

- Komplette innholdsfortegnelse
s. 2
- Mestring og muligheter – Den nye folkehelsemeldingen
s. 3
- Fire artikler om samhandlingsreformen
s. 5, 6, 7 og 8
- Fire artikler om eldreomsorgen
s. 8, 9 og 10
- Desember 1952: Da tåken kvalte London
s. 11
- To artikler om frivillighet
s. 19
- God kvalitet i barnehagen kan forebygge vansker
s. 27



Helserådet

INNHold NR. 7/15

Så er den her! Den nye folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter	3
Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet.....	5
Hva er vitsen med samhandlingsreformen?.....	6
Lokale samarbeidsavtaler	7
Til beste for hvem?	8
Synspunkter på kommunale akutte døgnplasser	8
Heia Toten!	9
To viktige artikler om eldreomsorgen i Norge	9
Rettigheter og realiteter i eldreomsorgen	10
Om betaling av helsehjelp til personer uten lovlig opphold i Norge	10
Tøff barndom slår tilbake	11
Vil ha egen utredning for prioritering i kommunen.....	11
Desember 1952: Da tåken kvalte London.....	11
Miljømedisinskurs: kurs for leger og miljørettet helsevern.....	12
-Mindre melk kan gi bedre helse hos samer	14
Danske Sundhedsstyrelsen: Nye råd om mat til spedbørn	15
Fremdeles uenige om bisfenol A	15
Gi småbarn peanøtter for å unngå allergi	16
Hexebergs fatale transfettråd.....	17
Hva kan vi lære av demenslandsbyen?.....	18
Frivilligheten gir bedre folkehelse	19
Foreslår at kommunene skal få ansvaret for frivillighetssentralene	19
Høringsuttalelse – NOU 2014 – 12. Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten	20
Forskningsprosjekt skal få nordmenn til å gå mer	20
30 minutters spasertur kan redde arbeidsdagen din	21
Høyere dødelighet hos enker og enkemenn	21
Badstue bra for hjertet.....	22
Trappeskader kostet 92 milliarder dollar	22
Skrekkhistorie gir feil bilde av p-piller	23
Fem til ti barn døde av meslinger hvert år	23
Vaksinen mot polio utryddet sykdommen i Norge.....	24
Slår alarm om kikhosteutbrudd i Bergen.....	24

NYTT FRA WWW.FHI.NO, FOLKEHELSEINSTITUTTET

Ti tilfeller av botulisme hos injiserende rusmisbrukere i Oslo-området	25
Rotavirusvaksine til premature barn	26
Høyere risiko for emosjonelle plager blant innvandrerbarn	26
God kvalitet i barnehagen kan forebygge vansker.....	27

Helserådet

Nytt fra Helsebiblioteket, emnebibliotek samfunnsmedisin og folkehelse

Postboks 7004 St. Olavs plass, 0130 Oslo.

Utgiver: Helsebiblioteket, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

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

ISSN 0806 - 7457

Redaktør: Anders Smith, spes. i samfunnsmedisin, M. Sc. E-post: smi@helsebiblioteket.no. 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: Smog i London desember 1952. Artikkel se side 11.

Så er den her! Den nye folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter.



Meld. St. 19 (2014-2015)

Artikkel | Sist oppdatert: 26.03.2015

Regjeringen vil utvikle en folkehelsepolitikk som skaper muligheter og fremmer mestring. I Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter, presenteres ny politikk på områder som regjeringen mener ikke har vært tilstrekkelig prioritert eller som krever nye grep. Psykisk helse skal få en større plass i folkehelsearbeidet, arbeidet med å fremme en helsevennlig livsstil skal få en mer positiv vinkling og det skal utvikles en ny og moderne eldrepolitikk.

Bedre helse, men fremdeles utfordringer

Den norske befolkningen har god helse. Vi har i Norge lyktes med å forebygge og helbrede mange helseproblemer. Resultatet er at vi lever bedre og lenger enn noensinne. Men mange av oss vil vi i løpet av et langt liv oppleve en eller annen form for helsesvikt. Noen av oss kommer også til å leve hele livet eller store deler av livet med kroniske sykdommer eller funksjonsnedsettelse. Folkehelsearbeid handler derfor både om å redusere risiko for sykdom og om å fremme livskvalitet og trivsel, for eksempel gjennom deltakelse i sosialt fellesskap som gir tilhørighet og opplevelse av mestring.

De sosiale ulikhetene i helse er betydelige. Levealderen har økt mest i grupper med høy utdanning og inntekt og ført til større sosiale ulikheter i levealder. Det er fremdeles et stort potensial for å bedre helsen gjennom å utjevne sosial ulikhet i helse og redusere for tidlig død.

Psykisk helse i folkehelsearbeidet

Psykiske plager og lidelser er en av de største folkehelseutfordringene vi har i dag. Det er også bekymringsfulle utviklingstrekk som kan tyde på at det de siste tiårene har vært en økning i psykiske plager blant barn og unge. Det gjelder først og fremst depresjon og angst. Nesten en firedel av den voksne, norske befolkningen har en diagnostiserbar psykisk lidelse. Mellom en tredel og halvparten av befolkningen vil oppleve minst én periode med en diagnostiserbar psykisk lidelse i løpet av livet. Depresjon er den psykiske lidelsen som gir flest tapte leveår. Depresjon gir økt risiko for tidlig død som følge av hjerte- og karsykdom og infeksjonssykdom.

Det er like vanlig å få psykiske helseutfordringer i løpet av livet som fysiske.

