommeren fyller jeg 70 år, og da må en annen overta stillingen. Imidlertid fortsetter jeg som redaktør av Helserrådet og redaktør for emnebibliotek samfunnsmedisin og folkehelsearbeid i Nasjonalt kunnskapssenter. Hvis noen som er interessert i stillingen, i tillegg ønsker å snakke med meg om den, så bare ta kontakt: tlf. direkte på jobben er 24 16 35 38, mobiltelefon 92 89 56 16. Det har vært en morsom stilling å inneha og et godt sted å være!

Anders Smith



Kunngjøring 38/2015

I Helsedirektoratet jobber vi for å styrke befolkningens helse og utvikle gode helse- og omsorgstjenester. Vi holder til i Oslo og Trondheim.

## Er du lege med engasjement for folkehelse og samfunnsmedisin?

**Vi søker nettopp deg med engasjement for folkehelse og samfunnsmedisin, og som kan videreutvikle vårt arbeid med miljørettet helsevern.**

Du vil som seniorrådgiver bli tilknyttet Folkehelsedivisjonen, Avdeling miljø og helse. Avdelingen vår skal ivareta direktoratets oppgaver og roller innenfor miljørettet folkehelsearbeid. Arbeidet skal bidra til en helsefremmende samfunnsutvikling, blant annet gjennom å styrke kompetansen til personell og miljøer med ansvar og oppgaver innen området. Vår oppgaveportefølje er variert, og omfatter også fysisk aktivitet og forvaltning av regelverk innen folkehelse.

Stillingens arbeidsområde er primært knyttet til miljørettet helsevern. Din kompetanse kan også komme til nytte på andre oppdrag og utredningsarbeid avdelingen har ansvar for å løse. Du må være innstilt på tverrfaglig samarbeid med andre avdelinger og divisjoner i direktoratet. Du skal også samarbeide med ulike aktører på nasjonalt og regionalt nivå, både myndigheter og frivillige organisasjoner. Noe reisevirksomhet må påregnes.

Ansvar for miljørettet helsevern ligger hos kommunen, men Helsedirektoratet har ansvaret for å følge med på utviklingen innenfor feltet. Aktuelle oppgaver vil være faglig rådgivning innen miljørettet helsevern, herunder astma, allergi og andre overfølsomhetsreaksjoner, inneluft, luftforurensning, støy, stråling, skader ulykker, utvikling av trygge og helsefremmende miljøer, samt å delta i direktoratets arbeid med smittsomme sykdommer.

Stillingen er fast.

## Ansvarsområder og sentrale oppgaver

Dine oppgaver vil blant annet være å:

- gi faglige råd innen miljørettet helsevern overfor fylkesmenn, fylkeskommuner og kommuner
- bidra til videreutvikling av direktoratets arbeid med astma, allergi og andre overfølsomhetsreaksjoner
- ha utstrakt samarbeid internt i Helsedirektoratet, involvere og samarbeide med eksterne aktører
- holde foredrag

## Kvalifikasjoner og egenskaper

Vi ser etter deg som er faglig dyktig og som praktiserer åpenhet og samarbeid.

Du må ha:

- medisinsk embetseksamen
- erfaring fra kommunehelsetjenesten
- god muntlig og skriftlig fremstillingsevne

Vi ønsker oss også at du:

- har kjennskap til offentlig forvaltning
- har spesialistutdanning i samfunnsmedisin
- kjenner området miljørettet helsevern og regelverket rundt dette
- har engasjement for folkehelsearbeid og erfaring fra helsefremmende og forebyggende arbeid
- har god samarbeidsevne og kan jobbe selvstendig

Personlig egnethet vil bli vektlagt.

## Vi tilbyr

- lønn som seniorrådgiver (stillingskode 1364) i lønnstrinn 77-82 (kr 710 400 – 824 400)
- mulighet for trening i arbeidstiden i våre lokaler
- gode ordninger for pensjon, lån og forsikring i Statens pensjonskasse
- fleksitid og betalt overtid
- sentral beliggenhet i Oslo

I Helsedirektoratet får du kolleger som er stolte av jobben sin og utfører den med stort engasjement. Vi ønsker deg velkommen inn i et arbeidsfellesskap der tverrfaglig samarbeid er helt avgjørende.

