

20. mars 2015, 23. årgang

Helserådet

Nytt om samfunnsmedisin og folkehelsearbeid

- Komplette innholdsfortegnelse s. 2
- Nyhetsbrev - Folkehelsearbeid s. 3
- Om samhandlingsreformen s. 9, 10, 11, 12
- Drepte i vegtrafikken s. 17
- Boligpolitikk og eldreomsorg s. 20
- Barn og unge må beskyttes mot tobakk s. 23
- Utviklingstrekk og utfordringer på det internasjonale vaksinefeltet s. 27



Helserådet

INNHold NR. 6/15

Hesledirektoratet: Nyhetsbrev – folkehelsearbeid 1/15	3
Veileder i tilsyn med miljØrettet helsevern	8
Einar Braaten: Kommunelegens blogg	8
En mØllØs reform. Om samhandlingsreformen	9
Kommunene under press. Om samhandlingsreformen	10
Ut mot dØgntilbud-ordningen i kommunene	11
Han vinner Helselederprisen	12
Om idrett og fastfood	12
Stadig færre rØyker	13
Denne hoftedingsen redder deg pØ glatta	14
MiljØvennlig lys er kanskje ikke sØ miljØvennlig likevel	15
Ungdom fikk mer selvtillit og motivasjon	15
Klimalov: Ytterligere utredning nØdvendig	16
LØp sakte – lev lenger	16
Drepte i vegtrafikken – Årsrapport 2014	17
Kan bli friskere av gode opplevelser	18
Et flertall mener at bedriftshelsetjenesten har blitt bedre med godkjenningssordning	19
Inneklima. Her er hva som skal til for et godt inneklima	19
Mye å spare pØ å koble boligpolitikk med eldreomsorg	20
Kosthold, fettrØd og troverdighet	21
-Burde aldri ha gitt kostrØdene om fett	22
Barn og unge mØ beskyttes mot tobakk	23
Slik skal de gjØre det kult å gØ med refleks	25
Danske Sundhedsstyrelsen: Ny EMA-vurdering af HPV-vaccinen: Fordelen er stØrre end ulemperne	25
Spiral og p-stav blir gratis eller rimeligere for unge kvinner	26

NYTT FRA WWW.FHI.NO, FOLKEHELSEINSTITUTTET

Trendrapport 2015: Utviklingstrekk og utfordringer pØ det internasjonale vaksinefeltet	27
Oppdatert pØ vaksiner?	28
Vaksinedagene 2015	28
Opplysninger til deltakerne i Meningokokk B-vaksinestudier	29
Oppfordrer til kampanje mot hodelus	30
Oppdatert om skadedyr	31
PØ med kondom	31
FØflekkreft øker, bØr utrede solarieforbud	31
Lag ditt eget informasjonsark pØ 40 sprØk med «Explain TB»	32

HelserØdet

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. Tlf. 92 89 56 16.

Web-redaktØr: Katrine Rutgerson. E-post: katrine.rutgerson@kunnskapssenteret.no

Trykk: In-trykk AS

Layout: ASAP Media

Distribusjon: Postklart Distribusjon as

Forsiden: Kampanje mot hodelus. Se artikkel s. 30

Nyhetsbrev - folkehelsearbeid 1/2015

Dette brevet går til landets fylkesmenn, fylkeskommuner og kommuner, og inneholder relevant informasjon fra Helsedirektoratet om lokalt folkehelsearbeid. Brevet inneholder ingen bestillinger eller oppdrag.

Norges sprekeste kommune?

I Oslo har de Sognsvann, i Bergen har de Stoltzekleiven. Små og store lokalsamfunn har sine store og små attraksjoner eller tilbud som sørger for at du og dine får Dine30. Friluftsliv og «nærtur» er landets mest populære arena for fysisk aktivitet, og lett tilgjengelig natur og turterreng er en viktig folkehelseressurs. I Friluftslivets år håper vi flest mulig vil bidra til å vise fram det de har å by på. Ved påsketider starter Friluftslivets års største aktivitetssatsing: «Nå er det din tur!». Målet er å mobilisere flest mulig som «friluftsfaddere», som kan invitere, tilrettelegge og utfordre venner og kjente (og ukjente?) til å prøve friluftslivet. Vi håper flest mulig vil hive seg på og mobilisere i sitt nettverk. De som planlegger lokale arrangementer er velkomne til å benytte Norsk friluftslivs [aktivitetskalender](#).

Verdens aktivitetsdag – del Dine30

10. mai er Verdens aktivitetsdag. Hensikten med dagen er å sette fokus på fysisk aktivitet – og hvor viktig det er for kropp og sinn. Mange kommuner har hvert år fine markeringer og bidrar til mye lokal entusiasme og oppmerksomhet om temaet. I år oppfordrer vi alle til å «dele Dine30». Mange trenger litt drahjelp for å komme i gang og for mange er det lettere å opprettholde aktiviteter over tid hvis de er en «gjeng» som støtter og heier på hverandre. For kampanjen Dine30 har vi laget et gavekort – en mal – som man kan tilpasse og justere så det passer til sitt bruk. Malen og andre Dine30-verktøy finnes på Helsedirektoratets [Dine30- sider](#). Håpet er at kommunene kan bruke sine nettverk og kanaler til å mobilisere flest mulig til å dra med seg venner og kjente 10. mai – og resten av 2015. Vi har også en utfordring: Helsedirektoratet trenger gode og konkrete forslag til hvordan vi kan videreutvikle Dine30 slik at flere kommuner kan benytte kampanjen til lokale tiltak. Er det noe materiell vi bør lage? Har dere forslag til smarte grep for lokal mobilisering? Send i så fall innspill til dine30@helsedirektoratet.no



Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge

«[Folkehelse rapporten 2014](#)» fra Folkehelseinstituttet beskriver helsetilstanden i Norge ved hjelp av eksisterende data og analyser fra mange ulike kilder nasjonalt og internasjonalt. Temaene omfatter blant annet psykisk og fysisk helse, ikke-smittsomme og smittsomme sykdommer, sosial ulikhet i helse, trivsel og helsefremmende forhold, og kjente påvirkningsfaktorer som kosthold, tobakk, fysisk aktivitet, alkohol og andre rusmidler. Folkehelse rapporten kan gi svar på hvor vi står i forhold til de nasjonale målene for folkehelse arbeidet (jf. Folkehelse meldingen *God helse – felles ansvar*), og en indikasjon på hvilke utfordringer og muligheter som venter oss. Rapporten vil også bli brukt i arbeidet med den nye folkehelse meldingen som kommer våren 2015. Folkehelseinstituttet skal utarbeide en slik status rapport hvert fjerde år.

Publisering av folkehelse profiler for 2015

Publisering av folkehelse profiler for kommuner og fylker for 2015 er noe utsatt. Årsaken er at Folkehelseinstituttet i år har måttet legge om systemet for databearbeiding, blant annet for å kunne håndtere publisering av profiler på bydelsnivå som er nytt av dette året. Folkehelse profiler for kommuner ventes klare medio mars, for fylkene ultimo mars og for bydeler i løpet av april. Profilene vil bli nedlastbare på [FHI](#).

Tilsyn med kommuners folkehelse arbeid

Fylkesmannen gjennomførte i siste halvdel av 2014 landsomfattende tilsyn med kommuners folkehelse arbeid. Tilsynet ble rettet inn mot kommuners løpende oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Det var planlagt tilsyn med folkehelse arbeidet i til sammen 60 kommuner i løpet av 2014. Oppsummerings rapport fra det landsomfattende tilsynet legges fram våren 2015. Rapporter fra det enkelte tilsyn blir fortløpende lagt ut på [Helsetilsynets sider](#).

Helsedirektoratet har fått nye nettsider – sjekk lenkene dine

[Helsedirektoratet.no](#) har fått ny design, nye tjenester og forbedret innhold. Sidene er nå tilpasset mobil og nettbrett. De er lansert i «betaversjon», som innebærer at all funksjonalitet ikke er på plass eller fungerer som ønsket. Det kan også mangle innhold eller være noe som ikke vises helt som det skal. Forbedringer skjer fortløpende, og første oppgradering av funksjonalitet kommer i løpet av mars. Samtidig er også to andre nettstedet lansert: [ehelse.no](#) og [nyemetoder.no](#). Det er satt opp automatisk videresending på de fleste sidene, men omleggingen kan likevel ha ført til at noen lenker til direktoratets sider har blitt brutt. Særlig gjelder det når det er lenket direkte til filer, som f.eks. pdf, doc, xls, ppt.

Vi vil også informere om at vi har endret tittel på «Folkehelse kommune – veivisere i lokalt folkehelse arbeid» til «[Veivisere i lokalt folkehelse arbeid](#)».

Kontaktperson, nettside: Rita Lindbak, Helsedirektoratet, webredaktør i Folkehelse divisjonen. E-post: webredaksjonen@helsedir.no

Kontaktperson, Veivisere i lokalt folkehelse arbeid: Herdis Dugstad, avd. Levekår og helse, Helsedirektoratet. E-post: Herdis.Dugstad@helsedir.no

Erfaringskonferansen «Kunnskapsbasert folkehelsearbeid – fra lovverk til praksis» Scandic Park Hotell Sandefjord 15.–16. juni 2015

Helsedirektoratet har igangsatt tre prosjekter for å dokumentere praksis, utvikle metodikk og spre eksempler fra lokalt folkehelsearbeid. Det er fylkeskommunene Østfold, Vestfold og Sør-Trøndelag som er prosjektansvarlige på hhv områdene helsekonsekvensutredning, oversikt over folkehelsen og oppfølging av folkehelse mål i økonomi- og virksomhetsplaner. Et forskningsmiljø er tilknyttet hvert enkelt prosjekt og skal blant annet fremskaffe et kunnskapsgrunnlag på de ulike områdene. Følgende rapport; [Folkehelse fra plan til praksis](#) er utarbeidet av NTNU samfunnsforskning, som er tilknyttet Sør Trøndelag fylkeskommune og prosjektområdet folkehelse mål i økonomi- og virksomhetsplaner.

På erfaringskonferansen 15. – 16. juni vil det bli formidlet praksiserfaringer, casebeskrivelser og presentasjon av forskningen som er gjort i de ulike prosjektene. Målgruppe for konferansen er folkehelseaktører inkludert planleggere i kommuner, fylker og organisasjoner. [Les mer om konferansen](#), og meld deg på innen 4. mai.

Kontaktperson for konferansen: Herdis Dugstad, avd. Levekår og helse, Helsedirektoratet. E-post: Herdis.Dugstad@helsedir.no

Veileder i tilsyn med miljørettet helsevern

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet er Helsedirektoratet i ferd med å ferdigstille utkast til veileder for kommunene i deres tilsyn med miljørettet helsevern. Kommunenes ansvar og oppgaver på dette området fremgår av § 9 i folkehelseloven. Målgruppen for veilederen er personell som arbeider med miljørettet helsevern i kommunene. Det er nå ca. 15 år siden det sist ble utgitt veiledere for kommunene til bruk i deres tilsynsarbeid. Endringer som har skjedd siden den tid, både i helselovgivning og i annet regelverk, samt kommunenes lenge uttrykte behov for en oppdatert og bedre tilpasset veiledning, danner grunnlaget for veilederen som nå sendes på høring til utvalgte instanser. Direktoratet har i denne omgang valgt en begrenset høring til instanser/etater som anses for å kunne ha spesiell nytte eller bli berørt av tilsynsveilederen. Det er imidlertid intet til hinder for at flere som måtte ha interesse av dette arbeidet på forespørsel kan få tilsendt veilederutkastet og gi innspill til dette. Høringen vil foregå i perioden mars – mai 2015. Eventuelle innspill sendes: postmottak@helsedir.no

Kontaktpersoner: Finn Martinsen, avd. Miljø og helse. E- post:finn.martinsen@helsedir.no og Morten Frantze, avd. Miljø og helse. E-post: morten.frantze@helsedir.no

Krafttak for bedre skolemiljø

Utdanningsdirektoratet, Arbeidstilsynet, Direktoratet for Byggeteknikk og Helsedirektoratet har utarbeidet en kurspakke for kommuner og fylkeskommuner som skal bidra til bedre fysisk skolemiljø i barne, ungdoms- og videregående skoler. Kurset gjennomføres i samarbeid med fylkesmannen og er nå gjennomført i ca. halvparten av fylkene. Målgruppe for kurset er rådmenn og andre representanter for skoleeier, skoleledere og personell som arbeider med drift og vedlikehold av skolene, miljørettet helsevernpersonell og politikere innen skole/oppvekst. Kalenderen for 2015 ser slik ut:

Nordland 18. og 19. mars (Bodø), Troms 20. og 21. mai (Tromsø), Vestfold 2. og 4. juni (Tønsberg), Møre og Romsdal 16. og 17. september (Molde) (dato under vurdering), Rogaland 14. og 15. oktober, Sogn og Fjordane 28. og 29. oktober (Førde)

Kontaktperson: Marianne Bjerke, Helsedirektoratet, avd. miljø og helse. E-post: mabje@helsedir.no

Nye nasjonale anbefalinger for mat og måltider i skolen – ønsker innspill

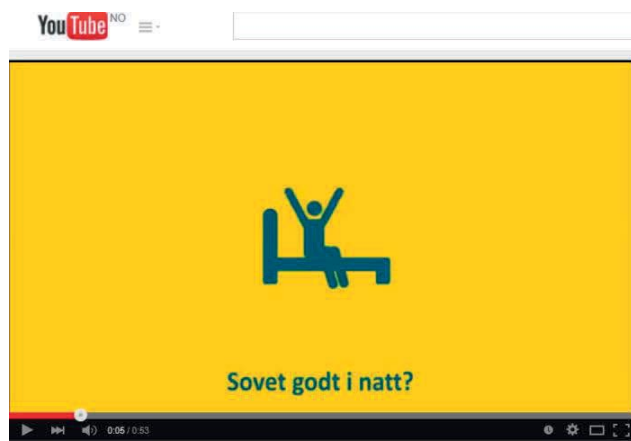
Helsedirektoratet ønsker innspill til utkast til nye nasjonale anbefalinger for mat og måltider i skolen, som vil erstatte Helsedirektoratets «Retningslinjer for skolemåltidet» fra 2003. Det utarbeides egne anbefalinger og tilhørende veiledningsmateriell for henholdsvis barneskole og skolefritidsordning, ungdomsskole og videregående skole. Foreløpig foreligger kun utkast for barneskole/SFO og vgs. Anbefalingene vil utgis i poster-format. Nå ligger de som vedlegg bakerst i veiledningsheftet. Fra 25. februar ligger utkastene her:

<https://helsedirektoratet.no/horinger>. Innspill ønskes sendt til postmottak@helsedir.no innen 25. mars (merkes 14/2474). **Kontaktperson:** Jorunn Sofie Randby, avd. oppvekst og aldring, e-post: jorunn.sofie.randby@helsedir.no

Ungdommer, skjermbruk og søvnproblemer

En stor norsk studie om sammenhengen mellom søvn og bruk av elektroniske medier ble nylig publisert i BMJ Open. Studien viste at nesten alle ungdommene så på en eller flere skjermer den siste timen før leggetid, og at det er et dose-respons-forhold mellom skjermbruk og søvn. Utstrakt og sen bruk av elektroniske medier øker risikoen for lang innsøvningsstid og kort søvnlengde. En del av forklaringen på dette kan være at elektroniske medier og lyset fra skjermene aktiverer hjernen og påvirker døgnrytmen. Det anbefales å holde seg unna opplyste skjermer den siste timen før leggetid. Les mer om studien om ungdom og søvn på uni.no. Se også sovno.no. Årets internasjonale søvndag er fredag 13. mars. Bruk gjerne anledningen til å informere elever ved videregående skoler om sammenhengen mellom skjermbruk og søvn, og gjør gjerne [Helsedirektoratets søvnfilm](#) tilgjengelig.