I folkehelsearbeidet har det vært mest fokus på forebygging av somatisk sykdom og risikofaktorer som usunt kosthold, lite fysisk aktivitet, røyk og alkohol. Det er viktig. Men vi må også i folkehelsearbeidet ta inn over oss den store sykdomsbelastningen psykiske lidelser påfører befolkningen. Psykisk helse og somatisk helse henger også sammen. Vi må se på sammenhengen mellom psykisk og fysisk helse og hvordan de påvirker hverandre.

Regjeringen vil derfor likestille psykisk helse med fysisk helse i folkehelsearbeidet. Det er et mål at flere skal oppleve god psykisk helse og at de sosiale forskjellene i psykisk helse skal reduseres. Vi vil skape et samfunn som i større grad fremmer psykisk helse gjennom å legge mer vekt på forhold i omgivelsene som fremmer mestring, tilhørighet og opplevelse av mening. Tiltak for å fremme psykisk helse og forebygge ensomhet er derfor en viktig del av folkehelsepolitikken. Regjeringen vil i samarbeid med frivillig sektor mobilisere til en felles innsats for å forebygge ensomhet og bidra til sosial støtte. Vi vil i samarbeid med KS sette i gang et utviklingsarbeid med sikte på å etablere et program for folkehelsearbeid i kommunene. Programmet skal ha vekt på psykisk helse og rusforebyggende arbeid rettet mot barn og unge.

Helsevennlige valg

Regjeringen vil at det skal bli enklere å velge helsevennlig. Det innebærer at folk beholder friheten til å velge samtidig som de helsevennlige valgene gjøres mer attraktive og lettere tilgjengelig. Norge skal redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft med 25 prosent innen 2025. Skal vi nå dette målet må fordelene ved økt fysisk aktivitet og gode kostvaner formidles på en enklere og bedre måte. For personer som ikke beveger seg mye vil selv en liten økning i aktivitetsnivået gi en betydelig helsegevinst i form av redusert sykdomsrisiko, bedre livskvalitet og økt funksjonsevne. En liten endring i kosthold, for eksempel å velge produkter som er nøkkelhullsmerket, vil kunne gi helsegevinst. Det er nødvendig å tenke nytt samtidig som eksisterende virkemidler videreføres og utnyttes mer effektivt. Alle sektorer skal legge til rette for helsevennlige valg. Regjeringen vil ha mer fysisk aktivitet i skolen og støtte opp under tiltak for å skape gode mat- og måltidsvaner i skolen. Tobakk skal gjøres mindre attraktivt for barn og unge og arbeidet med hjelp til røyke- og snusslutt skal styrkes. Kommunene skal få støtte til arbeidet med en ansvarlig alkoholhåndtering.

Aktive eldre

Regjeringen vil sette aktive eldre på dagsorden i folkehelsepolitikken og integrere perspektivet på tvers av politikkområder. Aldringen av befolkningen berører alle samfunnsområder. De demografiske endringene er sammen med klimautfordringene, den teknologiske utviklingen og mer etnisk mangfold, faktorer som endrer samfunnet vårt. Eldre må bli en naturlig del av alle samfunnsarenaer, også arbeidslivet. Da trenger vi en holdningsendring til eldre i befolkningen.

Regjeringen vil høsten 2015 legge fram en strategi for en moderne eldrepolitikk. En moderne eldrepolitikk handler både om å sikre velferden for fremtiden, og om at individene skal ha rett og mulighet til å delta på alle områder i samfunnet. Det er viktig å få fram kunnskap om sammenheng mellom arbeid, aktivitet og helse og synliggjøre betydningen av helsefremmende og forebyggende arbeid for sunn og aktiv aldring.

Dagens og morgendagens eldre har bedre helse enn tidligere generasjoner og vil være viktige bidragsyttere i arbeidslivet og sivilsamfunnet. Mange eldre ønsker å delta, derfor vil regjeringen legge til rette for at eldre kan jobbe lengre og delta mer aktivt i samfunnet. Aktive eldre er bra både for den enkeltes helse og trivsel, og for å sikre velferden for framtidige generasjoner.

Samarbeid for bedre folkehelse

Folkehelsepolitikken er et ansvar på tvers av sektorer og samfunnsområder. Hvis vi skal møte folkehelseutfordringene er vi nødt til å samarbeide. Svært mye av det som virker inn på helsen i befolkningen skjer utenfor helsesektoren. Regjeringen vil bygge videre på den tverrpolitiske enigheten om de overordnede målene og de lange linjene i folkehelsepolitikken. Gode levekår og sosial inkludering er fundamentet for å nå målet om flere leveår med god helse og reduserte helseforskjeller. Sentrale elementer er grunnleggende økonomisk trygghet, tilknytning til utdanning og arbeidsliv og trygge oppvekstvilkår.

Samarbeid mellom frivillige organisasjoner og myndighetene er avgjørende for å videreutvikle folkehelsearbeidet. Frivillige organisasjoner møter mange vi ikke når gjennom offentlige tilbud og tjenester. Regjeringen vil bygge opp under og styrke det frivillige engasjementet i folkehelsearbeidet. Vi vil utfordre frivilligheten til å bidra til å redusere ensomhet og utenforskap og trekke flere med på sosial og fysisk aktivitet. Frivillighet Norge og Helse- og omsorgsdepartementet har gått sammen for å lage en ny nasjonal møteplass for folkehelse som skal styrke samarbeidet mellom frivillige organisasjoner og myndigheter. Vi vil legge til rette for et sterkere samarbeid med frivillige organisasjoner på flere samfunnsområder, for eksempel i forebyggende arbeid overfor barn og unge, aktivisering av eldre, i kriminalomsorg, kultur, idrett, friluftsliv, og når det gjelder kosthold og fysisk aktivitet.