## Mangfold i Helsedirektoratet

Medarbeiderne i Helsedirektoratet skal representere hele Norges befolkning, og vi vil ha ansatte med forskjellig alder, kjønn og bakgrunn. Vi er en IA-bedrift (inkluderende arbeidsliv), og vi ønsker å legge til rette for ansatte med redusert funksjonsevne.

## Offentliggjøring av søkerliste

Vi gjør oppmerksom på at opplysningen om at du er søker kan bli offentliggjort selv om du har bedt om ikke å bli oppført på søkerlisten, jf. offentlighetsloven § 25.

## Ta gjerne kontakt med oss

Hvis du har spørsmål om stillingen, kan du ta kontakt med avdelingsdirektør Jakob Linhave på telefon 930 02 049 eller seniorrådgiver Tone Figenschou Sandvik, telefon 975 65 308. Ved skriftlige henvendelser, oppgi kunngjøringsnummer 38/2015.

## Søk elektronisk

Registrer søknaden din på [helsedirektoratet.no](http://helsedirektoratet.no). **Søknadsfrist: 23.2.2015**

## Rapport om influensaaktivitet og scenarier for sesongen 2014-15

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113566>.

Folkehelseinstituttet har sett på status for årets influensasessong og hvordan årets sesong vurderes, basert på overvåkingsdata fra Norge og utlandet samt serologiske undersøkelser. Foreløpig dominerer influensavirus A(H3N2), men aktiviteten er fortsatt lav. En topp kan muligens ventes i løpet av januar eller februar.

Folkehelseinstituttet har sett på status for årets influensasessong og hvordan årets sesong vurderes, basert på overvåkingsdata fra Norge og utlandet samt serologiske undersøkelser. Foreløpig dominerer influensavirus A(H3N2), men aktiviteten er fortsatt lav. En topp kan muligens ventes i løpet av januar eller februar.

[Rapporten kan leses her](#). (direkte klikkbar lenke)

Publisert: 16.01.2015, endret: 16.01.2015, 10:37

---

## Immunitet mot rubella: Hva betyr lavt antistoffnivå?

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113602>.

Folkehelseinstituttet har mottatt spørsmål fra en mikrobiologisk avdeling om det er nødvendig med revaksinering av fertile kvinner som har fått to doser MMR-vaksine, men likevel har antistoffer mot rubella (røde hunder) under «beskyttende nivå». Spørsmålet ble utredet av en intern arbeidsgruppe.

Norske kvinner født i 1963 eller senere har fått tilbud om rubellavaksine. Over 95 % responderer på vaksinen, men antistoffene faller over tid. Antistoffnivået er høyere hos kvinner som har hatt rubella eller sannsynligvis blitt utsatt for naturlig boostering enn hos dem som har vokst opp i en vaksinert befolkning. Det finnes ingen litteratur om beskyttende effekt av svært lave antistoffer eller respons på en tredje dose rubellavaksine og svært lite om cellulær respons på rubellavaksine, selv om det er grunn til å tro at cellulær immunitet er viktig. Det er grunn til å tro at immuniteten hos kvinner oppvokst i enkelte andre land kan være noe lavere enn hos dem som er oppvokst i Norge. Testing og oppfølging av dem er derfor viktig.



Andre lands anbefalinger varierer, men det ser ut til at mange land har gått bort fra måling av rubellaantistoffet i hvert svangerskap. De vektlegger i stedet dokumentasjon på to vaksinedoser, og anbefaler vaksinasjon med eller uten forutgående antistoffmåling hvis dette mangler.