Kontaktperson: Sigrid Skattebo, Helsedirektoratet, avd. forebygging i helsetjenesten E-post: sigrid.skattebo@helsedir.no



Nytt materiell om mat og helse i arbeidslivet tilgjengelig - på bokmål og nynorsk

Måltider spist i løpet av arbeidsdagen har betydning for trivsel, kosthold og helse og kan forebygge sykdom. Folderen « [Nasjonale anbefalinger for mat og drikke i arbeidslivet \(IS-2259\)](#)» og den utdypende brosjyren «[Mat og helse i arbeidslivet. Små grep for å tilby sunn mat og drikke \(IS-2260\)](#)» bygger på Helsedirektoratets kostråd. Materiellet belyser hvorfor og hvordan tilrettelegge for sunt tilbud ved ulike rammevilkår og er beregnet for de som jobber med mat, helse, personalpolitikk og ledelse i arbeidslivet og aktuelle utdanningsinstitusjoner.

Kontakt: Hanne Kristin Larsen, avd. Befolkningsrettet folkehelsearbeid, e-post:

Hanne.Kristin.Larsen@helsedir.no

Nyttige lenker - folkehelsearbeid

- Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse>
- Kommunetorget: <http://kommunetorget.no/>
- Folkehelseinstituttet (folkehelseprofiler og kommunehelse statistikkbank):
<http://www.fhi.no/helsestatistikk/folkehelseprofiler>
<http://khs.fhi.no/webview/>
- Helse- og omsorgsdepartementet
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/folkehelse.html?id=10877>
- Sunne kommuner:
<http://sunnekommuner.no/>
- Nyeste utgave av helserådet – nytt om samfunnsmedisin og folkehelsearbeid:
http://www.helsebiblioteket.no/samfunnsmedisin-og-folkehelse/helser%C3%A5det/2015/_attachment/193820?_ts=14bbb279b7a

Veileder i tilsyn med miljørettet helsevern – høring

(Red. innledning: I avdeling miljø og helse ønsker vi at flest mulig kan få se og eventuelt uttale seg til foreliggende utkast til veileder. Derfor har vi valgt å sette den på trykk også her i 'Helserådet').

Høringsinstanser iflg adresseliste

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide en veileder for kommunene i deres tilsyn med miljørettet helsevern. Kommunenes ansvar og oppgaver på dette området fremgår av §9 i folkehelseloven.

Det er nå ca.15 år siden det sist ble utgitt veiledere for kommunene til bruk i deres tilsynsarbeid. Endringer som har skjedd siden den tid, både i helselovgivningen og i annet regelverk, samt kommunenes lenge uttrykte behov for en oppdatert og bedre tilpasset veiledning, danner grunnlaget for veilederen som nå sendes på høring blant utvalgte instanser.

Vedlagt følger utkast til tilsynsveileder. **Høringsfrist 4. mai 2015.** Høringsuttalelser sendes postmottak@helsedir.no

Gjennom flere kartlegginger av kommunenes arbeid med miljørettet helsevern er Helsedirektoratet kjent med at kommunene har svært ulik kompetanse og kapasitet på området, og av den grunn ulike forutsetninger for bl.a. å kunne ivareta sine tilsynsoppgaver. Etter at folkehelseloven trådte i kraft i 2012 er det forventninger om at miljørettet helsevern skal integreres som en naturlig del av kommunenes systematiske folkehelsearbeid. Tilsyn med positive og negative miljøfaktorer vil danne et viktig kunnskapsgrunnlag for kommunene i deres arbeid med å fremskaffe en oversikt over lokale folkehelseutfordringer. Denne veilederen er ment å stimulere til økt innsats og kvalitet på dette området.

Høringsinstansene inviteres til å komme med synspunkter på det foreliggende utkastet, og vi imøteser spesielt kommentarer til:

- Treffer vi **målgruppen**? (saksbehandlere i kommunene som arbeider med tilsyn innen miljørettet helsevern)
- **Struktur/oppbygging** (leservennlighet? som oppslagsbok? Henvisninger/fotnoter?)
- **Faglig innhold** (språket? anvendelighet ift ulike tema innen miljørettet helsevern?)
- Stimulerer veilederen til **samarbeid**? (internt i kommunene? overfor andre tilsynsmyndigheter?)
-

Basert på brukernes erfaringer med veilederen, vil denne kunne bli fortløpende revidert.

Veilederen foreligger foreløpig i word-versjon, som gjør det mulig å legge inn merknader direkte i teksten. Henvisninger til linker åpnes ved Ctrl + klikk. Den ferdige veilederen vil foreligge som elektronisk versjon i pdf-format.

Utkast til tilsynsveileder miljørettet helsevern finner du her ved å gå inn på eller klikke på <http://www.asapmedia.no/doc/tilsynsveileder.docx> (gjengivelsen er ikke helt perfekt!)

Eventuelle spørsmål kan rettes til: Finn Martinsen, finn.martinsen@helsedir.no og Morten Frantze morten.frantze@helsedir.no

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2015 -17. Stikkord: Tilsynsveileder.



Beredskap og folkehelseplan

Utdrag fra Einar Braatens «Kommunelegens blogg» 8.2.2015:

Kommunelegeforum er et gjentagende møte som bringer noe nytt hver gang. Det er spennende, morsomt, hyggelig og lærerikt! Denne gangen møttes vi utenfor fylket, for sjøl om vi er kommunelegeforum for Buskerud er det helt logisk at vi tar inn kolleger fra andre kommuner som ligger under Helseforetakets nedslagsfelt og gjerne også andre som er motiverte til å reise til oss for å møte et stort og engasjert forum! Det skjer mye både i kommuner og helseforetak for tida, og vi hadde som alltid mye å fortelle hverandre. Undersøkelse av flyktninger, tuberkuloseundersøkelse, hvordan følge opp bekymringsmeldinger fra politi og andre, støyklager, organisering av tjenester. Alle glemte å ta pauser i ivrige diskusjoner som ikke stoppet hverken på vei til lunsj eller under lunsj. Jeg gleder meg over møtene som er en av de viktigste årsakene til at jeg fortsatt både er inspirert og motivert for å jobbe videre som kommuneoverlege.

En av de oppgavene jeg er opptatt av og jobber mye med, er Beredskap Denne uka har vi jobbet mye med dette på flere plan fra utarbeidelse av ROS analyser sammen med beredskapskoordinator i Nedre Eiker til Samøv-konferansen som fant sted på Kongsberg Teknologipark, eller KV som vi kongsbergensere kaller den.

Samøv har jeg skrevet om før, men det er like morsomt å møte opp der hvert år. Det er et veldig godt drevet samarbeid hvor sivilforsvaret har initiativet til å invitere de som jobber med beredskap i vårt område. Politi, ambulanse - sjukehus, brann og redning, sivilforsvaret, Røde kors, kommuneleger, beredskapsrådgivere i kommunene. Vi fyller auditoriet. Vi får presentert evalueringer av øvelser og hvordan det er gått med beredskaps- og redningsarbeid ved andre store hendelser. Denne gangen bla.flommen på Vestlandet og Odda i 2014. Der får vi også presentert nye planlagte øvelser. Neste store Samøv øvelse skal skje til sommeren på KV. Jeg har alt meldt meg på forberedelsene og vil prøve å følge den som observatør.

Jeg er opptatt av at kriseledelsen med toppledelsen i kommunen også deltar på slike øvelser og ser hvordan andre gjør det, lærer av det de gjør bra og ikke minst av feilene som alltid dukker opp på øvelser. Vi har en del erfaring fra faktiske hendelser i våre kommuner, men egentlig ikke erfaring fra øvelser som går ut over den kapasiteten vi har kunnet klare å mobilisere. Det er stor forskjell på det å ha kapasitet til å utføre tiltak og ikke ha det, kjempe for å få oversikt, arbeide strategisk og være ledelse for de som arbeider operativt.

Folkehelseplanen nærmer seg slutten. Dvs det gjør den jo slett ikke. Vi legger opp til at det skal bli en strategiplan som gir innspill til kommuneplanen og som gir en retning i det arbeidet som gjøres i forhold til folkehelse i begge kommunene (Øvre Eiker og Nedre Eiker). Det passer godt i Nedre Eiker hvor planleggerne som har laget samfunnsdelen til kommuneplanen, har lagt Folkehelse som et overordnet satsingsområde til grunn i alt det andre som skal gjøres i kommunen. Akkurat sånn Folkehelseloven beskriver! Jeg har jobbet sammen med Birgit som har vært den som har jobbet med dette inn mot samfunnsdelen i kommuneplanen. Dette har vel vært nært ideelt både for arbeidet med Folkehelseplanen og Kommuneplanen.

Men Folkehelseplanen blir jo aldri ferdig. Oversiktene i den skal rulleres hvert år, og hvert fjerde år skal vi ta en grundig gjennomgang. Jeg må passe på så jeg får det lagt inn i forhold til rullering av kommuneplanen så nye innspill også kan spilles inn i den rulleringen.

Jeg er ikke i tvil om at våre satsingsområder innen folkehelsearbeidet må være todelt:

- Vi må satse på små barn før barnehage, gjennom barnehage inn i skolen så de utvikler seg, trives og ønsker å fortsette med utdanning. Lykkes vi, vil vi både utjevne sosiale forskjeller og øke utdanningsnivået. Det er godt dokumentert i forskning at det er grunnleggende for å kunne bedre folkehelsen
- Og vi må selvfølgelig ta vare på all den aktiviteten som gjøres til daglig som bidrar til å opprettholde og bedre folkehelsen. Fra alt det frivillige arbeidet til sikring av drikkevann og kloakk.

Jeg er spent på om det er mulig å få til en tydelig, solid og vedvarende prioritering av forebyggende arbeid hvor vi satser på små barn og hvor vi kun vil kunne få effekt etter 15 - 30 år!

Referansekode i 'Helserådet': OLE 2015 -2. Stikkord: Kommunelegeforum. Beredskap. Folkehelse.

DAGENS Medisin **BLOGGER** Publisert 02.02.15

En målløs reform

Eller: Hvordan Samhandlingsreformen ble en tannløs reform.

Av Nard Schreurs

Nard Schreurs jobber i IKT-Norge. Han har tidligere vært journalist i Computerworld og redaktør for bilaget It-helse. Han er blant annet med i programkomiteen til HIMSS internasjonale "World of Health It".

(De markerte lenkene er direkte klikkbare)

Andre februar 2015 skrev NRK at kommunene [ikke makter ikke ta imot pasienter](#), og derfor må betale 466 millioner i sykehusbøter. Nå er dette en sannhet med modifikasjoner. Kommunene har, i regi av Samhandlingsreformen, fått overført en god del penger fra sykehusene nettopp for å ta imot utskrivningsklare pasienter. At disse pengene tilbakeføres via bøter er ikke dramatisk.

Det er bare et tegn på at den viktigste helsereformen fra det siste tiåret ikke har brakt hva man forventet.

La oss se litt tilbake: Samhandlingsreformen var en direkte følge av en reise den daværende helseministeren Bjarne Håkon Hanssen foretok til USA. I California besøkte han Kaiser Permanente, en helseorganisasjon som var en av de første til å ha en god integrasjon mellom spesialisthelsetjenester og fastleger og hjemmepleie. Hold innbyggerne ute av sykehusene, det er bedre for dem og bedre for samfunnsøkonomien, var mottoet. [Det likte Hanssen.](#)

Det viste seg lettere sagt enn gjort. Til tross for storsatsing har resultatene vært magre.

Da Hanssen i 2008 satte sammen ekspertgruppen sin for å bygge denne reformen, gjorde han det "typisk norsk". Alle kunne bli med, og [i denne gruppen fant vi](#) både en psykolog fra Alternativ til Vold der, en tidligere skadet fotballspiller, en leder fra Frelsesarmeens Gatehospital i Oslo, og ordfører i Evenstad (Vikna) som også var gårdbruker. Men ekspertgruppen hadde ingen teknologer. Sistnevnte var [én strategisk feil](#), nettopp fordi Kaiser Permanente hadde brukt it som det viktigste strategiske verktøyet for å gjennomføre integreringen. Både for informasjonsflyt, for å styre arbeidsprosessene og for å kunne måle effekter av ulike endringer.

Nå er det ikke mangel på støttende teknologi som er hovedproblemet i Samhandlingsreformen. Hovedårsaken til at det går så tregt er manglende styringsverktøy. Med det har Samhandlingsreformen blitt mer pengeflytting enn flytting av pasienter.

For all del, det er mange som jobber i rammene av Samhandlingsreformen med gode prosjekter. Og noen vil mene at siden reformen ikke ble satt i verk før 1. januar 2012, så er det for tidlig å trekke konklusjoner. Men likevel mener jeg at en reform som er satt i gang med så mye kraft, ikke har levert varene.

Så kan man krangle om hvem ikke har gjort jobben sin. I NRK-saken legger fylkeslegen i Oslo og Akershus, Petter Schou, skylda på kommunene.

– Kommunene har hatt over tre år til å bygge opp kompetanse og kapasitet. Mange har ikke klart å bygge opp nok korttidsplasser til å ta imot utskrivningsklare pasienter, sier han.

Det tror jeg er bare en liten del av årsaken. Problemet er at det helhetlige perspektivet har blitt borte, og alle jobber ut fra sitt eget lille ståsted. At reformen fungerte i Kaiser Permanente er nettopp fordi man fikk alle til å se helheten.

Helt grunnleggende har feilen i reformen vært at det ikke har vært tydelige mål. Og da mener jeg mål som kan måles, ikke fine ord som "bedre, raskere,". En reform må kunne måle antall liggeretter på sykehusene, som er flyttet til kommunene. Altså, et helt konkret tall på hvor mange netter på sykehus Samhandlingsreformen har spart samfunnet og pasientene for. Og, i kjølvannet av det, selvsagt en god kvalitetsmåling i form av pasientopplevelser og gjeninnlegging av pasienter som ble satt for raskt ut til kommunene.

I tillegg bør det være klare mål om å redusere antallet sykehussengeplasser, oppgradere sykehusene til høyteknologiske og høyintensive steder der man bare trenger å være for å få helt spesielle inngrep, og et tydelig pasientforløp etter sykehusopphold for alle.

Å måle resultatene må være det første man tenker på når man setter i gang en stor reform. Det har vi glemt. Dermed er Samhandlingsreformen en målløs reform, i dobbel forstand. Vi vet ikke helt hvor vi skal, og vi aner ikke hva effektene er av det vi har gjort.

Jeg oppfordrer regjeringen å sette klare mål for dette fremover, som årlig kan tilbake-rapporteres i helt konkrete tall. Dette er hele artikkelen fra Dagens Medisin. Du får også tilgang til artikkelen ved å gå inn på eller klikke på http://www.dagensmedisin.no/blogg/nard-schreurs/en-mallos-reform/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified.

Referansekode i 'Helserådet': SA 2015 – 7. Stikkord: Samhandlingsreformen.

DAGENS Medisin **BLOGGER** Publisert 06.02.15

Kommunene under press

Av Bjørn Guldvog

Bjørn Guldvog er direktør i Helsedirektoratet og har bakgrunn som lege i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Han er professor i samfunnsmedisin og utdannet cand.med. og dr.med. ved Universitetet i Oslo.

Samhandlingsreformen ble iverksatt 1. januar 2012. Et viktig mål er at folk skal få et godt og forsvarlig lokalt helsetilbud der de bor. Hvordan går det egentlig, nå som Samhandlingsreformen akkurat er ferdig med sitt tredje hele driftsår og har tatt fatt på det fjerde?

Helsedirektoratet følger utviklingen i rapporten Samhandlingsstatistikk (<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/798/Samhandlingsstatistikk-2013-2014-IS-2245.pdf>). Den siste rapporten gjelder for perioden 2013-2014. Vi ser flere utviklingstrekk som er ønsket og trekker i riktig retning, men vi ser også enkelte forhold som gir grunn til bekymring.

Hva går som planlagt? Siden 2012 har 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).