Næringslivet er en samfunnsaktør med stor innflytelse på flere områder som berører befolkningens helse. Matvarebransjen er en viktig premisseleverandør. Bransjen har et stort ansvar for å utvikle, tilgjengeliggjøre og markedsføre sunne produkter og måltidsløsninger i butikker, kantiner, hurtigmatutsal og serveringssteder. Helse- og omsorgsdepartementet har inngått et samarbeid med de store aktørene i matindustrien om å utvikle sunnere matvarer med lavere innhold av salt, sukker og mettet fett. Det vil gi resultater i kjøleskapet til hver enkelt av oss. Både hos dem som synes det er lett å velge sunt – og hos dem som synes det er vanskelig. Det vil bedre kostholdet til hele befolkningen og ha betydning for folkehelsen. Treningscenterbransjen er en viktig aktør for å fremme fysisk aktivitet i befolkningen. Sentrene ligger gjerne gunstig plassert og er lett tilgjengelige. Regjeringen vil utfordre aktørene i arbeidslivet til å ta et større ansvar for folkehelsearbeidet på arbeidsplassen. Rusmiddelforebyggende arbeid er et eksempel på et område der arbeidslivets organisasjoner kan spille en viktig rolle.

Folkehelsearbeidet skjer i kommunene

Regjeringen legger fram folkehelsemeldingen før kommunevalget. Det er ingen tilfeldighet. Nasjonale tiltak, rammebetingelser og virkemidler er avgjørende for utviklingen av folkehelsearbeidet. Men det meste av folkehelsearbeidet skjer i kommunene. Kommunene har virkemidler til å utvikle gode lokalsamfunn som kan bidra til å skape en bedre hverdag for barn og unge. Regjeringen vil legge til rette slik at kommunene får best mulig forutsetninger for å ivareta ansvaret for innbyggernes helse. Den nasjonale politikken skal støtte opp om folkehelsearbeidet lokalt og regionalt og sørge for god samordning mellom nasjonal politikk og kommunale planprosesser.

[Helse- og omsorgsdepartementet](#)

Tema

- [Folkehelse](#) (direkte klikkbar lenke)

Relatert (direkte klikkbare lenker)

- [Folkehelsemeldingen: Mestring og muligheter](#)
- [Meld. St. 19 \(2014-2015\)](#)

Referansekode i 'Helserådet': MET 2015 – 13. Stikkord: Folkehelsemelding.

Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet

En ny rapport utført for KS peker på at de medisinske kostnadene har økt betraktelig i kommunene og bekrefter oppfatningen om at sykehusene skriver ut sykere pasienter.

IRIS har på oppdrag fra KS undersøkt Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. De peker på at pasienter som sykehusene melder utskrivningsklare til kommunen ofte er sykere enn før samhandlingsreformen. De forlater sykehuset med mer alvorlige, mer behandlingsskrevende og/eller mer komplekse sykdomstilstander.

Hvordan slår mer spesialiserte tilbud ut i kommunene?

- Det har vært viktig for KS å undersøke hvordan samhandlingsreformen har påvirket hele det kommunale pleie og omsorgstilbudet, nettopp fordi det kom mange uklare tilbakemeldinger i reformens første fase, sier områdedirektør i KS, Helge Eide.

Rapporten viser at det er opprettet mer spesialiserte korttidstilbud, og det er tendenser til at kommunene i likhet med sykehus blir mer diagnoseorienterte. I hjemmetjenestene kan det også se ut til at det blir noe mer medisinsk behandling og pleie mens det tidligere var mer omsorg og pleie.

Rapporten peker på at det kan se ut til at det har blitt høyere terskel for å få hjemmetjenester for enkelte grupper, og at dette kan ha gått ut over det langsiktige tjenestetilbudet til de eldste.

- Det er avgjørende at kommunene har kapasitet nok til å ivareta skrøpelige eldre som har behov for omsorgstjenester, sier Eide. Vi har ikke grunnlag for å si at tjenestene ikke er forsvarlige ut ifra denne rapporten. Men det er åpenbart et behov for å styrke kapasitet og kompetanse ytterligere, fortsetter han.

Det er både et ansvar for regjering og Storting (budsjett) og for kommunene selv.

- Rammen for tilskudd til utbygging av plasser fra staten ble brukt fullt ut i fjoråret, og det tyder på at kommunene øker kapasiteten innenfor det de har mulighet til i eget budsjett, sier Eide.

Økning i medisinske kostnader

Økte kostnader knyttet til den medisinske/kurative behandlingen i institusjoner og i hjemmetjenesten gir en indikasjon om sykere pasienter. Kommunene rapporterer kostnader til medisinsk forbruksmateriell, medikamenter og medisinsk utstyr. Sammenliknet med det totale forbruket i 2011, ble det i 2013 brukt 56,9 millioner kroner mer i institusjon. I 2013 var de medisinske kostnadene i hjemmetjenesten på totalt 179,3 millioner kroner. Her ble det brukt mest på medisinsk forbruksmateriell (56 prosent), dernest medikamenter (42 prosent) og medisinsk utstyr (2 prosent). Sammenliknet med forbruket i 2011, ble det i 2013 brukt 55,9 millioner kroner mer.

Vekst i korttidsplasser og rehabilitering

Rapporten peker på at det er vekst i andelen korttidsplasser og andelen plasser til habilitering/rehabilitering, men det skjer i hovedsak på bekostning av langtidsplasser. Reell kapasitetsøkning på institusjonsplasser forekommer i liten grad. Det har vært et løft i det faglige nivået i flere kommuner. Dette har gjort arbeidet mer interessant, men rapporten kan ikke gi et sikkert svar på om dette håndterer variasjonen i behov blant utskrivningsklare pasienter.