### Gruppen konkluderte med følgende anbefalinger:

- Hvis kvinnen har fått to doser rubellaholdig vaksine og / eller det er påvist beskyttende antistoffer, er det ikke behov for å måle antistoff ved senere svangerskap.
- Hvis kvinnen er seronegativ eller antistoffnivået ligger under «beskyttende nivå», bør hun få tilbud om en dose MMR-vaksine etter fødselen. Det anbefales ikke testing etter denne dosen.
- Det anbefales ikke å tilby mer enn tre doser rubella vaksine totalt.

Helsedirektoratet har besluttet at spørsmålet om Norge skal flytte hovedfokus for vurdering av rubellaimmunitet hos kvinner i fertil alder fra antistoffmåling til fullvaksinering skal tas opp i forbindelse med revisjon av Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen.

- [Immunitet mot rubella: betydning av lavt antistoffnivå hos personer som har fått minst to doser rubellavaksine \(rapport, PDF\)](#) (direkte klikkbar lenke)

Publisert: 20.01.2015, endret: 03.02.2015, 23:10

Hanne Nøkleby

rube

Referansekode i 'Helsrådet': TSS 2015 – 42. Stikkord: Rubella. Røde hunder.

---

Oslo 20. og 21.april

## Smitteverndagene 2015 - påmelding og foreløpig program

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113658>.



Vi minner om årets Smitteverndager som arrangeres på Radisson Blu Plaza Hotel i Oslo 20. og 21. april, med start mandag kl. 10.00 og avslutning tirsdag kl. 15.00. Man kan melde seg på konferansen via internett.

Smitteverndagene er primært beregnet for smittevernansvarlig lege i kommunen og andre som arbeider med smittevern i kommunene. Andre interesserte er velkomne til å melde seg på. Konferansen søkes godkjent som emnekurs for videre- og etterutdanning for spesialitetene allmenntilleggsmedisin og samfunnsmedisin og for merittering til klinisk spesialist i sykepleie/ spesialsykepleie. Endelig program vil bli lagt ut på våre nettsider i løpet av kort tid. Noen foreløpige temaer er:

- Overvåking (MSIS 40 år og Sykdomspulsen)
- Smittevern i Norge i fremtiden
- Ebolaberedskap og andre utbrudd
- Smittevern i barnehager og skoler
- Oppfølging av EHEC tilfeller
- Resistens og antibiotikabruk
- Vaksineforebyggbare sykdommer (rubella, hepatitt B, meningokokker)
- Tuberkulose
- Smittsomme sykdommer hos eldre
- Kikhoste
- Skarlagensfeber
- Økt forekomst av gonoreé i Norge
- Reiserelatert smitte
- Målrettet testing i smittevernet

Deltakerne må selv ordne med evt. overnatting. Det er reservert et antall rom på Radisson Blu Plaza Hotel i forbindelse med konferansen. Dersom man ønsker å benytte seg av tilbudet kan man reservere rom ved å booke direkte på hotellets hjemmeside [www.radissonblu.com/plazahotel-oslo](http://www.radissonblu.com/plazahotel-oslo) og benytte "Promotional Code" **SM2015** under "more options". Reservasjoner kan også gjøres per telefon til 02525 eller per email [reservations.plaza.oslo@radissonblu.com](mailto:reservations.plaza.oslo@radissonblu.com) for å få avtalt pris må koden **SM2015** oppgis. Påmeldingsfristen er 1. april. Kursavgiften på 1 600 kroner inkluderer lunsj begge dager. Du melder deg på konferansen ved å fylle ut skjema ved å klikke på lenken under.

<https://response.questback.com/nasjonaltfolkehelseinstitutt/xtpqvoqndg/>

Har du spørsmål vedrørende påmelding, kan du sende en e-post til [msis@fhi.no](mailto:msis@fhi.no). Påmeldingsfristen er 2. april og fra denne dato anser vi påmeldingen som bindende og påmeldte vil bli fakturert da vi er økonomisk forpliktet overfor konferansehotellet.

Publisert: 23.01.2015, endret: 23.01.2015, 13:53

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 44. Stikkord.: Smitteverndager.

Oslo, 22. april 2015

## Kurs i utbruddsetterforskning

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113659>.