Det er stadig mer kvalifisert helsepersonell i kommunene. Det skjer en kraftig utbygging av kommunale frisklivsentraller og døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Noen steder etableres de nye tjenestene som interkommunale tilbud. Samarbeid mellom kommuner kan sikre tjenester til befolkningen i områder som kanskje ikke har befolkningsgrunnlag eller økonomi til å etablere egne tjenester over alt.

Andre forhold gir grunn til bekymring. Det gjelder i første rekke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene for pasienter som skrives ut fra sykehusene og som må følges opp videre i kommunene. Det siste året var det et økende antall utskrivningsklare pasienter i sykehusene som kommunene ikke hadde kapasitet til å ta imot, og en økende pasientstrøm som går tilbake til sykehuset for øyeblikkelig hjelp og videre behandling for en del av de nylig utskrevne.

Hvert år siden Samhandlingsreformen ble iverksatt i 2012 har antallet opphold for utskrivningsklare pasienter på sykehus økt kraftig. Det var mellom tre og fire ganger så mange utskrivningsklare pasienter på sykehusene i 2014 som i 2011.

Fra 2012 måtte kommunene betale sykehusene 4 255 kroner for hvert liggedøgn pasienter som er definert som ferdigbehandlet og utskrivningsklare oppholdt seg på sykehus. På den måten fikk kommunene en sterk egeninteresse av å ta imot pasientene raskt. Det klarte de den første tiden, og vi fikk en sterk nedgang i liggedøgn for utskrivningsklare fra 2011 til 2012. Fra 2013 til 2014 økte antallet liggedøgn i sykehusene for utskrivningsklare. Den gjennomsnittlige liggetiden per pasient økte likevel ikke.

Kommunene tar nå ansvar for mer komplisert behandling og oppfølging enn før. Flere pasienter og økende kompleksitet setter mottakssystemene i kommunene under press. Det ser ut som om spesialisthelsetjenesten det siste året har skrevet ut raskere enn kommunene har vært i stand til å bygge ut tilbud. Tilbudet til utskrivningsklare pasienter har vært løst på ulikt vis i de enkelte kommunene. Vi ser tydelig vekst i mottakere av korttidsopphold på kommunal institusjon og hjemmesykepleie, men denne veksten i kommunene holder ikke tritt med økningen av utskrivningsklare fra sykehusene.

Det som spesielt gir grunn til bekymring er en viss økning av pasienter som må innlegges på nytt for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager. Det kan dreie seg om 7000 flere re-innlagte i 2014 enn i 2011. For noen av disse pasientene er det naturligvis bra å bli innlagt på nytt, og endringen behøver ikke alltid å representere sviktende kvalitet. Det er grunn til å tro at en god del av reinnleggelsene kunne vært forebygget. Vi antar at mye av økningen kan forklares med 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. Helsedirektoratet har ikke faktagrunnlag for å mene noe sikkert om årsakene.

Det er grunn til å følge med. Det aller viktigste budskapet er kanskje at samhandlingsreformen er til for pasientene, og ikke systemet. Ledere og helsepersonell i kommuner og sykehus må samarbeide slik at kvaliteten og pasientsikkerheten for den enkelte pasient blir godt ivaretatt.

Referansekode i 'Helserrådet': Sam2015 – 8. Stikkord: Samhandlingsreformen. Guldvog, Bjørn.

DAGENS
Medisin Oppdatert 03.02.15 Nyheter

Ut mot døgntilbud-ordningen i kommunene

– Vi kan ikke samhandle oss vekk fra at en del er så syke at de trenger en sykehusseng, sier Torgeir B. Wyller, professor i geriatri.

STORTINGET: Tirsdag inviterte stortingsrepresentant Olaug Bollestad og geriatriprofessor Torgeir Bruun Wyller til seminar om helsepolitikk i regi av KrF's helsefraksjon og Helsetjenesteaksjonen.

Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen var gjennomgangstema, og særlig fikk øyeblikkelig hjelp døgntilbud-ordningen kritikk.

Fra neste år har kommunen plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgntilbud, som omfatter pasienter som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller gi omsorg til.

Målet er å avlaste akuttinnleggelser i sykehus.

Ifølge Helsedirektoratets samhandlingsstatistikk har 247 kommuner i perioden 2012 til 2014 fått et slikt tilbud på plass.

Torbjørn Bruun Wyller, leder i Helsetjenesteaksjonen pekte på at fagfolk lenge har advart mot en for sterk vridning på kommunale løsninger for syke eldre.

– Vi ønsker å redusere kravet til antallet kommunale akutte døgnenger per kommune. De kommunale døgnenehetene blir brukt mindre enn forutsatt. Det burde være beroligende og viser at helsepersonell kan prioritere, men vi ser at alvorlig syke blir feilsendt dit. Det blir en ekstra stasjon på veien for de som egentlig trenger en langtidsplass.

– Vi kan ikke samhandle oss vekk fra at en del er så syke at de trenger en sykehusseng, sa Wyller.

– Fokuset på raske løsninger skjerpes

Wyller er heller ikke begeistret for den kommunale betalingsplikten. Fra 1 januar 2012 ble det innført kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter.

Kommunene betaler 4255 kr pr døgn for en utskrivningsklar pasient som forblir i sykehus.

– Fokuset på raske løsninger skjerpes. Vi ønsker noen forsøk der man ikke tar seg betalt fra kommunen for å samhandle med dem, sa han.

Et tredje krav fra Wyller og Helsetjenesteaksjonen er å stoppe reduksjonen i det samlede antall sykehussenger

Anne Grete Storvik

anne.grete.storvik@dagensmedisin.no

Referansekode i 'Helserrådet': HTJ 2015 – 18. Stikkord: KAD. Kommunale døgntilbud.

Han vinner Helselederprisen

Kommunalsjefen i Ål kommune vinner prisen for sitt arbeid med samhandlingsreformen i Hallingdal.

OSLO/ FOLKETS HUS: Kommunalsjefen i Ål kommune, Karsten Popp Dideriksen, vinner prisen for sitt arbeid med samhandlingsreformen i Hallingdal.

Helselederprisen deles ut under Norsk sykehus- og helsetjenesteforenings (NSH) årlige lederkonferanse.

– Dette var en stor overraskelse som jeg ikke hadde regnet med, uttaler en stolt Dideriksen til Dagens Medisin.

– Dideriksen får prisen for sin rolle som pådriver i det interkommunale samarbeidet i Hallingdal. Han har jobbet med å realisere samhandlingsreformen, i tett samarbeid med nabokommunene, Vestre Viken HF og Ringerike sykehus, melder NSH-juryen.

[Blant annet er Ål vertskommune for den mye omtalte Hallingdal sjukestugu.](#) (direkte klikkbar lenke)

Forskning på dagsorden.

NSH melder at årets helseleder har bidratt til koblingen mellom helse- og omsorgstjenester i Ål kommune, og utdanningsinstitusjoner i distriktet.

– Han har satt forskning på dagsorden i kommunehelsetjenesten. Eksempelvis ved å jobbe for Ål bu- og behandlingssenter, som har fått status som Utviklingssenter for sykehjem i Buskerud, uttaler NSH-juryen.

Ros fra juryen

NSH sparer ikke på flotte beskrivelser og omtaler vinneren som en «viktig rollemodell»:

«Han viser tillit, gir ansvar og støtte til sine kolleger, slik at medarbeiderne får økt tro på egen kompetanse. Han er en kreativ og løsningsorientert leder som holder orden i eget hus, og han har en egen evne til å snu situasjoner som kan virke håpløse,» heter det i jurykjennelsen.

Vektlegger lederkultur

NSH fremhever at han ble ansatt som helse- og sosialsjef i 2002.

– Siden da har Dideriksen utviklet en lederkultur som skaper trygghet og tillitt i organisasjonen.

Juryen fremholder at lederen involverer fagfolk og politikere.

– Hans kommunikasjonsevner gjør at han blir lyttet til på alle nivåer i helsetjenesten. Dideriksen formidler de store og overordnede utfordringene, samtidig som han ser det lokale bildet.

Fortsetter som før

Dideriksen understreker at han er stolt og stiller fokus på sine kolleger.

– Jeg er heldig som får lede en så flink gjeng. Det er ikke vanskelig å være helseleder hvis en har flinke og dyktige fagfolk. I tiden fremover har han en klar ledelsesstrategi.

– Nå skal jeg bare fortsette med det jeg har holdt på med!

Lasse Moe

lasse.moe@dagensmedisin.no

Referansekode i 'Helserådet': SAM 2015 – 6. Stikkord: Ål kommune. Dideriksen, Karsten Popp.

Om idrett og fastfood

Debattinnlegg:

Noen ganger skal man stoppe litt opp og reflektere over hvorfor man gjør som man gjør. Hvordan kom gatekjøkkenet inn i svømmehaller og idrettsanlegg?

Av Arnt Steffensen, Leder i Kost- og ernæringsforbundet, en yrkesorganisasjon i Delta

I alle landets kommuner finnes svømmehaller og idrettsanlegg. De har ulike funksjoner, det er en arena for barn og unge, det er en arena for den organiserte idretten, det er en arena for folk som ønsker å holde seg i form. Utgangspunktet for å bruke hallene er ulike, men det er ett fellestrekk: Idrettshallene eksisterer og brukes for at befolkningen skal få bedre helse.

Idrettsanleggene har også en sosial funksjon. Man drar dit med familien, trener sammen med venner, følger barna på svømming. Ofte finnes det en kafeteria eller en kiosk på stedet. Noen tar en kaffe etter treningen eller mens man venter, andre tar en matbit. Mange sliter med å få hverdagslogistikken til å gå opp, og kanskje er det her middagen spises den dagen.

Idrett og et godt kosthold hører sammen. Man skulle jo derfor tro at mat som serveres i en idrettshall var laget på ferske grønnsaker og råvarer som strutter av vitaminer og sunne næringsstoffer. Fokus på restituering etter treningsøkten, forsterke det gode helsegrunnlaget som treningen har gitt. I stedet rives grunnlaget ned med gatekjøkkenmat.

Pølser og pottes frites. Hamburger og pottes frites. Fete dressinger. Sjokolade eller is til dessert. Skylls ned med brus. Det er et paradoks at idrettshaller som eksisterer for å gi folk en bedre helse, serverer mat som gir stikk motsatt resultat. Det er enighet i samfunnet at idrett og alkohol ikke hører sammen. Så hvorfor er det greit med idrett og junkfood?

En av de store utfordringene innen folkehelse er livsstilssykdommer som overvekt og diabetes type 2, og ses i forhold til usunne kostvaner. En annen utfordring er at befolkningen blir eldre. Begge utfordringene legger beslag på store deler av helsebudsjettet. Det er ikke nok penger til begge deler. At folk blir eldre kan vi ikke gjøre noe med, men vi kan gjøre noe med livsstilssykdommene. I det minste kan vi legge forholdene til rette for at befolkningen velger å leve sunnere.

Det er ikke bare i Norge dette er et problem. Verdens helseorganisasjon har fokus på dette i det overordnede rammeverket Health 2020, som Helsedirektoratet har implementert i sitt folkehelsearbeid. Bevege seg mer og spise sunnere. Slik kommer vi inn på anbefalinger om godt kosthold, nøkkelhullmerking, billig frukt og grønt. Slike tiltak. Utfordringen er overveldende, og la oss være ærlige, det å få et helt folk til å endre livsstil er nær sagt umulig.

Derfor mener jeg man bør ta utgangspunkt i det man rent praktisk kan gjøre noe med. Kost- og ernæringsforbundet mener for eksempel at det bør være et krav at matservering i offentlige bygg bør følge Helsedirektoratets anbefalinger. Mange spiser et daglig måltid i en kantine, og når man spiser der hver dag, i måneder og år, så spiller det en viss rolle hva som serveres. Det offentlige kan ikke operere med kostråd, og samtidig ikke bry seg om hva som serveres i sitt eget hus.

Det samme gjelder for idrettshaller. Mattilbudet bør stå i forhold til anleggets grunnleggende funksjon. Det bør være et krav for å få tilbud på matservering i idrettshallen, at mattilbudet knyttes opp mot Helsedirektoratets anbefalinger. I dag er det sjelden noen krav om hva som skal serveres, dermed velger kafeteriaen å servere enkle retter som kan oppbevares på fryseler. Fra kafeteriaens ståsted er det forståelig, men å svømme i lukten av frityr hører ingen steds hjemme.

Den samme problematikken gjelder maten som serveres under idrettsarrangementer. Idrettsforbundet og helsemyndighetene har ingen myndighet. Det er det enkelte idrettslaget som organiserer idrettsarrangementer og turneringer. Foreldre og ildsjeler står i boder. Norway Cup er et godt eksempel. Under verdens største fotballturnering er det i praksis vanskelig å finne alternativer til pølser, hamburgere, is og brus. Det kan virke som om det er litt for tette bånd mellom fastfoodindustrien og idrettslagene.

Det lar seg ikke gjøre å forby gatekjøkkenmat i sin alminnelighet, men det burde være mulig å forby det i idrettshallen og på idrettsarenaene. Vi arbeider nå for å løfte dette opp på politisk nivå. Det dreier seg om forebyggende folkehelse, det dreier seg om signaleffekt, og ikke minst dreier det seg om sunn fornuft.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2015 – 13. Stikkord: Fastfood. Idrett og fastfood.



Stadig færre røyker

Nye tall fra 2014 viser at 13 prosent av befolkningen sier de røyker daglig. Det er en nedgang på to prosentpoeng fra året før, tilsvarende om lag 70 000 personer. Andelen som snuser daglig er uendret, 9 prosent. Dette viser tall fra SSB.

Også blant unge fortsetter den gode trenden. Blant unge i alderen 16–24 år sier 5 prosent at de røyker daglig, to prosentpoeng lavere enn året før.

– Dette er svært gledelige tall. Røyking er den enkeltfaktoren som har sterkest negativ innvirkning på folkehelsen. Når røyketallene går ned, er mange liv spart, og mye sykdom og lidelse unngått, sier helsedirektør Bjørn Guldvog.

Mange tiltak virker sammen

På ti år har det skjedd en halvering i røyking blant voksne (fra 26 til 13 prosent). Det tilsvarer en nedgang på om lag 410 000 mennesker. Blant unge er andelen som røyker daglig redusert til en femdel av det den var i 2004 (fra 24 til 5 prosent). Dermed er det i dag om lag 30 000 unge i alderen 16–24 år som røyker daglig. Direktoratet er ikke kjent med at andre land har sett noen tilsvarende reduksjon i røykingen.

– Den positive utviklingen tyder på at tiltakene i tobakksarbeidet er virksomme. Over 300 000 har nå [lastet ned appen Slutta for snus- og røykeslutt \(helsenorge.no\)](#), vi har en svært aktiv [Facebook-møteplass for folk som vil slutte å røyke](#), og vi har kjørt kampanjer basert på

stor grad av brukermedvirkning. I tillegg tilbyr stadig flere frisklivssentraler individuell veiledning i snus- og røykeslutt, sier Guldvog.

Sommeren 2014 ble det innført tobakksfri skoletid slik at elever ikke lenger kan bruke snus og røyk i løpet av skoletiden. Samtidig ble det også blant annet forbudt å opprette røykerom.

– Kombinasjonen av lovendringer, gode slutteverktøy og kommunikasjonstiltak sammen ser ut til å virke bra, sier Guldvog.

Er snustrenden i ferd med å snu?

Samtidig som færre unge røyker, har vi sett en stor økning blant unge snusere de siste 10 årene. Men det kan nå være tegn til at økningen i snusbruk blant unge er i ferd med å flate ut. 18 prosent sier de snuser hver dag, mot 21 prosent året før. Det er fortsatt stor forskjell på unge menn og kvinner, 23 prosent snuser daglig blant menn og 12 prosent blant kvinner.

Guldvog er bekymret for at så mange unge bruker snus. – Vi jobber med tiltak for å redusere snusbruken blant unge, sier han.