Slik sett er det fornuftig at kommuner velger å la pasientene ligge litt lengre på sykehus, hvis de mener at det ikke kan gis et forsvarlig nok tilbud i kommunene, eller at det går utover resten av kommunenes omsorgstjenester.

Utfordringer knyttet til forebyggende innsats

Siktemålet med samhandlingsreformen er dels at kommunene skal overta ansvaret for noen av de tjenestene som spesialisthelsetjenesten har tatt seg av, og dels at kommunene skulle få insentiver til å drive mer forebyggende og helsefremmende arbeid. Paradoksalt nok kan økt spesialisering skje til foretrengsel for enklere tilbud, og dermed redusere den forebyggende effekten slike kan ha.

SENTRALE LENKER OG DOKUMENTER (direkte klikkbare)

- [Last ned rapporten her](#)
- [Presentasjon Abelsen: Samhandlingsreformens konsekvenser for pleie og omsorgstilbudet](#)

Referansekode i 'Helserådet': SAM 2015 – 12. Stikkord: Evaluering av samhandlingsformen.



Einar Braaten: Kommunelegens blogg 14. februar 2015:

Hva er vitsen med samhandlingsreformen?

Etter 3 år med "samhandlingsreform" mener jeg det må være lov å gruble litt over hensikt, effekt og erfaringer med "reformen". Jeg skriver ordet i anførselstegn fordi jeg ikke kan se at det har vært noen reform i de kommunene jeg jobber i. Det ble kalt en "retningsreform". Et nytt ord for å beskrive noe som ikke er en reform?

Dette er med vilje et kritisk grubleri. Det er høyst personlig og snevert forankret i min egen arbeidssituasjon i to middels store kommuner midt på Østlandet nær by og sjukehus.

Jeg har jobbet med samhandling / samarbeid mellom helsetjenester i 25 år. Jeg har fulgt utviklingen av spesialisthelsetjenesten fra kommunesida og lenge hevdet at mye av utfordringene de hadde (og har?) på sjukehusene kan løses i kommunen. Fremdeles mener jeg at

- Vi må forebygge veldig mye mer ute i kommunene for å dempe funksjonsfall og sykdom som fører til innleggelse på sjukehus
- Vi må ha så robuste og kompetente tjenester i kommunene at vi sjøl kan håndtere de pasientene som ikke hører hjemme på sjukehus. Dvs hjemmesjukepleie og optimalt med institusjonsplasser
- Vi må ikke (!) redusere inntektene og tilbudene på sjukehusene. Vi trenger gode lokalsjukehus!
- Og et politisk vanskelig, men viktig, punkt: Vi må prioritere tydelig i helsetjenestetilbudet

Jeg gledet meg derfor da det ble tatt fatt i dette i begynnelsen av samhandlingsreformen. Det skulle være fokus på forebygging og et utvidet og forsterket sykehjemstilbud ute i kommunene.

Men:

Det endte opp med en økonomi"reform" med flytting av penger, nye lover som dikterer hvilke løsninger kommunene skulle ha. Kommunenes løsninger til å skape Kommunale Akutte Døgn (KAD) plasser eller Øyeblikkelig hjelp døgnplasser blir styrt av en [veileder fra Helsedirektoratet](#) (klikkbar lenke) og helseforetak som vil bestemme både utforming, innhold og beleggprosent før de godtar tiltaket så kommunen kan få penger til drift. Vel og merke seg er det at det vil bli et lovbrudd hvis man ikke oppretter dette slik de bestemmer.

Samhandling innen helse dreier seg mye om at det er kompetente fagfolk hos begge parter som samarbeider. Et ulikt samarbeidsforhold fordi vi som oftest mangler riktig kompetanse ute i kommunene, mens de kompetente fagfolk i sjukehusene er så travle at de ikke kan møte oss. Samhandling må derfor også dreie seg om å sikre ansatte med kapasitet og kompetanse til å samhandle. I de kommunene jeg jobber, har vi delvis klart det. Vi er heldige i å ha klart å gjennomføre en Plan for legetjenesten som har ført til et godt sjukehjemlegemiljø med høy kompetanse. Allikevel har vi ikke kapasitet nok på sjukepleiersida hvor de sliter både på institusjonsplassene og i hjemmesjukepleien. Og for å gjøre det klinkende klart: Vi får penger til våre to (!) KAD plasser, men sliter med at vi, som de fleste andre kommuner, må skjære ned i budsjettene ellers i tjenestene.

Jeg mener samhandlingsreformen er blitt en "samhandlingform" hvor kommunene ikke kan velge sjøl hvordan de vil bygge opp og sikre tilbudet til innbyggerne ut fra kommunestruktur, geografi, avstander til sjukehus og muligheter til samarbeid på tvers av kommunegrensene. Vi er formet av staten, ikke reformert.

Jeg grubler over samfunnsøkonomien i "samhandlingsreformen". Sparer vi penger ved å flytte dem rundt? Er det bærekraftig økonomi å bygge opp B-sjukehus rundt omkring i hele Norge når vi samtidig truer mange lokalsjukehus med nedleggelse? Jeg mener slett ikke vi skal ha fullverdige akuttsjukehus på alle steder, men sjukehus som kan takle de vanlige sjukdomstilstander vi trenger hjelp til ute i kommunene. Samtidig med robuste sjukehjem som kan ta imot pasientene med en gang når de er utskrivningsklare fra sjukehuset og som kommunale leger kan legge inn på uten at det nødvendigvis er definert som KAD plasser.

Det aller viktigste er jo å satse på helsefremmende og forebyggende helsearbeid. Så lenge kommunene ikke har råd til dette, vil vi fremdeles slite med et økende antall sjuke eldre som trenger pleie og behandling. Jeg snakker om å satse enda mer på små barn, men også forebyggende tiltak overfor aldersgruppen 50 og oppover.