I forbindelse med smitteverndagene, arrangerer Folkehelseinstituttet kurs i utbruddsetterforskning ved Avdeling for infeksjonsovervåking onsdag 22. april fra klokken 10-18. Påmelding skjer via internett.

Kurset vil inkludere

- Trinn i en utbruddsetterforskning; oppdage, verifisere, karakterisere, og å finne årsakssammenhenger, samt betydningen av tverrfaglig samarbeid, laboratorieundersøkelser.
- Introduksjon til ulike dataprogrammer som kan hjelpe til i en utbruddsetterforskning.
- Tips til mediehandtering under ett utbrudd

Etter endt kurs skal deltakerne ha kunnskap om beskrivende epidemiologi og systematisering av data for oppklaring av utbrudd, samt praktiske utfordringer kommunelegen ofte står overfor i en utbruddssituasjon.

Kurset er en kombinasjon av forelesninger og gruppearbeid basert på reelle eksempler fra etterforskning av ulike utbrudd i Norge. Målgruppen er først og fremst kommuneoverleger med smittevernansvar, men avhengig av pågangen vil også andre med ansvar i utbruddsetterforskning kunne få plass.

Kurset er gratis og det søkes Legeforeningen om godkjenning for valgfri kurs innen spesialitetene allmenntilleggsmedisin, samfunnsmedisin, infeksjonsmedisin og medisinsk mikrobiologi.

Påmeldingsfrist 5. mars. Du melder deg på kurs i utbruddsetterforskning ved å fylle ut skjema ved å klikke på lenken under:

<https://response.questback.com/nasjonaltfolkehelseinstitutt/gom7b4tbim/>

Det er begrenset antall plasser på kurset. Alle som melder seg på vil få tilsendt informasjon i mars om de har fått plass på kurset.

Publisert: 23.01.2015, endret: 23.01.2015, 13:52

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 43. Stikkord: Utbrudd.

# Folkehelseinstituttet starter prosess for mulig innføring av hepatitt B-vaksine til alle spedbarn

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113570>.

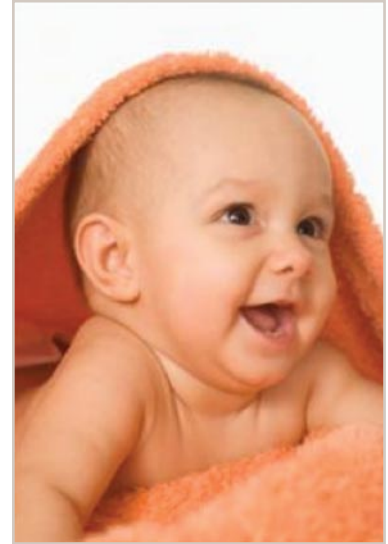
Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har godkjent oppstart av arbeidet med å innføre hepatitt B-vaksine i det allmenne barnevaksinasjonsprogrammet. Dette betyr at Folkehelseinstituttet våren 2015 vil utlyse anbud for anskaffelse av en kombinasjonsvaksine hvor hepatitt B-vaksine inngår. HOD vil deretter ta den endelige beslutningen om innføring.

I dag er vaksinen et tilbud til barn med en eller begge foreldre fra land med høy forekomst av hepatitt B. Et vaksinasjonstilbud til alle vil bidra til å forebygge hepatitt B-infeksjon også hos personer som ikke tilhører definerte risikogrupper. På verdensbasis er hepatitt B et stort helseproblem. Også i Norge diagnostiseres hvert år et betydelig antall personer med hepatitt B, de fleste med kronisk sykdom.

Kroniske bærere er de viktigste smittekildene for hepatitt B. Fordi sykdommen hos mange ikke gir symptomer, er det store mørketall. Det er beregnet at om lag 25 – 30 000 personer i Norge er kroniske bærere av hepatitt B-virus. Over tid vil smittepresset i befolkningen øke. Globalisering og økt reisevirksomhet bidrar til dette.