[Se flere tall om tobakk og snus \(ssb.no\)](#) (direkte klikkbar lenke).

Referansekode i 'Helserådet': TOB 2015 -11. Stikkord: Røykevaner.

GEMINI.no
FORSKNINGSNYTT FRA NTNU OG SINTEF

Denne hoftedingsen redder deg på glatta

Allerede blitt komfortabel med piggsko på vinteren? Da er du kanskje klar til å ta enda et steg for å takle den evige by-hålk på vinterstid.

Av [Christina Benjaminsen](#) Publisert 04.02.15

Forrige uke var det ekstremt glatt i hovedstaden. I gjennomsnitt har 50 personer havnet på legevakten etter fall på glatta hver eneste dag i årets første måned. Det utgjør en ekstra stor risiko for hoftebrudd.

Ifølge NRK opplever nesten 10.000 personer hoftebrudd hvert år. Litt over halvparten av bruddene er lårhalsbrudd, viser tall fra Norsk helseinformatikk.

Svinedyrt mannefall

– Kostnadene knyttet til behandling, rehabilitering og sykehjem kommer seg på mellom 1,5 og 2,5 milliarder kroner i året, opplyser forsker og produktdesigner Tore Christian Storholmen i SINTEF.

Dette er tall han og forskerkollegene vil til livs. For lårhalsbrudd har store konsekvenser både for individ og samfunn. Nå lanserer de et helt nytt produkt: Hoftebeskytteren HiP i samarbeid med bedriften Protex i Ålen.

Hoftebeskytter i sportsutgave

Dingsen er myk og smidig hoftebeskytter med sporty design. Men når den utsettes for støt fastner den og fordeler trykket utover et større areal. Det skjer på grunn av et avansert polyuretanskum, som kan absorbere hele 90 prosent av et støt.

– Problemet med hoftebrudd er enda større enn det kan se ut som. For eldre med hoftebrudd er dødeligheten etter ett år så høy som rundt 25 prosent. Med andre ord kan det utviklede beltet som beskytter deg ved fall bidra til å bøte på et folkehelseproblem, understreker Storholmen.

Beskytteren ser også overraskende bra ut – og minner mest om et sporty belte. Det er ingen tilfeldighet. Dagens eldre ifører seg nemlig ikke hva som helst.

Målet vårt har vært å designe en hoftebeskytter som folk faktisk er villig til å bruke. Det kan spare samfunnet for enorme summer. I tillegg kommer økt livskvalitet og i ytterste konsekvens lengre liv for enkeltpersoner, sier forskeren.

– Vi har samarbeidet tett med brukere, fysioterapeuter og ergoterapeuter underveis, hatt flere workshops og mye testing. Vi har fått oss flere «realitychecks» i forhold til utformingen og brukervennligheten, smiler Storholmen. I tillegg har Trondheim kommune hjulpet oss med å teste ut prototypen.



Her brukertestes hoftebeskytteren i regi av SINTEF. Denne damen var svært fornøyd med både komfort og form på produktet. Foto: SINTEF

Se hele artikkelen fra gemi.no ved å gå inn på eller klikke på

http://gemi.no/2015/02/denne-dingsen-redder-deg-pa-glatta/?utm_source=RSS+Nyhetsbrev&utm_campaign=85de8c2ee2-RSS_EMAIL_CAMPAIGN&utm_medium=email&utm_term=0_de4d883975-85de8c2ee2-68291033 .

Referansekode i 'Helserådet': SKA 2015 – 4. Stikkord: Glatt is. Hoftebrudd.

Forskning.no 4.2.2015:

Miljøvennlig lys er kanskje ikke så miljøvennlig likevel

LED-lamper i gatelys skulle spare miljøet. Men svensk forsker advarer om at vi vet lite om hvordan lyset påvirker oss og naturen.

Med LED-lamper bruker vi mindre energi. Slik sett kan de være bedre for naturen enn gamle typer lyspærer. I tillegg sparer vi penger.

Gatelys er tent store deler av døgnet, og kan sørge for betydelige strømutfgifter. Mange har derfor gått over til å bruke LED – lysdioder – i gatebelysningen.

Men lampene kan også inneholde miljøfarlige metaller.

– Det er viktig å ha kunnskap om lampenes levetid, og om materialet kan gjenvinnes, sier Annika Jägerbrand, forsker ved det svenske Statens väg- och transportforskningsinstitut (VTI), i en pressemelding.

VTI har kartlagt LED-lysets effekt på miljøet, på oppdrag fra Statens energimyndighet i Sverige.

Se hele artikkelen fra [Forskning.no](http://forskning.no) ved å gå inn på eller klikke på

<http://forskning.no/helse-miljo-teknologi/2015/02/miljoennlig-belysning-kanskje-ikke-sa-miljoennlig> .

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2015 – 14. Stikkord: LED-lamper.

Forskning.no 3.2.2015:

Ungdom fikk mer selvtillit og motivasjon

Mange ungdommer sliter med å finne seg til rette på skolen og i arbeidslivet. Et skreddersydd opplegg har gitt gode resultater – i alle fall på kort sikt. Forskere mener ordningen bør bli permanent.

Det ser ut til at mye går bedre for de fleste norske ungdommer. Likevel er det en stor gruppe som sliter, og som ikke ser ut til å bli færre – snarere tvert imot.

Vi snakker om ungdommer som er i ferd med å falle utenfor skole og arbeidsliv, eller som allerede har gjort det. De senere årene har det vært prøvd ut en rekke tiltak for å hjelpe unge som er i ferd med å bli stående utenfor. Ett av disse er den såkalte Losordningen, et treårig utviklingsprosjekt rettet mot ungdom i alderen 14 til 23 år, hvor hovedmålet er å forebygge frafall i den videregående skolen.

– Målet er klart, men veien dit vil være veldig forskjellig. Losordningen åpner for fleksibilitet i oppfølgingen av de unge på de unges egne premisser, ifølge prosjektleder Elisabeth Backe-Hansen.

Losene har stort sett bakgrunn som sosialarbeidere, lærere eller i noen få tilfeller fra sykepleie eller andre fag. De er stort sett mellom 30 og 50 år gamle og har jobbet i mange år. Alle hadde jobbet med ungdom før de ble losere.

Bedre selvtillit og motivasjon

Ungdommene som deltok i prosjektet, har opplevd mobbing, psykiske problemer og problemer med rus eller familie, i tillegg til lav motivasjon for skolen og utfordringer med å mestre de faglige kravene.

Nå litt over tre år etter oppstarten har NOVA på oppdrag for Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet evaluert prøveordningen. Ifølge forskerne har Losprosjektet vært vellykket – i hvert fall på kort sikt.

Hver av ungdommene i prosjektet har fått individuelle mål.

– Ulikheter i alder og utfordringer blant de unge innebærer at målene som settes opp av losene, varierer. Det kan handle om mål når det gjelder skole, arbeid og fritid. Vi finner at nærmere 70 prosent av ungdommene har hatt en positiv utvikling i forhold til sine mål, sier Elisabeth Backe-Hansen.

Forskerne forteller at losene har hjulpet, og bidratt til en bedre hverdag for mange av ungdommene som har deltatt i prosjektet. Noen har fått styrket selvtillit, andre har fått hjelp med psykiske utfordringer eller fått bedret forholdet til foreldrene, og for andre igjen har

deltakelsen gitt motivasjon for å gjøre en innsats på skolen. Forskerne mener at det er skreddersøm, fleksibilitet og variasjon som ligger til grunn for suksessen.

Se hele artikkelen fra [Forskning.no](http://forskning.no) ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/barn-og-ungdom-skole-og-utdanning/2015/02/vil-ha-ungdomsloser-i-alle-kommuner>.

Referansekode i 'Helserådet': UNG 2015 – 5. Selvtillit. Motivasjon. Losordning.



Kommunesektorens organisasjon 4.2.2015

Klimalov: Ytterligere utredning nødvendig

Det er fortsatt uklart hva en norsk klimalov vil innebære. Spørsmålet om å innføre klimalovgivning bør derfor utredes nærmere, fastslår KS i en høringsuttalelse.

KS' høringsuttalelse er først og fremst en kommentar til et notat, «Perspektiver på en klimalov», fra Klima- og miljødepartementet. Dette er hovedmomentene i høringsuttalelsen:

1. KS mener at det fortsatt er så uklart hvordan en eventuell klimalov vil utformes at det ikke kan tas stilling til om en slik lov er ønskelig. En eventuell utredning av en klimalov må ha en bred angrepsvinkel der også bestemmelsene i plan- og bygningsloven blir vurdert.
2. KS vil understreke at konkretisering og oppfølging av klimapolitiske målsetninger er et politisk ansvar.
3. KS er positiv til mekanismer som styrker oppfølgingen av vedtatte mål for reduksjoner av nasjonale klimautslipp, som for eksempel fireårige karbonbudsjetter.
4. KS mener at rapporteringen av måloppnåelse for utslippskutt må forbedres, gjennom for eksempel avviksrapportering mot årlige karbonbudsjett, fast klimapolitisk redegjørelse i Stortinget og statistikk for lokale klimautslipp.
5. KS advarer mot å innføre mekanismer som reelt overfører politisk myndighet fra folkevalgte organer til uavhengige råd. Et eventuelt nytt uavhengig klimaråd må kun gis en rådgivende rolle.

KONTAKTPERSONER FOR DENNE SAKEN

[Dørum, Jørn Inge](#) Samferdsel, plan og miljø
jorn.inge.dorum@ks.no

[Bjørklund, Kjetil](#) Samferdsel, plan og miljø
kjetil.bjorklund@ks.no

SENTRALE LENKER OG DOKUMENTER (direkte klikkbare)

- [KS- høringsuttalelse](#)
- [KLD: "Perspektiver på en klimalov"](#)

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2015 – 16. Stikkord: Klimalov.

Forskning.no 5.2.2015:

Løp sakte – lev lenger

Det sunneste er å løpe i et moderat tempo. De som driver intens løpetrening, lever ikke lenger enn de som ikke trener i det hele tatt.

[Irene Berg Petersen](#), journalist, videnskab.dk

Er du litt lite ambisiøs og tar løpeturen i et moderat tempo, er det bare bra. Det er nemlig sunnere enn hard løpetrening, ifølge [DR Kunnskap](#). (direkte klikkbar lenke)

– De som spurter rundt i parken, har samme dødelighet som de som bare sitter hjemme. Det er et viktig budskap, sier hjertelege Peter Schnohr.

Forskningsresultatet er publisert i Journal of American College of Cardiology.

Ikke for lenge, heller

Den nye forskningen bygger på den store Østerbroundersøkelsen.

Forskerne fulgte 1098 løpere i alderen 20 til 86 år gjennom en periode på 12 år. Dessuten har de fulgt 413 personer som ikke trente.

Løpere som holdt seg under åtte kilometer i timen og løp i mindre enn to og en halv time til sammen per uke, hadde 78 prosent større sannsynlighet å overleve 12-årsperioden enn de som ikke trente. De mest ambisiøse løperne – som løp i mer enn elleve kilometer i timen i mer enn fire timer i uken – hadde samme risiko som de som ikke trente.

Løpere lever seks år lenger

– Hvis man trener for mye, er det ikke bare unødvendig, det er kanskje skadelig, sier Peter Schnohr til [LiveScience](#). (direkte klikkbar lenke)

Til DR Kunnskap sier han at Østerbrounderøkelsen viser at løpere generelt lever seks år lenger enn andre. Men det er ikke mulig å sette et presist tall på økningen for de som trener moderat.

Forskere mener at balansen mellom for lite og for mye trening kan beskrives med en U-kurve. Ingen trening er ikke bra, moderate mengder trening er bra, og for mye trening heller ikke bra.

Solid konklusjon

Den nye studien stemmer godt med tidligere forskning, forteller Karol Watson, som leder forskningen om forebygging av hjerte problemer ved University of California, Los Angeles.

– Mennesket er ikke skapt til å løpe maratonløp hver eneste dag, og vi trenger ikke trene slik for å leve lenge, sier Watson til LiveScience.

Watson har ikke vært involvert i den nye studien. Hun forklarer at maratonløpere generelt har god hjerte helse. Men at moderate løpere ofte lever lenger.

Referanse:

Peter Schnohr mfl: Dose of Jogging and Long-Term Mortality The Copenhagen City Heart Study, *Journal of the American College of Cardiology* (2015), DOI: 10.1016/j.jacc.2014.11.023 [Sammendrag](#) (direkte klikkbar lenke)

© Videnskab.dk. Oversatt av Lars Nygaard for forskning.no.

Referansekode i 'Helserådet': FYS 2015 – 7. Stikkord: Løpetrening.



Denne rapporten sammenfatter opplysninger om trafikkulykker med personskader og drepte i vegtrafikken i 2014 og sammenligner med 2013. Oversikten er basert på foreløpige tall fra SSB for 2014 og endelige tall for 2013. Tallene for 2014 kan således bli endret inntil endelige tall for 2014 foreligger i månedsskiftet april/mai. Antall skadde i 2014 vil kunne øke noe pga. etter-rapportering fra politiet, mens antall drepte kan bli justert noe ned når ulykker som skyldes illebefinnende eller er selvolgt trekkes ut. Endringene vil imidlertid bli små.

Foreløpige tall per 15. januar 2015 fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) viser at det ble

drept 149 personer i vegtrafikken i 2014. Dette er ca 20 % færre enn i 2013 da det ble drept 187 personer. Vi er således nede på omtrent samme nivå som i 2012 da 145 personer ble drept. Den store økningen fra 2012 til 2013 synes derfor å ha sammenheng med naturlige statistiske svingninger.

Antall politirapporterte personskadeulykker ligger foreløpig litt lavere i 2014 enn i 2013. Endelige tall for 2013 var 5.241 personskadeulykker, mens det i 2014 så langt er rapportert inn 5.096 personskadeulykker. Antallet personskadeulykker i 2014 må forventes å øke noe når etterrapporterte ulykker blir sendt fra politiet til SSB, og det er foreløpig for tidlig å si noe om endringer i forhold til 2013.

Med økningen fra 2012 til 2013 var mange bekymret for at vi var inne i en negativ utvikling for drepte i trafikken. Det foreløpige antallet på 149 drepte i 2014 viser imidlertid at vi fortsatt ligger noe under den langtidstrenden som er vurdert som en forutsetning for å kunne oppnå målet om maksimalt 500 drepte og hardt skadde i 2014.

Du kan se hele rapporten ved å gå inn på eller klikke på <http://www.asapmedia.no/pdf/15-0218-arsrapport-trafikkulykker-2014.pdf>.

Referansekode i 'Helserådet': SKA 2015 – 5. Stikkord: Drepte i veitrafikken. Dødsulykker i veitrafikken.

Forskning.no 6.2.20154:

Kan bli friskere av gode opplevelser

Kunst, natur og åndelige opplevelser henger sammen med mindre betennelse i kroppen, mener forskere.



Ingrid Spilde Journalist

En fergetur i solnedgangen over speilblanke Sognefjorden. Et mektig brus av korsang under et kirkehvelv. Noen minutter med gåsehud foran Mark Rothkos malerier i et galleri i London.

Gode, intense opplevelser, spesielt de som innebærer ærefrykt, henger sammen med en bedre helse, mener et team av amerikanske forskere, som nå også har en ide om hvordan:

Mindre betennelse i kroppen.

Opplevelser og prøver

Forskerne har undersøkt rundt 200 unge voksne som måtte rapportere om sine opplevelser i løpet av dagen. Her listet de opp positive følelser som fornøyelse, ærefrykt, medfølelse, tilfredshet, glede, kjærlighet og stolthet.

Så tok forskerne prøver fra munnen til hele gjengen. Prøvene kunne nemlig avsløre hver enkelt deltagers nivå av cytokiner, stoffer som er forbundet med betennelser i kroppen.