Jeg begynner å tro at det ikke er bærekraftig å satse på at alle kommuner skal ha KAD plasser og at sjukehus skal få lov til å bare øke sin spesialisering.

Referansekode i 'Helserådet': SAM 2015 -10. Stikkord: Kommunale helsetjenester. Braaten, Einar.

Forskning og utredning

Foto: Terje Rakke, Scampix



Ny FoU-rapport gir veiledning til samarbeidsavtalene.

Lokale samarbeidsavtaler

Med samhandlingsreformen skal ansvar og arbeid fordeles mellom helseforetaket og den enkelte kommune, men en del punkter kan oppfattes som uklare.

Avtalene mellom partene er jevnlig gjenstand for forhandlinger, og på noen punkter hersker det tvil om hva som kan avtafestes for å klargjøre arbeids- og oppgavefordeling. I FoU-rapporten «Bruk av samarbeidsavtaler i et utvalg kommuner og helseforetak» finnes konkrete forslag til avtaletekst.

Her er noen av de vanligste problemstillingene med anbefaling om hvordan de kan løses:

Prosedyrer og rutinebeskrivelser i avtalene

Det er varierende praksis på å inkludere prosedyrer og rutinebeskrivelser i selve avtaleteksten. Rapporten konkluderer med at dette ikke bør stå i avtaleteksten fordi den kan bli for omfattende. Relevante rutinebeskrivelser bør heller inngå som vedlegg til avtalen.

Konsekvenser ved avvik i form av brudd på avtalen

Mange opplever en del uklarheter knyttet til håndtering av avvik og brudd på avtalen. Særlig informanter fra kommunene etterlyser sanksjonsmuligheter overfor helseforetakene. I disse tilfellene kan det være en fordel å legge inn konkrete formuleringer i avtaleteksten, som beskriver sanksjoner ved mislighold av avtalen. Dette gjelder både for kommunen og helseforetakene.

Sikre korrekt dokumentasjon ved utskriving

Utfyllende og tilstrekkelig dokumentasjon må følge pasienten ved utskriving, noe som ofte ikke skjer. Eksempel på manglende dokumentasjon kan være sen oversendelse av epikrise og

medisinliste, samt utilstrekkelige beskrivelser av diagnoser og funksjonsnivå.

Her kan det være nyttig å presisere i avtalen at mottaket av pasienten må utsettes til tilstrekkelig dokumentasjon foreligger.

Tidspunkt for utskriving av pasienter

Det rapporteres om ulik praksis i utskrivningstidspunktet fra sykehus til kommunehelsetjenesten, noe som kan gi negative konsekvenser for pasienten. Det kan også føre til unødvendige reinnleggelser. En løsning kan være å ha konkrete retningslinjer omkring tidsintervall for utskriving i avtaleteksten.

Kommunens beslutningsmyndighet etter utskriving

I mange kommuner er det sykehuslegene som gir beskjed til pasient eller pårørende om det er behov for kommunalt tilbud etter utskriving. Det kan imidlertid skje uten at sykehuslegen kjenner til hvilke tilbud kommunen egentlig har. Dersom kommunen gir et annet tilbud enn det sykehuslegen har anbefalt, kan det skape utfordringer for kommunikasjonen med pasienten. En løsning på dette vil være å nedfelle i avtalen at det er kommunen som har beslutningsmyndighet over hvilket behandlingstilbud pasienten skal tilbys.

Kunnskapsoverføring og veiledning

Det er bestemt at avtalen bør beskrive hvordan man skal sikre god informasjonsutveksling knyttet til blant annet innleggelse, utskrivninger og dagbehandling. Det viser seg imidlertid at det hersker uklarheter i hva denne kunnskapsoverføringen skal bestå av, og hvilke krav man kan stille til veiledning fra helseforetakene. Her vil det være mulig å ha en generell beskrivelse av helseforetakenes veiledningsplikt i avtaleteksten, og gi nærmere beskrivelse i rutinebeskrivelsen.

Involvering av fastlegene

Begge parter ytrer ønske om at fastlegene blir involvert i pasientforløpene mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Samarbeidsavtalen regulerer imidlertid ikke et slikt samarbeid, og hvis et forpliktende samarbeid skal avtafestes må det skje i avtalen mellom kommunene og fastlegene.

MONICA WEGLING

Kilde: FoU-rapporten «Bruk av samarbeidsavtaler i et utvalg kommuner og helseforetak – en kvalitativ studie av erfaringer med avtalene», Deloitte 2014.

Til beste for hvem?



Av Ragnhild Sved, redaktør i Kommunal Rapport

Det er vanskelig å finne tegn på at samhandlingsreformen har gagnet pasientene eller styrket forebyggingen, slik målet er.

Hovedinntrykk er at reformen i liten grad har gitt pasientene bedre tjenester, og at utsatte grupper får et dårligere tilbud enn før. En klar effekt av samhandlingsreformen er at pasientenes skrives ut av sykehusene i raskere tempo enn før, men har den ført til et bedre pleie- og omsorgstilbud?

Tre år er kanskje ikke lang tid i reformsammenheng, men lenge nok til at det kan registreres store endringer i kommunenes tilbud – mange av dem uheldige og utilsiktede, viser en ny rapport fra International Research Institute of Stavanger (IRIS) bestilt av KS.

En trend er at kommunene har omgjort langtidsplasser på sykehjem til korttidsplasser, for å kunne ta seg av til dels alvorlig syke pasienter som før ble behandlet i sykehusene. Men fordi det fortsatt er knapphet på plasser – kapasiteten har ikke økt – er terskelen hevet, og de som får plass, er sykere og mer pleietrengende enn før.