Vaksinasjon mot hepatitt B er svært effektivt for å forebygge hepatitt B-infeksjon. Verdens helseorganisasjon oppfordrer alle medlemsland til å innføre hepatitt B-vaksine i sine nasjonale vaksinasjonsprogrammer. De fleste land har allerede innført denne vaksinen i sine barnevaksinasjonsprogrammer. Folkehelseinstituttet anbefalte i 2008 innføring av allmenn hepatitt B-vaksinasjon i Norge overfor HOD.

Hepatitt B-vaksine planlegges gitt som en kombinasjonsvaksine sammen med de andre vaksinerne som allerede tilbys alle barn i dag ved 3, 5 og 12 måneders alder. Eventuell innføring vil dermed ikke medføre flere stikk eller helsestasjonsbesøk.



## Hepatitt B er en alvorlig sykdom

Hepatitt B er en alvorlig sykdom som gir leverbetennelse (gulsott). Sykdommen skyldes hepatitt B-virus. Virus smitter ved blodkontakt (som stikk av sprøyte, blodoverføring), ved seksuell kontakt og fra mor til barn før, under og etter fødselen. Hos smittede spedbarn får over 90 % en kronisk infeksjon og blir bærere av virus hvis de ikke får forebyggende behandling. Risikoen for å bli kronisk bærer avtar raskt gjennom barndommen og er under 5 % for dem som blir smittet i voksen alder. Kronisk bærertilstand kan føre til skrumpeliver (levercirrhose) eller leverkreft.

Mer informasjon om bakgrunnen for anbefalingen om innføring av hepatitt B-vaksine i Norge finnes i: (direkte klikkbare lenker)

- [Rapport 2008:9: Anbefalinger for bruk av hepatitt B-vaksine i Norge](#)

Mer informasjon om sykdommen og vaksine mot hepatitt B: (direkte klikkbare lenker)

- [Nettbasert veileder om smittevern: Kapittel om hepatitt B](#)
- [Nettbasert veileder om vaksinasjon: Kapittel om hepatitt B-vaksinasjon og hepatitt B-immunglobulin](#)

Publisert: 16.01.2015, endret: 03.02.2015, 23:12

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 40. Stikkord: Hepatitt B vaksine. Barn.

Oppdatering 2.februar 2015

## Seks tilfeller av botulisme hos injiserende rusmisbrukere i Oslo-området

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113683>.

Folkehelseinstituttet er blitt varslet om ytterligere to mistenkte tilfelle av botulisme hos personer som hadde injisert heroin utenfor blodårene. Det er nå rapportert totalt seks tilfeller i dette utbruddet som startet i desember 2014. I alle tilfellene er heroinen skaffet i rusmiljøet i Oslo. Det er viktig med oppmerksomhet på mulig forurenset heroin som kan være i omløp.

**Red.:** Gjengivelsen her er forkortet ettersom resten er identisk med den artikkelen som var gjengitt i 'Helserådet' nr. 02/15, side 23 – 24.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 45. Stikkord: Botulisme.

# Nytt nummer av Fødselsnytt

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113598>

Folkehelseinstituttet presenterer forskningsresultater og nye tall fra Medisinsk fødselsregister i nyhetsbrevet «Fødselsnytt».

I Fødselsnytt nr 2 2014, kan du lese om følgende:

- **Perinatal død i Norge etter 1967**  
I artikkelen belyses årsaker til at andelen dødfødte og barn som dør innen første leveuke aldri har vært lavere enn i 2013.
- **Mors fødeland**  
I artikkelen presenteres tall som viser at hvert fjerde barn som ble født i Norge i 2013, ble født av en mor som selv er født i utlandet. Videre presenteres tall som viser at risiko for dødfødsler og dødsfall hos barnet i første leveuke og første levemåned varierer med mors fødeland.
- **Kan prematuritet forebygge atopi?**  
I artikkelen presenteres forskning som viser at for tidlig fødsel er forbundet med økt risiko for alvorlig astma, men med redusert risiko for atopisk eksem.
- **Konsekvens av mors alder for fødsel hos førstegangsfødende lavrisikokvinner**  
I artikkelen presenteres forskning som viser at gjennomsnittsalderen for førstegangsfødende har steget fra 23,3 år i 1967 til 28,5 år i 2013, og hvilke konsekvenser økt alder har for de førstegangsfødende.