Cytokiner er nødvendige når kroppen skal hamle opp med infeksjoner og skader. Men konstant høye nivåer er ikke bra. Det er i stedet koblet til mange lidelser, som diabetes 2, hjertesykdom, depresjon og flere autoimmune sykdommer.

Mindre betennelse

Det viste seg altså at positive følelser faktisk hang sammen med lavere nivåer av cytokiner, og dermed antagelig mindre betennelse i kroppen hos deltagerne.

Det kan stemme overens med resultater fra [tidligere undersøkelser](#) (klikkbar lenke), som har vist at negative følelser var knyttet til høyere nivåer av cytokiner.

– Det at ærefrykt, undring og skjønnhet fremmer sunnere nivåer av cytokiner, antyder at tingene vi gjør for å oppleve slike følelser – å gå i naturen, å fortape seg i musikk, å nyte kunst – har direkte innvirkning på helse og forventet levealder, sier Dacher Keltner fra University of California, Berkeley, i en pressemelding.

Likevel må han også innrømme at det ikke er helt klart hva som er høna og egget i denne saga:

Gir de gode følelser bra helse, eller er friske mennesker bare mer tilbøyelige til å ha intense positive opplevelser?

Følelser, tro og helse

Uansett er dette ikke første gangen forskere finner sammenhenger mellom helse og positive følelser, ærefrykt og spiritualitet.

I 2010 publiserte for eksempel Harold G. Koenig og kollegaene hans resultatene av en stor oppsummering av forskning på helse og åndelighet. Konklusjonen viste at troende mennesker – uavhengig av religion – [er lykkeligere, har mindre hjertesykdom og lever lenger](#) (klikkbar lenke).

Andre studier antyder at glede og [entusiasme beskytter mot hjertesykdom](#), og at et [lyst sinn er avgjørende for god helse](#) (klikkbare lenker).

Samtidig kan det være grunn til å spørre om hva dette betyr i praksis. Kan vi forebygge sykdom ved å gi folk mer positive følelser?

En norsk undersøkelse antyder at det grunnleggende nivået ditt av [lykke og tilfredshet er medfødt](#). Da er det kanskje ikke så mye du kan gjøre med saken?

Er du en av dem som ikke er naturlig tilfreds, kan du i det minste trøste deg med at slett ikke alt er avhengig av positive følelser. En stor undersøkelse av kreftpasienter viste for noen år siden at [optimisme ikke økte sjansene til å overleve](#) (klikkbar lenke) sykdommen.

Referanse:

J. E. Stellar, N. John-Henderson, C. L. Anderson, A. M. Gordon, G. D. McNeil, D. Keltner, Positive Affect and Markers of Inflammation: Discrete Positive Emotions Predict Lower Levels of Inflammatory Cytokines, Emotion, januar 2015. [Sammendrag](#) (klikkbar lenke).

Referansekode i 'Helserådet': MET 2015 – 12. Stikkord: Opplevelser. Kultur.

Et flertall mener at bedriftshelsetjenesten har blitt bedre med godkjenningsordning

Etter 5 år med godkjenningsordning gjennomførte Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) en undersøkelse for å kartlegge erfaringene med ordningen. Undersøkelsen viser at 56 prosent mener at godkjenningsordningen har ført til høyere kvalitet i deres bedriftshelsetjeneste (BHT) og nesten 47 prosent mener at BHT i Norge er blitt bedre på grunn av godkjenningsordningen.

Forbedring av kvalitetssystem, kompetanseutviklingsplan og økt bemanning på yrkeshygiene og arbeidsmedisin var de vanligste forbedringsområdene for å bli godkjent. Dette har, viser den nylig publiserte undersøkelsen, ført til bedre kvalitetssikring av tjenestene BHT leverer, bedre kompetanse på personalet i BHT, økt tverrfaglighet og bedre samarbeid med virksomhetene.

– Resultatene tyder på at godkjenningsordningen har ført til økt kvalitet i BHT. At mer enn halvparten av BHT mener at godkjenningen har ført bedre kvalitet må være hyggelig lesning for myndighetene. Det gjenstår dog å se om kundene til BHT er av samme oppfatning. Det sier denne undersøkelsen ikke noe om., sier Odd Bjørnstad ved Fagsekretariatet for BHT på STAMI.

Funn bekrefter tidligere undersøkelse

Funnene i denne undersøkelsen, med bedriftshelsetjenestenes svar, er nokså like med det som kom fram i en lignende undersøkelse som ble gjennomført for 4 år siden, rett etter innføringen av godkjenningsordningen. I årene etter innføringen, har godkjenningsenheten innsisert en rekke BHT, og godkjenningsordningen er blitt diskutert i mange fora. Dette har dog ikke påvirket oppslutningen om den.

Dette skyldes nok at mange BHT har valgt å inngå samarbeid med andre for lettere å bli godkjent. Volumkravet med minstekrav til årsverk for å bli godkjent, økt konkurranse i markedet, oppkjøp og fusjoner er noen mulige årsaker til dette.

Innføringen av en godkjenningsordning for BHT har vært diskutert i flere år, og det har vært ulike synspunkter for og imot. I Arbeidslivslovutvalgets innstilling ble det reist tvil om dette ville føre til noe bedre kvalitet i BHT. Det ble hevdet at en godkjent BHT ville kunne stoppe opp i kvalitetsutviklingen etter at den var blitt godkjent. Det ble også reist bekymring for hva som ville skje med de minste BHT som ikke var store nok til å oppnå godkjenning. De fleste BHT har imidlertid selv ønsket seg en godkjenning for å slippe useriøse aktører. Funnene i både denne undersøkelsen og den som ble gjennomført for fire år siden tyder på at bekymringene ikke har slått til.

God BHT

Resultatene fra denne undersøkelsen tyder på at God BHT fortsatt har en ganske sentral posisjon i BHT i Norge. Nesten alle kjenner til verktøyet (92 %) og 64 prosent har brukt det. Verktøyet får gode tilbakemeldinger i den gjennomførte undersøkelsen. En mulig årsak til dette, og til at God BHT er aktivt i bruk, kan være den opplæringen som blant annet finner sted ved STAMIs grunnkurs for BHT. God BHT har siden innføringen i 1998, evalueringen i 2000 og etter revisjonen i 2012 hatt en bred forankring med deltakelse fra mange i BHT-miljøet, myndigheter, partene i arbeidslivet i tillegg til STAMI.

Arbeidsmedisinske veiledninger

De arbeidsmedisinske veiledningene har svært høy kjennskap (95 %) og også en svært høy andel av BHT som bruker dem i sin arbeids hverdag (85 %). STAMI og Fagsekretariatet har siden høsten 2009 vært involvert i revisjon og videreutvikling av de arbeidsmedisinske veiledningene på oppdrag fra Norsk arbeidsmedisinsk forening. Revisjonen er nå ferdigstilt, og de nye veiledningene er tilgjengelige via Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL) Arbeidsmedisin.

Om undersøkelsen

Svarandelen var 173 av 228 mulige BHT, noe som gir en svarprosent på 76. Dette må anses som bra for denne typen undersøkelser. Ved undersøkelsen i 2011 var svarprosenten omtrent den samme, men antallet BHT var større (241 i 2011 mot 173 i 2015).

– Spørreskjemaet som ble benyttet var et ikke validert spørreskjema. Dette skyldes at det ikke finnes noe validert spørreskjema om erfaringer med godkjenningsordningen. Spørsmålene ble utformet i samarbeid med BHT og godkjenningsordningen, og de ble testet på en liten gruppe BHT i forkant av undersøkelsens gjennomføring. Dette har, mener vi, bidratt til den høye kvaliteten på de innkomne svarene. Et utvalg av spørsmålene benyttet i 2011, ble gjentatt i 2015, og svarene var ganske like ved begge tilfellene – sier Arve Lie ved Fagsekretariatet for BHT på STAMI.

KONTAKT:

[Arve Lie](#) [Odd Bjørnstad](#)

[Kvalitet i BHT 2015 rapport 280115.pdf](#) (klikkbar lenke)

Referansekode i 'Helserådet': ARB 2015 -12. Stikkord: Bedriftshelsetjeneste.

Fra nettstedet klikk.no:

(Red. ann: flere av lenkene i denne artikkelen samt i den resterende delen inneholder mye reklame som 'Helserådet' selvsagt ikke tar stilling til)

Inneklima

Her er hva som skal til for et godt inneklima.

Har du noen gang tenkt over hva som gjør at du titt og ofte får hodepine på jobb eller opplever tørrhetsfølelse i øynene hjemme i din egen stue?

Grunnen kan være **dårlig inneklima**.

- Et dårlig inneklima har vist seg å kunne føre til og forverre sykdom, helseplager og nedsatt funksjon av hukommelse, konsentrasjonsevne, læring og så videre, sier sertifisert yrkeshygieniker Camilla Solheim Adams hos Thelma Inneklima & Arbeidsmiljø AS og fortsetter:

- Et **godt inneklima** er med på å gi grunnlag for god helse, normal funksjon, trivsel og livskvalitet.

Og helseplagene av dårlig inneklima er ikke få.

- Hodepine, tretthet, ulike luftveisinfeksjoner, tung i hodet, tett, irritert og rennende nese samt tørre og irriterte øyne er dessverre kjente problemer ved dårlig inneklima, sier seniorrådgiver Marianne Bjerke for avdeling miljø og helse i Helsedirektoratet og legger til:

- Også konsentrasjonsproblemer i jobb og undervisning.

Barn mer sårbare

Godt inneklima er viktig for folkehelsen uansett alder, men barn er mer sårbare enn voksne.

- Grunnlaget for god helse legges i barnealder og det er viktig å gi barn en god start på livet, sier Bjerke.

Dårlig inneklima er spesielt ille for de som har astma, allergi eller annen overfølsomhet. Flere og flere får disse sykdommene, og forskning viser at grunnene til det i sterkere grad [kan knyttes til miljøfaktorer](#).

- Både barn og voksne med astma og allergi trenger et godt inneklima for å unngå forverringer. Astma og allergi har vært økende hos barn de siste tiår, og dårlig inneklima kan være en av grunnene til dette, sier Bjerke.

Inneklimaets fem faktorer

Verdens Helseorganisasjons har definert innemiljø gjennom fem inneklimafaktorer, med tillegg av estetisk og psykososialt miljø.

Termisk miljø: Romlufttemperatur, omgivende flaters temperatur, luftfuktighet, lufthastighet og trekk, påkledning og aktivitetsnivå.

Atmosfærisk miljø: Gasser/damper, lukter og partikler i lufta vi puster inn, som for eksempel: bakterier, pollen, muggsopp, husstøvmidd og rester av dødt stoff som hudavfall, flass og middrester. Kjemiske stoffer som avdamping fra rengjøringsmidler og lim, stekeos og lukt fra matlaging.

Aktinisk miljø: Naturlig lys/elektrisk belysning. Lysstyrke, blending, reflekser. Radongass fra grunnen. Elektriske og magnetiske felt.

Akustisk miljø: Lyd og lydoppfattelse; støy og vibrasjoner, lydoverføring og etterklangstid.

Mekanisk miljø: Gulv (sklisikkerhet), innredningens tilpasning til brukerne, påvirkning fra de fysiske omgivelser. Ergonomi, sittestillinger og utforming av arbeidsplassen.

- Legger vi til estetisk miljø (pent/stygt) – alt som innvirker på våre sanser, (syn, hørsel, lukt, smak, berøring og likevekt) vanligvis med hovedvekt på synsinntrykk, og psykososialt miljø – mellommenneskelige forhold og sosialt miljø, får vi innemiljø.

Kilde for Inneklimaets fem faktorer: Kai Gustavsen, fagsjef for inneklima, HMS og miljørettet helsevern hos Norges Astma- og Allergiforbund.

Men hva kjennetegner et dårlig inneklima, og hva bør man gjøre for å oppnå et optimalt et? Det kan du lese ved å gå inn på hele artikkelen fra [klikk.no](http://www.klikk.no/bolig/rengjoring/article1507143.ece) ved å klikke her: <http://www.klikk.no/bolig/rengjoring/article1507143.ece>

Referansekode i 'Helserådet': INN 2015 – 2. Stikkord: Inneklimafaktorer. Innetemperatur.

Forskning.no 9.2.2015:

Mye å spare på å koble boligpolitikk med eldreomsorg

Norske kommuner kobler i liten grad boligpolitikk opp mot eldreomsorg når de planlegger. Forskere mener det er mye å spare på å gjøre nettopp det.

En artikkel fra [NOVA](#)

Presset på de kommunale eldreomsorgstjenestene vil øke fram mot 2040 som følge av at befolkningen blir eldre.

En mer aktiv satsing på ny velferdsteknologi, boligtilpasning og økt samarbeid med private vil kunne gi kommunene store økonomisk besparelser, mener forskerne bak en ny rapport fra Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (Nova).

Rapporten har kartlagt norske kommuners planlegging av bolig- og tjenestetilbudet for eldre.

– Kartleggingen vår viser at kommunene har ulik grad av fokus på sammenhengen mellom eldreomsorg og boligpolitikk i sine planer, forteller Nova-forsker Jardar Sørvoll.

– Kommunenes satsning på boligtilpasning og boligplanlegging for eldre er imidlertid så langt bare i startgropa eller på skissestadiet, sier Sørvoll.

Forskerne har analysert planer og strategier fra et utvalg på 30 norske kommuner fordelt etter størrelse. I tillegg ble det gjennomført intervjuer med sentrale representanter for kommunene Trøgstad, Marker, Skedsmo og Sveio.

Du kan se hele artikkelen fra [Forskning.no](http://forskning.no) ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/aldring-helsetjeneste-helseadministrasjon/2015/02/mye-spare-pa-koble-boligpolitikk-med-eldreomsorg>. Da får du også tilgang til hele den omtalte rapporten.

Referansekode i 'Helserådet': HPL 2015 -5. Stikkord: Eldreboliger. Eldreomsorg.

DAGENS
Medisin Oppdatert 09.02.15 Debatt

Kosthold, fettråd og troverdighet

Hvis kostholdspolitikken i Norge bestemmes av støtte til Høyres valgkamp, er jeg redd myndighetenes troverdighet blir ytterligere svekket.

Av Erik Hexeberg, lege dr. med, spes. indremedisin, Leder av Kostreform for bedre helse

I FLERE TIÅR anbefalte våre helsemyndigheter å bytte ut mett med transfett; og vi skulle spise myk margarin i stedet for meierismør. Dette rådet har vært fatalt: Det har bidratt til å gi tusenvis av nordmenn hjerte- og karsykdom.

Storingsrepresentant Ketil Kjenseth (V) stilte 19. desember 2014 et skriftlig spørsmål til helseministeren om dette. Da unnlot helseministeren å svare på spørsmålene som ble stilt – og dekket over hva myndighetene tidligere har rådet oss til.

Kjenseth henviste til en kronikk jeg skrev i Dagbladet 27. november 2014. Her påpekte jeg at det viktigste ernæringsrådet våre myndigheter har fremført i 50 år, er å redusere inntaket av fett til under 30 energiprosent (E%). Men i sitt svar later helseministeren som om man tidligere har gitt råd om å spise 25–35 prosent av energien som fett. Dette er en forvrengning av sannheten. Helt frem til desember 2013 har våre myndigheter anbefalt oss å redusere inntak av fett til under 30 E %. Dette fremkommer i publikasjonen «Utviklingen i norsk kosthold 2013», side 13: «Det anbefales at det totale fettinnholdet i kostholdet ikke bør gi mer enn 30 energiprosent ...».

FEIL RÅD. I nye råd fra mars 2014 var det plutselig helt greit med opptil 40 E% fett. Da må det jo bety at de gamle rådene var feil? Hvorfor ikke innrømme dette?

Helseministeren skriver at det er en del uenighet om fakta på kostholdsområdet. Det er ikke dette denne debatten dreier seg om. Den handler om at myndighetene har endret råd uten å kommunisere klart til befolkningen at de råd som tidligere ble gitt med vitenskapelig tyngde, var feil.