Det har heller ikke vært vekst i hjemmetjenestene, og terskelen for å få hjelp er dermed blitt høyere også her.

Se hele artikkelen fra Kommunal Rapport ved å gå inn på eller klikke på

http://debatt.kommunal-rapport.no/debatt/til_beste_hvem?utm_source=19.02.15:%20Kan%20havne%20i%20Robek%20for%20tredje%20gang&utm_medium=email&utm_campaign=Kommunal%20Rapport

Artikkelen er også å finne i papirversjonen av Kommunal Rapport for 19.2.2015, side 2.

Referansekode i 'Helserrådet': SAM 2015 – 11. Stikkord: Sykehjem. Korttidsplasser. Kommunal Rapport.

Synspunkter på kommunale akutte døgnplasser (KAD)

Ottar Grimstad, kommuneoverlege i Hareid, 6060 Hareid:

Eg meiner at den lovfesta plikta for kommunene til å kunne tilby også døgnopphald som ø.hj., er rett. Grunngevinga mi er at pasientar som ikkje treng sjukehuset sin diagnostikk og behandling, bør få sleppe å bli lagt inn på sjukehus. Sjukehusa med si travelheit, lange ventetid i mottak før undersøking og mat og behandling, korridorpassar med døgnkontinuerleg lys og støy er ingen god stad å vere, og kan vere helseskadeleg med auka fare for konfusjonar og delir - særleg for eldre.

Tilbodet skal vere "like godt eller bedre" enn sjukehus. Noko som kan vere med på å gjere tilbodet bedre enn sjukehus, er at det er i lokalmiljøet, kort reise, ofte kjent personale, rolegare miljø. Store interkommunale tilbod vil fort miste denne viktigaste faglege fordelene.

Eg ser det kommunale ø.hj. tilbodet som først og fremst å skaffe pasientar eit pleie- og omsorgstilbod i ei fase av sjukdom der det ikkje er forsvarleg å la dei vere heime. Forutsetninga må vere at det er tilstandar som ein finn det forsvarleg å diagnostisere og behandle med vanleg allmenntedisinsk diagnostikk.

Denne pasientgruppa er ikkje stor. Kommunale ø.hj. senger kan ikkje bli ei redning for underdimensjonering av sjukehuskapasitet. Eg stiller meg svært skeptisk til å bygge opp eit nytt kommunesjukehusnivå mellom sjukeheimane og helseforetaka.

Oddmund Suhrke:

Jeg er enig i at alle kommuner bør ha ledige plasser i sykehjem til å ta inn "akutt pleie", dvs. som regel pasienter som hjemmesykepleien ikke kan gi et adekvat tilbud til. Men disse vil som regel trenger mer enn 72 timer som KAD har til disposisjon. Og ideelt sett burde mange av disse bli fanget opp før situasjonen er helt akutt. Og her er de små kommunene bedre rustet enn de store, som ofte har for få korttids-plasser. Du har rett i at dette utgjør få pasienter, som derfor neppe kan forsvare en egen legetjeneste i døgnvakt. Det er derfor behov for en revidert veileder i god tid før 2016. Denne veileder/forskrift må tydeliggjøre alle sider ved KAD-tilbudet, slik at kommunene vet hva de må forholde seg til. I dag drives tilbudet fram av øremerkede midler, men uten en tydelig forskrift, vil mange KAD-tilbud bli nedlagt i løpet av 2016.

Khiem Duc Nguyen:

Noen har hørt eller opplevd lign. historie: Jeg hadde legevakt igår. Skulle legge inn en mannlig pas. på kommunal døgnplass. Fikk svar fra sykepleier ved gjeldende kommunal institusjon om at de har 1 ledig plass, men ikke til mannlig pasient da det er dobbelt rom. Endte med å legge pas. inn på sykehuset i stedet.

Oddmund Suhrke:

Dette kan skje og spesielt hvis det er få plasser totalt. Alle Kad har finansiert et antall plasser i forhold til innbyggertallet. Antall senger er beregnet ut fra liggetid på 3 døgn. Hvis kommunen lar pasienter ligge på "overtid", kan det bli fullt. Vi har 10 senger og det er sjelden helt fullt. Men belegget svinger. Fra 2016 kan ikke kommunen påberope seg at det er fullt (tror jeg).

Bladet **Kommunal Rapport** har den 12. mars en artikkel med overskriften «360 i rute med nytt tilbud». Vi har dessverre ikke tillatelse til å gjengi artikkelen i sin helhet, men den slår fast at før det blir en lovpålagt oppgave fra neste årsskifte, vil 360 kommuner ha fått statens hjelp til å etablere et døgntilbud om øyeblikkelig hjelp, mens 68 etternølere må ta hele regningen selv. Fullt utbygget er det ventet at tilbudet om kommunale akutte døgnplasser vil koste en drøy milliard kroner. Dette skal innlemmes i rammetilskuddet. Men, sier artikkelen, ifølge en rapport fra Deloitte til Helsedirektoratet i desember i fjor, så står øyeblikkelig hjelp sengene ofte tomme. Rapporten omtaler 30 døgntilbud om øyeblikkelig hjelp som hadde vært i drift i minst ett år. De fleste hadde et belegg på mellom 30 og 50 prosent. Hensivende leger kjenner ikke tilbudet, «glemmer» at det finnes, eller har liten tillit til det, skal være forklaringene som gis. Mange leger synes også at rutineene for innleggelse er mer tungvinte i de kommunale døgnplassene enn på sykehus, ifølge Deloitte. Av døgntilbudene om øyeblikkelig hjelp som var etablert før 2015, var 60 prosent tilknyttet en korttidsavdeling på sykehjem. De øvrige var lokalisert sammen med lokalmedisinske sentra, legevakt, sykehus eller andre tilbud.