Les hele nyhetsbrevet: [Fødselsnytt nr. 2 2014](#) (pdf) (direkte klikkbar lenke)

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2015 - 7

---

## Tvillingmødre mer utsatt for depresjon

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113639>.

Tvillingmødre har større risiko for å bli deprimerte enn andre mødre. Det viser en ny studie fra Folkehelseinstituttet.

Forskere ved Folkehelseinstituttet og Universitetet i Oslo har benyttet Den norske mor og barn-undersøkelsen til å studere den psykiske helsen til tvillingmødre under graviditeten og i de første årene etter fødselen.

### Fem år etter fødsel

- Vi fant at tvillingmødre ikke hadde mer depresjon eller angst under svangerskapet, men at den psykiske helsen ble dårligere over tid. Tvillingmødre hadde 77 prosent større risiko for depresjon fem år etter fødsel enn andre mødre, forteller seniorforsker ved Folkehelseinstituttet Eivind Ystrøm.



Komplikasjoner kan oppstå for både mor og barn ved tvillingfødsler. Forskerne undersøkte derfor om den økte forekomsten av depresjon kunne forklares av komplikasjoner under svangerskapet. Komplikasjoner kan være for eksempel svangerskapsforgiftning, komplikasjoner ved fødselen som keisersnitt eller komplikasjoner hos barnet som for eksempel lav fødselsvekt.

- Ingen av disse formene for komplikasjoner kunne fullstendig forklare den økte forekomsten av depresjon hos tvillingmødre, men det så ut til at en mindre andel av sammenhengene kunne tilskrives komplikasjoner hos barnet, sier Ystrøm.

### Angst og depresjon

Angst og depresjon gir ulike problemer og skal ofte behandles ulikt av helsepersonell. Forskerne undersøkte derfor om tvillingfødsel kun hang sammen med depresjon eller kun sammen med angst.

Resultatene viste at det å få tvillinger kun hang sammen med depresjon, og at tvillingmødre ikke i like stor grad hadde mer angst.

- Depresjon er en konsekvens av stress, og siden tvillingmødre ikke har dårligere psykisk helse i utgangspunktet kan vi anta at de blir mer slitne enn andre mødre, sier Ystrøm.

Tvillinger kan ha lavere fødselsvekt, være for tidlig født, og kan i tillegg ha komplikasjoner som hjerneblødning og vansker med å puste.

- Med slike tilleggsfaktorer får tvillingmødre derfor mer stress enn belastningen av å få to barn på samme tidspunkt. På bakgrunn av funnene kan lengre permisjon for tvillingforeldre være et hensiktsmessig tiltak, sier Ystrøm.

I Norge er det rundt 1000 tvillingfødsler i året.

Publisert: 22.01.2015, endret: 26.01.2015, 16:00

Se også: (direkte klikkbar lenke)

- [Norwegian journal of epidemiology: Multiple births and maternal mental health from pregnancy to 5 years after birth: A longitudinal population-based cohort study](#)

Referansekode i 'Helserådet': PSY 2015 – 6. Stikkord: Tvillingfødsler.

## Risikoen ved å drikke upasteurisert melk

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113550> .

Upasteurisert ferskmelk kan inneholde skadelige bakterier som kan forårsake alvorlig sykdom. Dette er konklusjonen i en risikovurdering fra EUs mattrygghetsorgan EFSA.

I Europa har det vært økt interesse for å drikke ferskmelk, det vil si melk som ikke er pasteurisert eller behandlet på andre måter for å drepe skadelige bakterier. Det er bakgrunnen for at EFSA's faggruppe for hygiene og smittestoffer har utarbeidet en rapport om helserisikoen ved å drikke ferskmelk. EFSA står for European Food Safety Authority.