Helseministeren skriver: «Det er ikke riktig eller mulig for meg som politiker å bestemme hva som er vitenskapelig dokumentert eller er riktige kostråd. Dette må vurderes av, og fastsettes av, fagfolk (...). Jeg har imidlertid tiltro til det arbeidet som gjøres i regi av Helse- direktoratet, og at de kostrådene som direktoratet står for, er basert på best mulig viten fram til i dag».

BØR BEKLAGE. Helseministeren bør kunne se at når til og med våre myndigheter endrer rådene, betyr det at de råd som ble gitt i femti år, var feil. Det bør våre myndigheter beklage. Myndighetene fraråder nå mindre enn 25 E% som fett på grunn av sammenheng med sykdom. Mange som forsøkte å presse fettinntaket til under 30 E%, har kommet i skade for å spise mindre enn 25 E%.

Enda verre er våre helsemyndigheters håndtering av transfett i maten. I sitt svar til Kjenseth skriver Høie: «Det er overbevisende vitenskapelig dokumentasjon for at inntak av transfettsyrer har en ugunstig effekt på blodlipider som kolesterol og at de øker risikoen for hjertesykdom. (...) Den største kilden til transfett var dagligvare margariner fra 1970-årene, men norsk matindustri tok dette på alvor på midten av nittitallet og fjernet transfett fra margarinproduktene. Kostens innhold av transfettsyrer har siden 1970-årene minsket fra omtrent fire prosent til under en prosent av kostens energiinnhold ifølge anslag (...). Den betydelige nedgangen i kostens innhold av transfettsyrer fram til i dag kan ha medvirket til den store nedgangen vi har registrert i dødeligheten av hjerteinfarkt siden 1970-årene».

HVORFOR. Når skadevirkningene av transfett var velkjent for matindustrien allerede i 1990-årene, hvorfor måtte norske myndigheter vente til 2014 med å begrense mengden av transfett i matvarer? Skyldtes det at en ikke ønsket å synliggjøre at norske myndigheter hadde kommet i skade for å anbefale transfett ved å si at vi skulle bytte ut smør med plantemargariner? Eller skyldtes det at myndighetene hadde et så tett samarbeid med næringsmiddelindustrien at en ikke ville synliggjøre matindustriens ansvar for sykdom og død av hjerte- og karsykdom?

Det tok ti år fra Danmark etablerte begrensninger på transfett i maten til Norge fulgte etter. Hvorfor tok det så lang tid? Til tross for at

myndighetene i lang tid har visst at transfett er svært skadelig, har de i siste undersøkelse av nordmenns kostvaner ikke rapportert om inntaket av transfett (Norkost-3 med data fra 2010–11).

SUKKER. Til tross for at helseministeren påberoper seg manglende kostholdskompetanse, har han etablert en næringslivsgruppe på matområdet, og han skriver: «Etter at vi nå har hatt salt og merking av mat på dagsordenen i gruppen, vil fett og fettkvalitet være tema på neste møte, som skal være våren 2015.» Ja, det næringslivet som serverte oss transfett, er sikkert de beste rådgivere?

Er det noe helseministeren kan ta tak i, og som alle eksperter er enige om, er det tilsatt sukker. Nivået av dette er unødvendig høyt. Men næringslivsgruppen er kanskje ikke interessert i sukker?

Hvis kostholdspolitikken i Norge bestemmes av støtte til Høyres valgkamp, er jeg redd myndighetenes troverdighet blir ytterligere svekket.

Opgitte interessekonflikter:

Erik Hexeberg driver sammen med sin ektefelle Dr. Hexebergs klinikk i Sandvika. De er medeiere i Lavkarboklubben.no og driver sammen med to partnere Livsstilskurs AS, som holder livsstilskurs i Spania.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2015 – 15. Stikkord: Kostholdsråd. Transfett.

Forskning.no 10.2.2015:

- Burde aldri ha gitt kostrådene om fett

Det mener forskere som har oppsummert gammel forskning på fett og hjertesykdom. Men en norsk ekspert advarer mot å stole på de nye resultatene.



Ingrid Spilde Journalist

På 1970-tallet og 1980-tallet introduserte USA og Storbritannia kostholdsråd som fokuserte på fett:

Folk burde kutte ned på fete matvarer slik at toppen 30 prosent av kaloriene stammet fra fett. Andelen mettet fett, for eksempel fra melke- og kjøttprodukter, skulle ikke overstige 10 prosent.

Helsemyndighetene i Norge og mange andre land kom også med slike anbefalinger på denne tida.

Hensikten var å bekjempe et økende problem med hjerte- og karsykdommer i den vestlige verden. Og budskapet om mindre fett og mindre mettet fett har holdt stand nesten til i dag.

Men hva var det vitenskapelige grunnlaget for å komme med disse anbefalingene? Spør et team av amerikanske og britiske forskere.

Nå svarer de selv:

Kostrådene – som ble introdusert for 220 millioner amerikanske og 56 millioner britiske borgere – manglet støtte i såkalte randomiserte kontrollerte studier – RCT-studier. Denne typen studie anses som den beste forskningsmetoden for å undersøke effekten av et tiltak.

Fantes bedre studier

Helsemyndighetenes anbefalinger om lite fett var ikke tatt ut av lufta. I forkant av anbefalingene hadde flere studier vist at grupper av folk som spiste mye fet mat, ofte hadde høyere forekomst av hjerte- og karsykdommer.

Problemet med slike undersøkelser er imidlertid at de sjelden kan si noe om årsak og virkning. Er det fett som gir hjertesykdom? Eller har disse gruppene andre elementer i kosten eller levestil som kan være årsaken – som mye sukker, stress og røyking eller lite grønnsaker og mosjon?

Da kan de omtalte RCT-studiene gi sikrere svar, mener Zoë Harcombe fra University of the West of Scotland og de andre forskerne som står bak den nye samlestudien.

I dette tilfellet er det snakk om undersøkelser hvor forskere har påvirket en gruppe mennesker til å spise sunnere fett eller mindre fett, for så å sammenligne dem med en tilsvarende gruppe som fortsatte å spise som vanlig.

Og det fantes også slike studier tilgjengelig på 1970-tallet, da kostholdseksperter skisserte opp de velkjente fettrådene. Det er nettopp disse studiene Harcombe og co har gått igjennom.

– Skulle aldri blitt innført

Forskerne er ikke nådige i sin konklusjon:

Studiene viste ingen sammenheng mellom fett i kosten og antall dødsfall, hverken som følge av hjerte- og karsykdommer eller andre årsaker, skriver de.

Dette forskningsmaterialet var tilgjengelig for næringskomiteene den gangen. De burde ha tatt hensyn til resultatene, men gjorde det ikke, fortsetter forskerne og konkluderer:

– Studiene i denne forskningsoppsummeringen støtter ikke introduksjonen av anbefalingene om å redusere fett for å unngå hjertesykdom. Rådene trenger ikke bare en oppdatering, de skulle aldri ha blitt innført.

Fisk er ikke som piller

Men problemet er bare at også RCT-studier har mange svakheter innen ernæringsforskningen, mener Kjetil Retterstøl, professor i ernæringsvitenskap ved Universitetet i Oslo og medlem av Nasjonalt råd for ernæring.

– Den typiske RCT-studien er en undersøkelse hvor du gir én gruppe en pille med en nøyaktig mengde av et virkestoff, og en annen gruppe en narrepille. Det er samme standard i alle land. Og vanligvis klarer man fint å ta en pille i fem år eller mer, som ofte er nødvendig for å måle effekten på såkalte harde endepunkter som hjerteinfarkt og slag.

– Men sånn er det ikke når du for eksempel forsker på virkningen av fisk.

– Det er krevende å forandre spisemønster på en standardisert måte over så lang tid. Derved blir «dosen» av behandlingen vanskelig å standardisere og feilmarginene blir store.

– At folk i Norge spiser mer fisk og tilbereder den annerledes enn i Tyskland, blir også et metodeproblem, fordi økt fiskeinntak kan slå ut forskjellig i de to landene. Og placebofisken, den finnes ikke.

I mange slike studier er rådene om kostendring dessuten opprinnelig gitt i forbindelse med at man studerer noe annet, for eksempel brystkreft, sier Retterstøl.

– Men så har man brukt disse dataene i etterkant til å se på hjertesykdommer. Da har man ikke akkurat studert en gruppe mennesker som typisk står i fare for å utvikle hjerte- og karsykdommer.

– Den sikkerheten som du får i en RTC-studie av en pille, kan du ikke få i ernæring. Det er ikke mulig.

Siden mange studier har store feilmarginer, advarer Retterstøl også mot å stole på samlestudier, til tross for at nettopp slike undersøkelser på andre forskningsfelter anses som sikrere enn enkeltstudier.

– Personlig er jeg veldig skeptisk til slike analyser innen ernæringsvitenskapen. Jeg har sett tilfeller der to samlestudier basert på mange av de samme studiene, gir stikk motsatt konklusjon, sier han.

Faglig uenighet

I en slik situasjon er det neimen ikke lett å finne ut hva vi vet og ikke vet om matens innvirkning på helsa, uansett hva slags undersøkelser og forskere det er snakk om.

Det er heller ingen tvil om at forskerne selv også er uenige, både om hvordan gamle og nye resultater skal tolkes. Det er også et faktum at retningslinjene for fett i kosten er blitt endret i det siste: Det er ikke lenger et mål å holde fettandelen til maksimum 30 prosent av kaloriinntaket.

– Ernæring og helse er så komplisert å studere at det kan være krevende å finne fram til den vitenskapelige sannheten, sier Retterstøl, som likevel mener at det kanskje kan virke som om uenigheten er større enn den er.

Ernæringsprofessoren mener det beste er å forholde seg til de store konsensusuttalelsene som er basert på mye innsamlet data av ulike typer.

– Man må stole på at ekspertgruppene som Verdens helseorganisasjon eller helsemyndighetene i Norge har plukket ut er kompetente, sier han.

Referanse:

Z. Harcombe, J. S. Baker, S. M. Cooper, B. Davies, N. Sulthorpe, J. J. DiNicolantonio, F. Grace, [Evidence from randomised controlled trials did not support the introduction of dietary fat guidelines in 1977 and 1983: a systematic review and meta-analysis](#), Open Heart, februar 2015.

Dette er hele artikkelen fra Forskning.no. Du får også tilgang til den samt en del andre relaterte artikler ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/2015/02/burde-aldri-ha-gitt-kostradene-om-fett>.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2015 – 15. Stikkord: Kostholdsråd. Fett i kosten.

 **Helsedirektoratet** 9.2.2015

Barn og unge må beskyttes mot tobakk

Standardiserte røykpakker og snusbokser uten produsentenes logo og farger kan bidra til å forebygge at barn og unge begynner å røyke og snuse.

– Standardiserte pakninger er innført i Australia, og erfaringene derfra er gode. Det er også på vei i flere europeiske land, blant annet Storbritannia og Irland. Å beskytte barn og unge mot tobakk er kjernen i norsk tobakkspolitikk. En rekke restriktive tiltak er innført, nå

sist tobakksfri skoletid. Tiden er inne for å ta et nytt skritt, sier helsedirektør Bjørn Guldvog.

Med standardisert tobakkspakning menes lik utforming og format på merkingen av alle tobakkspakninger, slik at det ikke er tillatt med bruk av produsentenes egne logoer, varemerker, symboler, bilder, farger eller annen form for reklame. Emballasjen skal være ensfarget (brungrønn) og merkenavn skal være skrevet i en bestemt farge og ha en standardisert font, størrelse og stil.

Pakninger lokker unge

Røyking viser en nedadgående kurve i befolkningen, mens bruk av snus har vært sterkt økende blant unge, også blant unge kvinner. Tobakkskadeloven har et langsiktig mål om et tobakksfritt samfunn. For å nå målet er det avgjørende å redusere tobakkens tiltrekningskraft på barn og unge. De fleste som begynner med tobakk er mindreårige, og forskning viser at de undervurderer risikoen for å bli avhengige.

Tobakspakkens utseende er en viktig faktor for å tiltrekke seg nye brukergrupper, spesielt unge og kvinner. Den sterke økningen i snusbruk blant unge har kommet samtidig som at produsentene har introdusert nye bokser og smakstilsetninger. I 2014 var det rundt 100 snustyper i Norge, mot cirka 40 sigaretttyper.

– Vi ser at industrien legger til rette for produkter som appellerer til unge. Innpakning av tobakksvarer er en av de siste formene for tobakksreklame i Norge, sier helsedirektøren.

Guldvog påpeker at tobakksprodukter er i en særstilling og skiller seg klart fra andre lovlige produkter. Tobakksvarer er, i motsetning til for eksempel usunn mat og alkohol, helseskadelig uansett bruk.

I tråd med tobakkskonvensjonen

Norge var det første landet i verden som undertegnet WHO's tobakkskonvensjon (FCTC), som 180 land nå har sluttet seg til. Konvensjonen stiller krav til hvordan tobakksprodukter skal pakkes og merkes, og anbefaler landene å gjøre tobakspakkene mindre attraktive. Et nytt EU-direktiv presiserer at medlemsstatene ikke skal hindres i å innføre slik lovgivning.

– Vi har forpliktet oss internasjonalt til å redusere all tobakksbruk for å forebygge store folkesykdommer som hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft, sier helsedirektøren.

Fakta

Standardisert innpakning

- Tobakspakkene har lik farge og tilnærmet lik utforming. Røykpakker og snusbokser skal være brungrønne og ha lik skrifttype og merking.
- Produsentenes egne logoer, symboler, bilder, farger eller annen form for reklame er ikke tillatt.
- Undersøkelser viser at pakningsdesign fungerer som reklame og er viktig for å tiltrekke seg nye brukere, spesielt unge.
- Standardiserte tobakkspakninger ble innført i Australia i 2012, er under innføring i Storbritannia, Irland og New Zealand, og vurderes innført i Finland og Frankrike.
- Helseadvarslene på røykpakker vil uansett bli større som følge av et EU-direktiv som trer i kraft mai 2016. Helseadvarsel med bilde og tekst skal dekke minst 65 prosent av pakkens forside og like mye av baksiden.
- Forskning viser at design på røykpakker bidrar til å gi et feilaktig inntrykk av at noen produkter er mindre helseskadelige enn de faktisk er.
- Standardiserte pakker blir vurdert som mindre attraktive enn tilsvarende pakker med logo og merkevaredesign, spesielt av unge. De blir også vurdert å inneholde et produkt med dårligere kvalitet og dårligere smak.
- Det er indikasjoner på at helseadvarslene blir mer synlige med standardisert innpakning.
- Standardisert innpakning kan forsterke negative følelser knyttet til røyking og bidra til at flere ønsker å slutte.
- Studier etter innføringen i Australia viser at standardisert innpakning har effekt på holdninger til røyking, at det ikke har ført til negative konsekvenser for salgsbransjen eller økning i ulovlig handel.

Fakta

Ungdom og snus

- Den daglige snusbruken i befolkningen har gått opp de siste årene, og det ser i hovedsak ut til å skyldes økningen blant unge.
- Blant unge i alderen 16-24 år er det 18 prosent som sier at de snuser daglig. De 18 prosentene blant unge tilsvarer om lag 110 000 personer.
- Det er 23 prosent som bruker snus daglig blant unge menn, og 12 prosent blant unge kvinner. I tillegg bruker 8 prosent snus av og til, 10 prosent av unge menn og 6 prosent av unge kvinner.
- 9 prosent av den voksne befolkningen i Norge bruker snus daglig.

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Referansekode i 'Helserrådet': TOB 2015 -12. Stikkord: Tobakksinnpakning. Barn og unge.



Foto: Rebecca Ravneberg/Helsedirektoratet

Slik skal de gjøre det kult å gå med refleks

– Vi skal skape refleks som ser ut som helt vanlig stoff, men som fungerer som refleks i mørket, sier Moods of Norway-gründer Simen Staalnacke.