Tilbudet om kommunale akutte døgnplasser er innført gradvis fra 2012 som en del av samhandlingsreformen.

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2015 – 21. Stikkord: Kommunale akutte døgnplasser. KAD. Grimstad, Ottar. Suhrke, Oddmund. Duc Nguyen, Khiem. Kommunal Rapport.

Heia Toten!

Dette er overskriften på en lederkommentar i bladet Kommunal Rapport for 5. mars. Kommentaren refererer til en annen artikkel i samme nummer som har overskriften «Velger omsorgsboliger framfor sykehjem». Vi har dessverre ikke tillatelse til å gjengi disse artiklene i sin helhet, men nevner noen hovedpunkter. Vestre Toten kommune foretrekker å gi heldøgns omsorg i omsorgsboliger, ikke sykehjem. Det gir høyere kvalitet og mer forutsigbar økonomi, mener man lokalt. Kommunen får langt på vei støtte fra eksperthold.

Pasientene kan være like pleietrengende i omsorgsboligen som på kommunens sykehjem. Men her kan ektefellen flytte med inn. Pårørende kan fortsette å stelle for sine kjære eller de kan benytte hjemmehjelp. I følge en fornøyd beboer, har man her et fullverdig hjem. På sykehjem blir mange fort apatiske og likegyldige. Det ser vi ikke her. Her bevarer de vilje og integritet lenger og står mer for egne ønsker og behov. Artikkelen henviser til en fersk rapport fra NOVA («Boliggjøring av eldreomsorgen?») hvor det slås fast at de fleste norske kommuner holder fast ved en institusjonsbasert modell mens Sverige og Danmark langt på vei har avskaffet institusjonene i eldreomsorgen.

Lederartikkelen minner oss om LEON-prinsippet fra 1970-tallet: at tjenestene skal gis på Laveste Effektive Omsorgs-Nivå. Artikkelen har også følgende viktige observasjon: «Når brukerne ikke får rett hjelp, søker de mer hjelp. Derfor kan sykehjemskøen bli lengst der sykehjemsdekningen er størst.

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2015 – 26. Eldreomsorg. Vestre Toten. LEON-prinsippet. Kommunal Rapport.

To viktige artikler om eldreomsorgen i Norge

Det er mye godt og viktig å lese i bladet Kommunal Rapport for tiden. Bare så synd at vi blir nektet å gjengi artiklene i sin helhet.

I en lederartikkel den 29. januar, fremholder debattredaktør Ragnhild Sved at menneskerettighetene brytes i norsk eldreomsorg, men at dette har fått liten oppmerksomhet. Menneskerettighetsbruddene skjer i form av tvang, mishandling og omsorgssvikt. Eldres rettigheter er ikke sikret i egen konvensjon slik de er for kvinner, barn, funksjonshemmede og urfolk. Spørsmålet er, ifølge Kommunal Rapport, om det er diskusjon både i FN og Europarådet.

I en artikkel i Kommunal Rapport den 26. mars sier lege Bjørn Lichtwarck at «vi trenger en bemanningsnorm for helse- og omsorgspersonell i sykehjem – for å bli kvitt det uverdige svartepersillet mellom kommune og stat». Han stiller bl. a. dette spørsmålet: «Hvorfor bruker kommunene eldreomsorgen som salderingspost for sine budsjetter?» Han mener at den store tausheten omkring eldreomsorgen i kommunene muligens skyldes behovet for en bedre bemanning hvilket jo er kommunenes ansvar og at bedring av forholdene vil koste mer enn andre tiltak. «Men rammene til kommunene er vel ikke kommunenes ansvar», sier han. «Det handler jo om nasjonal politikk, økonomiske prioriteringer og statsbudsjetter».

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2015 – 27. Stikkord: Eldreomsorg. Sved, Ragnhild. Lichtwarck, Bjørn. Kommunal Rapport.

Rettigheter og realiteter



Av Sigrid Stokstad seniorrådgiver i Riksarkivet, tidligere forsker ved NIBR

God eldreomsorg forutsetter en våken og engasjert offentlighet. Har vi den eldreomsorgen vi fortjener?

Rettigheter kan deles ut uten at risikoen for søksmål og klage er særlig høy.

Pasient- og brukerrettighetsloven gir lovfestet rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester og et verdig tjenestetilbud. Den rettslige rammen gir grunnlag for høye forventninger fra allmennheten.

Samtidig vitner mange om at eldreomsorgen ikke er det de trodde den skulle være. Underveis fra lovvedtak til faktiske tjenester skjer det noe.

Hvilken betydning har rettighetene for det faktiske tjenestetilbudet? «Rettsliggjøring» er en måte å sikre gjennomføring av politikk på. Når Stortinget gir enkeltpersoner rettigheter overfor det offentlige, vil de kunne gå til domstolene eller til et klageorgan for å få det de etter loven har krav på når forvaltningen ikke oppfyller av seg selv. Dette er gjort i pasient- og brukerrettighetsloven, men sektoren har likevel ikke noe sterkt rettighetspreg.

For det første er selve innholdet i rettighetene vagt definert. For hva ligger i ord som verdig og nødvendig? Lovgiver har for eksempel ikke sagt når en person har krav på sykehjems plass og når det er tilstrekkelig med hjemmesykepleie.

Det gjelder en minstandard, men lovgiver har ikke bestemt hvor denne standarden ligger. Dette er resultatet av et bevisst valg. Lovens formuleringer er åpne for å sikre dekning av den enkeltes behov og tilpasning til lokale forhold. Et alternativ kunne vært å utvide rettighetene vesentlig, for eksempel til å si at alle som ønsker det, har rett til plass på sykehjem. Det er ikke gjort, opplagt av økonomiske grunner.