Rapporten ble publisert denne uka og viser at det hovedsakelig er bakteriene *Campylobacter*, *Salmonella* og Shigatoxin-produserende *Escherichia coli* (STEC) som utgjør en helserisiko ved å drikke ferskmelk.

På grunn av manglende data i EU har det ikke vært mulig for EFSA å tallfeste helserisikoen som er forbundet med å drikke ferskmelk. Ifølge tilgjengelige data om matbårne sykdomsutbrudd mellom 2007 og 2013, skyldes 27 utbrudd inntak av "fersk melk". 21 utbrudd ble forårsaket av *Campylobacter*, ett av *Salmonella*, to av *E.Coli* (STEC) og tre av viruset tick-borne encephalitis (TBEV). De fleste utbruddene var forårsaket av ubehandlet kumelk, og noen få skyldes ubehandlet geitemelk.

I Norge har det siden 1951 vært forbudt å selge upasteurisert melk, men melkeprodukter som ost og rømme er unntatt fra forbudet. I butikkhyllene finnes det norsk og importert ost og rømme som er basert på upasteurisert melk.



Foto: Colourbox.com

### Risikogrupper

Spedbarn, barn, gravide, eldre og de med svekket immunsystem har en høyere risiko for å bli syke av å drikke upasteurisert melk. (lenkene nedenfor er direkte klikkbare)

- [Pressemelding og rapport hos EFSA](#) (engelsk)
- [Pasteurisering](#) - artikkel i Store norske leksikon

Publisert: 13.01.2015, endret: 21.01.2015, 12:07

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2015 -8. Stikkord: Upasteurisert melk. Råmelk.

## Blir vi syke av bisfenol A i plast og kosmetikk?

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113617> .

I dag legger EUs organ for mattrygghet (EFSA) fram en utredning om det hormonhermende stoffet bisfenol A og helserisiko. Bisfenol A (BPA) fins i plast, kassakvitteringer og kosmetikk. Seniorforsker Trine Husøy ved Folkehelseinstituttet har ledet arbeidet.

- Beregninger viser at grenseverdi fastsatt nå, normalt ikke overskrides.
- Bisfenol A er et såkalt hormonhermende stoff. Det betyr at det kan ha samme effekt som hormoner i mennesker og dyr, men BPA vil først kunne ha hormoneffekt hvis stoffet kommer inn i kroppen i høye konsentrasjoner.
- Bisfenol A (BPA) er et industriframstilt kjemisk stoff som er mye brukt både som «byggesten» og tilsetningsstoff i produksjon av polykarbonatplast (PC).
- Bisfenol A har vært mistenkt for å ha helseskadelige effekter på blant annet lever og nyre, brystvev, nervesystemet, reproduksjon (fruktbarhet og svangerskap) og adferd. I tillegg er det mulig at stoffet har effekter på overvekt og regulering av blodsukkeret.

Polykarbonat er en type hard plast godt egnet til bruk i beholdere for mat, vann og annen drikke, tallerkener og kopper, samt beholdere for bruk i mikrobølgeovn. I tillegg brukes polykarbonatplast i en del leker, den harde delen av tåtesmokker og emballasje brukt til kosmetiske produkter.

BPA brukes også i produksjon av epoksybelegg som benyttes på metaller for å hindre korrosjon, for eksempel på innsiden av metallbokser for mat og drikke.

**Les mer:** [Faktaark om Bisfenol A](#) (direkte klikkbar lenke)

Publisert: 21.01.2015, endret: 21.01.2015, 12:08

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2015 – 9. Stikkord: Bisfenol A.



## Første leveår viktig for å etablere gode matvaner og unngå overvekt



Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113530>

Barn som er overvektige ved ett års alder har stor risiko for også å være overvektige når de er sju år.

Dette viser to studier som har sett på betydningen av stabilitet i matvaner og kroppsstørrelse i barneårene.

Statistikken er basert på spørreskjemadata fra flere tusen mødre i Den norske mor og barnundersøkelsen (MoBa). Studiene er gjennomført ved Avdeling for ernæringsvitenskap ved Universitetet i Oslo i samarbeid med forskere ved Folkehelseinstituttet.