En artikkel fra [SINTEF](#) (klikkbar lenke)

Forrige uke skrev forskning.no at Moods of Norway er blant over **75 bedrifter som får forskningsmidler for å finne veier til omstilling**. (direkte klikkbar lenke)

Den kreative designerduoen skal forske på helt nye tekstilfibrer, for å integrere reflekser i moteklær. På motebransjens premisser.

Norge er jo et land med mørke store deler av året, både på dag- og kveldstid. Behovet for å bruke refleks i trafikkerte områder er derfor stort. Samtidig åpner refleks for helt nye typer klesdesign.

Standarder som ikke passer motebransjen

– Dagens refleksstandard er utformet for å gi maksimal synlighet av fritidsklær og arbeidstøy for det profesjonelle markedet. Disse standardene passer motebransjen dårlig og er kanskje den viktigste årsaken til at reflekser ikke er brukt i moteklær i dag, sier produktdesigner og forsker Tore Christian Storholmen i Sintef. Han skal lede prosjektet som har fått navnet *Reflect your moods*.

– Å bruke refleks reduserer risikoen for å bli skadd eller drept i fotgjengerulykker i mørket med 85 prosent. Til tross for det, bruker bare 25 prosent av fotgjengere i tettbygde strøk refleks, opplyser Storholmen.

Fakta om refleksbruk

I 2013 lå refleks-bruken på landsbasis på rundt 48 prosent på landevei. I tettbygde strøk ligger prosentandelen på 25, et tall som har vært stabilt de siste årene. Målet til Nasjonal tiltaksplan for trafikksikkerhet på veg, er å øke denne andelen til 40 innen 2018.

I perioden 2007-2012 døde 138 fotgjengere på norske veier, mens 535 ble hardt skadet. 35 prosent av alle fotgjengerulykker skjer i mørket. Uten refleks er man først synlig for en bilfører med kjøreløys på 25 meters avstand. Dette tilsvarer i et sekund, dersom bilen kjører i 80 km/t.

Med refleks er man synlig på 140 meters avstand dersom bilden bruker nærlys, og på 400 meters avstand dersom bilen bruker fjernlys.

Målet med forskningsprosjektet

- Utvikle en ny reflekstråd som oppfyller motebransjens krav til både komfort, estetikk, pris og slitestyrke. Dagens reflekstråder er basert på film som skjæres til. Dette gjør fibre grove og stive.
- Integre reflekstråden i moteklær, slik at den blir umerkelig i dagslys.
- Danne grunnlag for nye retningslinjer for bruk av refleks i andre klær enn arbeidstøy.
- Gjennomføre studier for å dokumentere tilstrekkelig reflekseffekt i moteklær.
- Utvikle logistikk og produksjon for småserie- og kundespesifikke løsninger – såkalt masseprodusert skreddersøm.
- Vurdere om noen prosesser f.eks. print kan tilpasses i butikk, for også å brukes på eksisterende plagg.
- Prosjektpartnere er Moods of Norway, Sintef, Farmhouse og det svenske tekstilinstituttet Swerea IVF.

Du kan se hele denne artikkelen fra [Forskning.no](http://forskning.no/naeringsliv-innovasjon/2015/02/moods-norway-vil-glimre-i-morket) ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/naeringsliv-innovasjon/2015/02/moods-norway-vil-glimre-i-morket>

Referansekode i 'Helserådet': SKA 2015 – 6. Stikkord: Refleks.



– Vi kan for eksempel designe en klassisk dress som vil fungere helt fint i formelle jobb-møter, men som har et vilt mønster eller kanskje et humoristisk budskap som bare synes på bilder eller på dansegulvet på discoen. Hvor kult er ikke det? sier motegründer Simen Staalnacke (til høyre, sammen med Peder Børresen). (Foto: Scanpix, Audun Braastad)

Ny EMA-vurdering af HPV-vaccinen: Fordelene er større end ulemperne

En sammenheng mellom svimmel- og træthedsyndromet POTS og Gardasil kan hverken bekræftes eller afkræftes. EU's ekspertgruppe for bivirkninger har foretaget en ny vurdering af vaccinen og vurderer den fortsatt som sikker.

Den nye vurdering fra EMA's bivirkningskomite, der består af lægemiddeleksperter på højeste faglige niveau, er interessant for Danmark, fordi Sundhedsstyrelsen har indberettet flere tilfælde af syndromet POTS, postural ortostatisk takykardi-syndrom, som mulig bivirkning til Gardasil. De danske indberetninger indgår dermed i EMA's sikkerhedsvurdering.

POTS-diagnosen er forholdsvis ny, og symptomene er blandt andet forhøjet puls og svimmelhed. Syndromet er set både hos yngre kvinder, der er blevet vaccineret med Gardasil, men også hos både mænd og kvinder, der ikke er vaccineret med Gardasil.

I Danmark er det primært Synkopecenteret på Frederiksberg Hospital, der diagnostiserer POTS, blandt andet ved brug af en særlig vippelejetest. Lægerne på Synkopecenteret har de seneste år til Sundhedsstyrelsen indberettet flere tilfælde af syndromet POTS, som en formodet bivirkning til HPV-vaccinen Gardasil.

En indberettet formodet bivirkning betyder ikke, at der nødvendigvis er sammenhæng mellem vaccinen og det, der opleves som bivirkninger ved vaccinen. Alle kan indberette bivirkninger via Sundhedsstyrelsens hjemmeside, og alt, der er indberettet som bivirkninger, fremgår af Sundhedsstyrelsens rapporter over formodede bivirkninger.

Sundhedsstyrelsen mener, at det er vigtigt at få undersøgt, om POTS kan være en sjælden bivirkning til Gardasil, eller om der i de konkrete tilfælde i stedet er tale om tidsmæssige sammenfald mellem vaccinen og syndromet. I 2013 bad Sundhedsstyrelsen derfor Frederiksberg Hospital om at udarbejde en rapport, der beskriver danske tilfælde. Denne rapport er sendt til EMA, hvor den nu, sammen med de danske indberetninger, er blevet vurderet af bivirkningskomiteen, som er nået frem til, at sammenhængen mellem POTS og Gardasil på nuværende tidspunkt hverken kan be- eller afkræftes.

Konklusionen er interessant for Danmark, fordi der i de seneste år både i de etablerede medier og på de sociale medier har været en debat om Gardasils mulige sammenhæng med POTS. Synspunktet om, at vaccineprogrammet burde sættes i bero, indtil sammenhængen kan be- eller afkræftes, fremhæves ofte.

Det er imidlertid vigtigt at understrege, at selv hvis POTS var blevet anerkendt som mulig bivirkning til Gardasil, er det Sundhedsstyrelsens vurdering, at EMA ikke ville trække vaccinen tilbage. Vaccinen ville heller ikke blive taget ud af det danske børnevaccinationsprogram, da forebyggelse af mange hundrede kræfttilfælde om året overstiger ulemperne ved de indberettede formodede bivirkninger (se faktaboks nederst). POTS ville dog komme til at fremgå af indlægssedlen, som en mulig, men sjælden bivirkning til vaccinen.

Sundhedsstyrelsen anbefaler fortsat HPV-vaccinen på linje med både WHO, den amerikanske sundhedsstyrelse FDA og EMA, da fordelene ved en forebyggelse af livmoderhalskræft, som er en dødelig sygdom, fortsat er større end risikoen for at få bivirkninger af vaccinen.

FAKTA

- Der er i alt pr. 30. september 2014 indberettet 33 tilfælde af POTS som mulig bivirkning til Gardasil i Danmark (i perioden 2006-2014). Det har dog ikke været muligt at dokumentere sammenhængen mellem vaccinen og POTS.
- Der er på nuværende tidspunkt vaccineret over 480.000 danske kvinder med Gardasil.
- Der er på verdensplan indberettet i alt 66 tilfælde af POTS pr. 30. september 2014. Der er på verdensplan vaccineret ca. 55 mio. mennesker.
- Ca. 370 danske kvinder får årligt diagnosen livmoderhalskræft.
- Ca. 100 danske kvinder dør årligt af livmoderhalskræft.
- Ca. 6.000 opereres årligt for forstadier til livmoderhalskræft.
- Mere end 8.000 må leve med diagnosen livmoderhalskræft.
- I Europa er der anvendt ca. 33 mio. doser og vaccineret ca. 11 mio. mennesker.

Relateret indhold (alle er direkte klikkbare)

- [1. Fakta om POTS og Gardasil](#)
- [2. Sundhedsstyrelsens samarbejde med EMA og Synkopecenteret på Frederiksberg Hospital](#)
- [3. Indsatser i forbindelse med bivirkninger til HPV-vaccinationen](#)

Referansekode i 'Helserrådet': TSS 2015 – 63. Stikkord: HPV-vaksine. Vaksinebivirkning.



Spiral og p-stav blir gratis eller rimeligere for unge kvinner

(Red. anm.: Denne saken er også omtalt i 'Helserrådet' nr. 5/15, side 14)

Bidragsordningen for prevensjon til unge kvinner er utvidet til å inkludere både spiral og p-stav, noe som vil gjøre spiral og p-stav gratis eller mye rimeligere. Samtidig kan unge kvinner nå få p-pillar for et halvt år av gangen.

Stortinget har vedtatt å utvide ordningen med bidrag til prevensjonsmidler til kvinner mellom 16 og 20 år fra 1. januar 2015. Langtidsvirkende prevensjonsmetoder som p-stav og spiral er dermed inkludert i ordningen. I tillegg er det åpnet for utlevering av inntil halvt års forbruk av p-pillar av gangen.

– Spiral og p-stav vil nå bli enten mye rimeligere eller gratis for unge kvinner, og dermed gi flere unge kvinner mulighet til en sikrere prevensjon, sier avdelingsdirektør Ellen Margrethe Carlsen i Helsedirektoratet.

Anbefaler langtidsvirkende reversible prevensjonsmetoder

Internasjonale kunnskapsoppsummeringer anbefaler økt anvendelse av langtidsvirkende prevensjonsmetoder, som p-stav, hormonspiral og kobberspiral. Langtidsvirkende metoder har ofte færre brukerfeil og høyere sikkerhet mot graviditet.

– Selvbestemt prevensjon skal være et hovedprinsipp ved prevensjonsveiledning. Alle bør derfor få et så bredt tilbud som mulig å velge mellom, slik at hver enkelt kan benytte den metoden som passer best, sier Carlsen.

Bidragsordning for prevensjon

Kvinner mellom 16 og 20 år får dekket prevensjonsmidler som P-piller, P-plaster, P-sprøyte, P-ring, P-stav, hormonspiral og kobberspiral. Det årlige bidragsbeløpet for p-produkter for kvinner fra 1. januar 2015 er 108 kroner for 3 måneder, 216 kroner for 6 måneder eller 432 kroner for ett år. Hvor mye man skal betale selv, avhenger av hvilket produkt man bruker og alderen til kvinnen.

Alder	Nexplanon	Mirena	Jaydess	Kobberspiral
16	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis
17	Gratis	Gratis	Gratis	Gratis
18	277 kr	306 kr	206 kr	Gratis
19	709 kr	738 kr	638 kr	368 kr

Summene i tabellen tar utgangspunkt i priser på prevensjonsmidlene per januar 2015.

Fakta

Hvem kan bruke langtidsvirkende prevensjon (spiral og p-stav)

- kvinner uavhengig om de har født eller ikke
- kvinner som ammer
- kvinner som har tatt abort – umiddelbart etter
- kvinner med KMI (kroppsmasseindeks) mer enn 30
- kvinner med diabetes
- kvinner med migrene
- kvinner med kontraindikasjon på østrogen
- kvinner med hiv

Se også [temasider seksuell helse](#) (direkte klikkbar lenke).

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2015 – 11. Stikkord: Prevensjon. Spiral. P-stav.

Nytt fra www.fhi.no



Trendrapport 2015: Utviklingstrekk og utfordringer på det internasjonale vaksinefeltet

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113814>.

2014 vil bli husket som året da ebola for alvor ble en global utfordring. Arbeidet med å utvikle og produsere en vaksine mot ebola dominerte det internasjonale vaksinearbeidet i årets siste måneder. Samtidig står verden fortsatt overfor utfordringer knyttet til kjente sykdommer som polio og meslinger.

Siden årsskiftet 2010/11 har Folkehelseinstituttet skrevet årlige «trendrapporter» om vaksiner for NORAD. Rapportene tar for seg det siste årets utviklingstrekk på vaksinefeltet, med fokus på lav- og mellominntektsland. Temaene omfatter:

- fremdrift i arbeidet med å få kontroll med sykdommer som poliomyelitt og meslinger
- endringer i vaksinasjonsprogrammene
- spesielle problemer knyttet til vaksiner og vaksinasjon i året som har gått
- suksesser og tilbakeslag i arbeidet med å utvikle nye, viktige vaksiner

Utfordringer og lyspunkter

Trendrapport vaksiner 2015 beskriver utfordringer i det internasjonale vaksinearbeidet i 2014 og hvordan disse kan påvirke arbeidet i 2015. Det største problemet på vaksinefeltet er at en rekke land har så mange andre utfordringer at vaksiner ikke oppnår tilstrekkelig politisk prioritering. De fleste verdensdeler har fortsatt en lang vei å gå før meslinger og røde hunder (rubella) er eliminert, på tross av at dette er et uttalt mål. I Pakistan, Afghanistan og flere afrikanske land fører uroligheter og økonomiske problemer også til manglende kontroll over poliosituasjonen. Men det finnes også positive aspekter: Vaksineproduksjonen i verden øker, noe som gir tilgang til flere og billigere vaksiner. Og vaksiner mot denguefeber og malaria vil sannsynligvis snart få markedsføringstillatelse, noe som kan hindre mange dødsfall.

Rapporten har egne kapitler om økonomiske utfordringer, valg av kikhstevaksine i lav- og mellominntektsland, utvikling av ny hiv-vaksine og problemer knyttet til bruk av prekvalifiserte vaksiner som er produsert i lavinntektsland. Den vil være nyttig for alle som har Norges innsats på det internasjonale vaksinefeltet som en del av sitt arbeidsfelt.

Publisert: 02.02.2015, endret: 02.02.2015, 13:36 Hanne Nøkleby

Se også: (lenken er direkte klikkbar)

- [Trendrapport vaksiner 2015. Viktige spørsmål og utviklingstrekk knyttet til vaksiner og vaksinasjonsprogrammer](#)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 62. Stikkord: Vaksiner. Vaksinasjonstrender.

Oppdatert på vaksiner?

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113879>.

Folkehelseinstituttet har flere tjenester hvor du som er helsearbeider får hjelp til å holde deg oppdatert på vaksiner og vaksinasjon.

Ved å abonnere på nyheter fra temaområdet Vaksiner og vaksinasjon på fhi.no får du førstehånds kjennskap til de vaksinesakene som Folkehelseinstituttet legger ut på sine nettsider.

- [Abonner på nyheter og RSS feeds fra Folkehelseinstituttet](#) (klikkbar lenke)

Er du bruker av Vaksinasjonsboka, finner du oppdatert versjon på nettet. Har du behov for å lese boka på mobil eller nettbrett kan du laste ned appen "fhi-veiledere" og benytte denne.

- iPhone og iPad: App Store
- Android: GooglePlay

Som helsearbeider kan du også be om vaksinefaglige råd ved å sende en e-post til vaksine@fhi.no, eller ringe rådgivningstelefonen 21 07 70 00 mandag–fredag kl. 13.00–14.30.

Følg gjerne Folkehelseinstituttet på Facebook og Twitter for nyheter fra alle våre fagområder. Se lenker øverst til høyre.

FHI veileder app

I FHIs nye app finner du nettbaserte veiledere og får varsler om viktige oppdateringer på mobilen eller nettbrettet ditt: <https://itunes.apple.com/no/app/fhi-veiledere/id840797590?mt=8&ign-mpt=uo%3D4>



Publisert: 05.02.2015, endret: 05.02.2015, 10:44

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 65. Stikkord: Vaksinasjonsstatus.

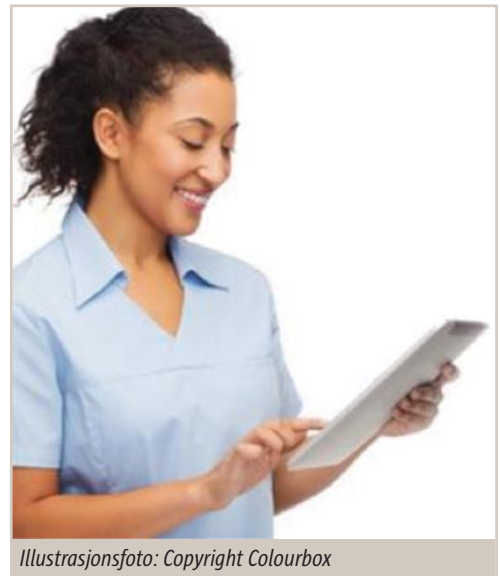
Vaksinedagene 2015

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113622>.

Vaksinedagene 2015 holdes 24.-25. september på Hotel Bristol, Kristian IVs gate 7, i Oslo. Sett av datoene. Årets Vaksinedager blir det 10. i rekken.

Møtet vil være nyttig for helsesøstre, helsestasjonsleger, barneleger, allmennleger, smittevernleger og annet smittevernpersonell i kommunene.

Vaksinedagene søkes godkjent av Legeforeningen som valgfritt kurs/emnekurs (15 timer) og av Sykepleierforbundet som to dagers meritterende kurs for klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie.



Illustrasjonsfoto: Copyright Colourbox

Informasjon om program og påmelding kommer på www.fhi.no.

Publisert: 21.01.2015, endret: 04.02.2015, 14:17

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 66. Stikkord: Vaksinedager.

Opplysninger til deltakere i Meningokokk B-vaksinestudier

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=110586>.

Fra 1988 til 1992 ble den store beskyttelsesstudien med vaksine mot meningokokk B-sykdom (smittsom hjernehinnebetennelse) gjennomført i Norge. Flere av deltakerne i denne studien har i ettertid ønsket å få vite om de fikk vaksine eller placebo. Her får du vite hvilke opplysninger Folkehelseinstituttet trenger for å finne dette ut for deg.

Folkehelseinstituttet har databaser med opplysninger fra Meningokokk B-studiene. Her kan man finne ut om en bestemt person har fått vaksine eller placebo, og hvilken dato disse dosene er satt. Opplysningene i databasen er basert på innsendt informasjon fra skolene/kommunene som deltok i studiene.

For at du skal få svar på din henvendelse angående deltakelse i disse studiene, må du:

- Sende en forespørsel i form av et brev (av sikkerhetsmessige grunner kan ikke Folkehelseinstituttet gi ut opplysningene på e-post)
- Oppgi fullt navn, fødselsnummer (11 siffer) og ved hvilken skole vaksinen ble gitt.

Folkehelseinstituttet har ikke opplysninger knyttet til enkeltindivider fra alle vaksinestudiene i Forsvaret, men dersom preparatnummer, dato for vaksinasjon, navn og fødselsnummer oppgis kan vi opplyse om det ble gitt vaksine eller placebo. Preparatnummeret finnes i Vernepliktsboka den menige skal ha fått, eller opplysningene kan fås ved henvendelse til Vernepliktsverket.



Illustrasjonsbilde. Copyright: Colourbox

Folkehelseinstituttet har inntil 30 dagers behandlingstid for slike henvendelser, så det må påregnes noe ventetid før svaret kommer.

Hvem deltok i studiene?

Deltakerne i studien var elever som gikk på ungdomsskolen i 1988 eller 1989, dvs. hovedsakelig personer fra årskullene født 1973 – 1976, men elever som begynte et år for tidlig eller et år for sent på skolen kan også ha vært med.

Omtrent halvparten av alle deltakerne fikk vaksine, og den andre halvparten fikk placebo. Studien ble organisert slik at hele skoler fikk det samme, enten vaksine eller placebo. Deltakerne som i utgangspunktet fikk placebo ble i 1991/92 tilbudt reell vaksine.

Det ble senere utført noen mindre utprøvinger med samme vaksine i enkelte ungdomsskoler i Osloområdet, i henholdsvis 1993 og 2001.

I tidsrommet 1988 - 1991 ble denne vaksinen også utprøvd i Forsvaret ved ulike militærleire.

Ikke økt forekomst av ME blant vaksinerte

Det er i ettertid utført en studie om forekomsten av ME (myalgisk encefalopati) blant personer født i årene 1972-1977 som har fått denne vaksinen, sammenlignet med personer i samme alder som ikke har fått vaksinen. Resultatene av studien viser at det ikke er høyere forekomst av ME blant de som fikk vaksinen enn i befolkningen generelt. Det kan ikke påvises noen sammenheng mellom vaksinen mot meningokokk B-sykdom og ME på befolkningsnivå, men forskerne kan ikke utelukke at enkelte pasienter har fått ME etter vaksineringen.

Se også:

Rapport 2008:11 Myalgisk encefalopati (ME) og vaksine mot meningokokksykdom (lenken lar seg dessverre ikke åpne)

Søknad om erstatning?

Personer som ønsker å søke om erstatning på grunn av lidelser eller plager de mener kan skyldes meningokokk B-vaksinen, må henvende seg til Norsk pasientskadeerstatning. Folkehelseinstituttet har ingen rolle i mottak eller vurdering av eventuelle erstatningskrav.

Se også:

- Historien om den norske meningokokk B-vaksinen MenBvac (direkte klikkbar lenke)

Publisert: 09.02.2015, endret: 11.02.2015, 06:54

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 69. Stikkord: Meningokokk-infeksjoner.

Oppfordrer til kampanje mot hodelus

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=103977>.

Folkehelseinstituttet oppfordrer alle landets skoler og barnehager til å arrangere kampanjer mot hodelus i uke 10, det vil si uken 2. til 8. mars. Hodelus er et stadig tilbakevendende problem i skoler og barnehager landet over. Dersom sjekk og behandling for lus skjer samtidig, ser det ut til å redusere antall hodelustilfeller over tid.

Hvordan gjennomfører man en hodeluskampanje?

Bruk lusekam når du sjekker for hodelus (Foto: Preben Ottesen)
Kampanjen kan gjennomføres ved at skoler og barnehager informerer foreldre og foresatte om hvordan man sjekker for og behandler hodelus. Man kan spesifikt oppfordre foreldre og foresatte til å foreta lusesjekken helgen 6.-8. mars, med fortløpende behandling dersom det er nødvendig. Hele familien bør undersøkes.

Instituttet har laget en brosjyre som barnehager og skoler kan bestille gratis og dele ut:

- [Hodelus](#) (klikkbar lenke) - brosjyrer og annen informasjon

Spørsmål og svar om lus i skole og barnehage

Må barnet sendes hjem fra skole/barnehage straks det oppdages at barnet har lus?

Nei, det er ikke nødvendig å sende barnet hjem da det trolig har hatt lus i lang tid, gjerne flere måneder. Flett gjerne håret eller benytt et skaut, lue eller annet tettstående hodeplagg for å redusere smittefaren.

Når kan barnet begynne på skolen/barnehagen igjen?

Barnet skal begynne på lusekur (se under behandling om anbefalt lusekur) så fort som mulig. Dagen etter den første kuren kan barnet sendes til barnehage/skole.

Må skolen/barnehagen stenge?

Nei, det er ikke nødvendig å gi undervisningsfri for berørte klasser eller stenge avdelinger i barnehagen. Kroppsøvings- og svømmetimen kan også gå som normalt.

Skal helsesøster sjekke og behandle alle på skolen for lus?

Nei, det er foreldrenes ansvar å sjekke og behandle barna for lus. Helsesøster skal være tilgjengelig for råd og veiledning. Hun kan eventuelt hjelpe til med behandling hvis enkelte pårørende ikke viser vilje til å bli kvitt hodelusa.

Hva bør skolen/barnehagen gi av informasjon til hjemmet?

Det er lurt å dele ut et faktaark om hodelus og behandling til den berørte klassen/avdelingen eller hele skolen/barnehagen. Barna bør også informeres om hvordan lus smitter. Identiteten til de barna som har hodelus skal ikke oppgis av skolen/barnehagen.

Har foreldre plikt til å opplyse om at barnet er smittet av lus?

Nei, men det er i alles interesse at skolen/barnehagen og spesielt foreldre til nære skole- eller fritidsvenner får vite når et barn har hodelus. Sannsynligvis er også noen av vennene smittet, og barnet kan raskt bli smittet på nytt etter at det har tatt lusekur.

Må klær og annet personlig utstyr tas med hjem dersom det oppdages lus på barn i barnehagen eller skolen?

Nei, det unødvendig å ta med dette hjem siden smitte fra slike gjenstander er svært usannsynlig.

- [Andre spørsmål og svar om hodelus](#) (klikkbar lenke)

Se også:

- [LusfriNorge](#)

Publisert: 25.02.2015, endret: 25.02.2015, 09:52

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 - 67. Stikkord: Hodelus.



Bruk lusekam når du sjekker for hodelus (Foto: Preben Ottesen)

Oppdatert om skadedyr

Red. innledning: Folkehelseinstituttet oppdaterer regelmessig sine hjemmesider med nyhetsbrev om skadedyr. Nedenfor følger klikkbare lenker til en del slike oppdateringer. De artiklene som har dannet utgangspunktet for oppdateringene, er tidligere gjengitt i 'Helse-rådet'

[Flått og flåttbårne sykdommer – årsrapport for 2013](#)

[Meld fra om du opplever svømmekløe i sommer](#)

[Overvåking av sykdommen borreliose](#)

[Vaksinasjon mot skogflåttencefalitt \(TBE\) \(lenken lar seg ikke åpne\)](#)

Referansekode i 'Helse-rådet': TSS 2015 -68. Stikkord: Skadedyr.

På med kondom

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113882>.

Forekomsten av seksuelt overførbare infeksjoner i Norge er høy og kondombruken blant ungdom er lav. Folkehelseinstituttet lanserer kortfilmen «Om mann og mus».

– Det viktigste du kan gjøre for å beskytte deg mot seksuelt overførbare infeksjoner er å bruke kondom, sier seniorrådgiver Hilde Kløvstad ved avdeling for infeksjonsovervåking i Folkehelseinstituttet.

Ungdom vet nok mye om hvorfor det er viktig å bruke kondom, men mange velger likevel å la være.

– Ved å bruke kondom viser du at du er opptatt av din egen og partnerens helse. Å vise ansvar kan fremstå som noe attraktivt, sier Kløvstad.

Folkehelseinstituttet lanserer kortfilmen «Om mann og mus». Målgruppen er ungdom og kan brukes i undervisning og spredning på sosiale/digitale medier. Filmen viser kondom som et smart valg, og budskapet er kort og godt: Bruk kondom! (tilgang: se original-artikkelen, ref. ovenfor).

Publisert: 05.02.2015, endret: 04.03.2015, 12:04

Referansekode i 'Helse-rådet': SEX 2015 – 12. Stikkord: Prevensjon. Kondom.

Føflekkreft øker, bør utrede solarieforbud

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113848>.

Konsekvensene av et forbud mot solarier i Norge bør utredes, mener en faggruppe ved Folkehelseinstituttet som har skrevet en kunnskapsoversikt om føflekkreft. På verdensbasis er det bare New Zealand som har høyere dødelighet av føflekkreft enn Norge.

Rapporten med kunnskapsoversikten er et svar på et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2014. Bakgrunnen er økende forekomst og dødelighet i Norge.

Rapporten fra Folkehelseinstituttet tar for seg forekomst, årsaker og forebyggende tiltak.

Ti-dobling i antall nye tilfeller

I Norge registreres det årlig omtrent 1550 nye tilfeller av føflekkreft, like mange hos kvinner som hos menn.

Når man sammenligner perioden 1953 til 2012, har det vært en ti-dobling i antall nye tilfeller sett i forhold til befolkningens størrelse. Antall nye tilfeller er dobbelt så høy i sørlige som i nordlige fylker. Det er betydelig høyere antall tilfeller blant personer over 65 år.

I Europa er det bare Sveits og Danmark som har høyere insidens enn Norge.

Norge har verdens høyeste dødelighet av føflekkreft etter New Zealand. Det dør over 300 personer hvert år i Norge av denne sykdommen. Omtrent 0,5 prosent av den totale sykdomsbyrden i Norge kan tilskrives føflekkreft.



Illustrasjonsbilde: Colourbox.com

Årsak til økningen er mer soling og ultrafiolett stråling

Hovedårsaken til økningen i føflekkreft de siste tiårene er endringer i befolkningens eksponering for ultrafiolett stråling. Solbrenthet er en indikator for sterk stråling.

Antallet og typen av føflekker hos en person påvirker risikoen for kreft.

Personer med blondt eller rødt hår har høyere risiko for sykdommen enn personer med mørkt hår.

Bruk av solarier øker risikoen for føflekkreft.

Arvelige faktorer har betydning for hvem som blir syke. I dag vet man noe om disponerende gener, men ikke tilstrekkelig til at det har betydning for forebyggende arbeid.

Solbeskyttelse viktig, solarieforbud bør utredes

Den forebyggende gevinsten ved bruk av solkrem er omdiskutert. Det er vanskelig å vise effekt av informasjonskampanjer.

Likevel er gjentatt informasjon om solbeskyttelse et viktig tiltak. Søking mot skygge, bruk av beskyttende klær, pauser fra soling og bruk av solkrem er alminnelige anbefalinger.

Måltrettede tiltak i skoler, barnehager og for andre grupper som er særlig utsatt, bør innføres på en slik måte at effektene kan evalueres. Forbud mot solarier er gjennomført i andre land. Konsekvensene av et forbud i Norge bør utredes, heter det i rapporten.

Publisert: 03.02.2015, endret: 03.03.2015, 10:01

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2015 – 15. Stikkord: Solarier. Føflekkreft. Melanom.

Lag ditt eget informasjonsark på 40 språk med «Explain TB»

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113850>.

«Explain TB» er et internasjonalt dagnadsprosjekt for å få oversatt informasjon om tuberkulose til mange språk, slik at alle tuberkulosepasienter skal få informasjon de forstår.

Mange land og institusjoner, inkludert Folkehelseinstituttet i Norge, har bidratt med å oversette pasientrettede tekster som handler om undersøkelse, forebygging og behandling av tuberkulose. Tekstene er nå er samlet i en databank.

Fra nettsiden «explaintb.org» under fanen «handout» kan den enkelte helsearbeider lage et spesialtilpasset informasjonsark for sin pasient.

- [Nettsiden hvor du tilpasser informasjon om tb på flere språk](#) (direkte klikkbar lenke)

Man kan velge blant 23 tuberkuloserelaterte tema, for eksempel «smitteopp-sporing», «sputum undersøkelse» og «bronkoskopi». Deretter velger man to språk av 40 som teksten skal stå på, for eksempel norsk og mandarin. Så generer man informasjonsarket og printer det ut til pasienten.

Fordelen med at informasjonen står på to språk, er at helsearbeideren får den samme informasjonen som pasienten og kan sikre seg at det som står der stemmer med norske forhold. På de fleste områder er informasjonen lik for alle land, men på noen områder er det ikke helt samsvar mellom informasjonen i undervisningsopplegget og det som er vanlige tiltak i Norge.

For noen språk er det laget instruksjonsvideoer, og teksten er lest inn og kan lastes ned på app'er for smarttelefoner. (direkte klikkbare lenker)

- [App'er](#)
- [Instruksjonsvideoer på flere språk](#)

Publisert: 03.02.2015, endret: 03.02.2015, 17:20

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 - 64. Stikkord: Tuberkulose. Pasientveiledning.



Illustrasjonsfoto: Colourbox.com