**Se også:** [Helsevaner etableres tidlig](#) (UiO) (direkte klikkbar lenke)

Publisert: 12.01.2015, endret: 01.02.2015, 13:31  
Tove Kolset

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2015 -11. Stikkord: Spedbarnsernæring.

## Plantevernmidler i drikkevann - en helserisiko?

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113585> .

Rester av plantevernmidler i drikkevann utgjør neppe noen helserisiko i Norge. Dette er konklusjonen i en rapport fra Folkehelseinstituttet. Likevel bør grunnvann og drikkevann være fritt for slike rester.

Plantevernmidler brukes til å verne planter og korn mot skadedyr, soppsykdommer og ugress. Utlekking av plantevernmidler til drikkevann (grunnvann og overflatevann) er derfor mulig. Det eksisterer ingen systematisk overvåking av rester av plantevernmidler i drikkevann som distribueres til forbruker i Norge.

Landbruks- og matdepartementet har en (direkte klikkbar lenke)

- [Handlingsplan for redusert risiko ved bruk av plantevernmidler \(2010 – 2014\)](#).

I den forbindelse ønsket Mattilsynet en vurdering av mulig helserisiko med årsak i plantevernmidler i drikkevannet. Folkehelseinstituttet har derfor utarbeidet en rapport på oppdrag fra Mattilsynet.

### Hva er undersøkt?

Datakilder for rapporten er Bioforsks kartlegging av plantevernmidler i grunnvannsbrønner i jordbruksområder og Bioforsks program for jord- og vannovervåking i landbruket (JOVA).

I tillegg har Folkehelseinstituttet undersøkt forekomsten av plantevernmidler i drikkevann gjennom innsamling av måledata fra vannverk i Vann-



Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

verksregisteret. De ulike dataene er brukt til å beregne daglig eksponering fra drikkevann for voksne og barn. For å vurdere mulig helserisiko av plantevernmiddelester, har vi sammenlignet den beregnede daglige eksponeringen med vedtatte grenseverdier for akseptabelt daglig inntak (ADI) av de enkelte stoffene. Disse grenseverdiene er basert på omfattende vitenskapelige vurderinger.

### Hva fant vi ut?

Nivåene av plantevernmiddelester i grunnvannsprøvene og vannverksprøvene er gjennomgående lave, sett i forhold til de respektive ADI-verdiene. Basert på gjennomsnittsverdier utgjør beregnet inntak i de aller fleste tilfeller mindre enn 0,1 % av ADI for de enkelte stoffene.

Dersom flere plantevernmiddelester med samme virkemåte opptrer i samme prøve, vil disse kunne gi kombinert effekt. Total prosent av ADI blir da summen av de respektive prosentandelene av ADI.

Antall ulike plantevernmidler som ble påvist i samme grunn- eller drikkevannsprøve var lavt (2 – 5), og bare et fåtall av disse tilhørte stoffgrupper med samme virkemåte. Selv om en summerer prosentandelen av ADI for de plantevernmidler som opptrer samtidig, uavhengig av virkemåte, vil total prosent av ADI være lav.

### Konklusjon

Basert på de lave nivåene av plantevernmidler i grunnvann og drikkevann, og lav total prosent av ADI, er det lite sannsynlig at plantevernmiddelester i drikkevann, enten alene eller i kombinasjon, vil kunne utgjøre en helserisiko. Det påvises imidlertid overskridelser i forhold til drikkevannsforskriftens grenseverdi på 0,1 µg/l for enkeltstoffer. Det bør være en målsetting at grunnvann og drikkevann ikke skal inneholde slike stoffer.

Last ned hele rapporten: (direkte klikkbar lenke)

- [Inntak av plantevernmidler gjennom drikkevann vurdert i forhold til vedtatte grenseverdier. Rapport til prosjektet "Kartlegging av helseskader fra plantevernmidler 2014"](#)

Publisert: 19.01.2015, endret: 19.01.2015, 14:30

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2015 – 8. Stikkord: Plantevernmidler.