Se hele kronikken i Kommunal Rapport ved å gå inn på eller klikke på http://debatt.kommunal-rapport.no/debatt/rettigheter_og_realiteter?utm_source=19.02.15:%20Kan%20havne%20i%20Robek%20for%20tredje%20gang&utm_medium=email&utm_campaign=Kommunal%20Rapport

Kronikken er også å finne i papirversjonen av Kommunal Rapport 19.2.2015.

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2015 – 22. Stikkord: Eldreomsorg. Rettigheter.



Helsedirektoratet 10.2.2015

Om betaling av helsehjelp til personer uten lovlig opphold i Norge

Alle som oppholder seg i Norge, har krav på øyeblikkelig og livreddende helsehjelp.

I utgangspunktet skal pasienten dekke kostnadene selv. Dersom pasienten ikke kan betale, kan pasienten klage til den helseinstitusjonen som ga helsehjelp. Dersom pasienten får avslag fra helseinstitusjonen kan pasienten klage til Helsedirektoratet.

I rundskriv 5/2013 Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer står det om § 5-3:

«Pasient som ikke har bosted i riket, skal dekke behandlings- og forpleiningsutgiftene selv. Dersom pasienten ikke kan dekke utgiftene selv, skal de dekkes av vedkommende helseinstitusjon eller tjenesteyter.»

Les [rundskrivet i sin helhet](#) (klikkbar lenke) som også inneholder: [Se alle våre fortolkninger om spesialisthelsetjenesteloven](#).

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2015 -19. Stikkord: Betaling øyeblikkelig hjelp. Ikke lovlig opphold.

Forskning.no 15.2.2015:

Tøff barndom slår tilbake

Det er ikke bare den psykiske helsen din som rammes av en tøff barndom. Også immunapparatet og nervesystemet kan påvirkes av negative barndomsopplevelser.

Det sosiale og psykologiske miljøet du blir født inn, i kryper bokstavelig talt inn under huden din, hevder franske forskere.

Forskergruppen har nylig presentert en undersøkelse basert på informasjon om rundt 7500 menn og kvinner i Storbritannia. De forteller alle at de har opplevd flere enn to ulike typer traumatiske belastninger mens de var i alderen 7 til 16 år.

Forskerne har hentet dataene fra den store britiske studien National Childhood Development Study (NCDS). I studien følger forskere på nært hold livene til en stor gruppe mennesker som er født i Storbritannia i 1958.

Hva har livet gjort med dem?

Forskerne finner at de som hadde opplevd ubehagelige ting i livet sitt som barn, alt fra fysiske overgrep til dårlig ernæring, skåret høyt på et mål for det forskerne kaller «generell slitasje» da de var 45 år. Dette målet sier noe både om helse, kroppsmasseindeks (BMI), inntekt og utdanning.

De ubehagelige opplevelsene i barndommen gir tilsynelatende økt sannsynlighet for både røyking, høy vekt, lav utdanning og lav inntekt. Rundt 60 prosent av mennene i denne gruppen hadde lav utdanning, lav inntekt og en usunn livsstil. 76 prosent av kvinnene hadde en høy kroppsmasseindeks (BMI), røykte og hadde i tillegg lav utdanning og inntekt.

Se hele artikkelen fra Forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/2015/02/barndommen-slar-tilbake>.

Referansekode i 'Helserådet': UNG 2015 – 6. Stikkord: Barndom.

DAGENS
Medisin Oppdatert 30.01.15 Nyheter

Vil ha egen utredning for prioritering i kommunen

– Den kommunale helsetjenesten krever like mye ressurser som spesialisthelsetjenesten. Og den er like viktig for befolkningen.

Det fastslår styret i Helse Nord RHF, som mener Prioriteringsutvalgets arbeid i liten grad har tatt for seg prioriteringsutfordringene i den kommunale helsetjenesten.

– Betydelige utfordringer

– Dette bør følges opp gjennom en egen utredning, mener styret, som skal behandle saken i sitt styremøte 26.februar.

– Utredningen må knyttes til samhandlingsreformen og den kommende stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten som legges fram senere i år, mener styret, som minner om at eldrebølgen og tilgang på nødvendig arbeidskraft er betydelige utfordringer også for helsetjenesten i kommunene.

Må involvere fastlegene

De regionale foretakene oppfordres av Helse Nord til å involvere fastleger og kommunehelsetjenesten til å etablere lokale arenaer for dialog om prioritering, og at foretakenes kliniske etikkomiteer blir sentrale i dette.

Høringsfristen for Prioriteringsutvalgets utredning «Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten» er 20.februar.

Anne Grete Storvik

anne.grete.storvik@dagensmedisin.no

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2015 – 20. Stikkord: Prioritering.

Aftenposten 5.12.2014:

Desember 1952: Da tåken kvalte London

Plutselig døde uvanlig mange mennesker. Halve byens bestand av kanarifugler omkom, likeså okser på feskjå. Alt mens veskenappere og butikkyver boltret seg.

For 60 år siden, i 1954, landet en uvanlig statistikk på bordet til britiske helsemyndigheter.

Statistikken fortalte at i desember to år tidligere hadde den ukentlige dødsraten blant Londons befolkning brått blitt fordoblet, for så å falle igjen. Svaret på de høye dødstallene satt man allerede med. For i desember 1952 var London blitt rammet av den verste tåken koblet med forurensning i manns minne. Allerede året etter ble det i parlamentet forkynt at tåken hadde krevd 6000 liv. Men myndighetene reagerte nølende.

Tåke og forurensning var ikke et nytt London-fenomen. Ufullstendig forbrenning av småkull i hundretusenvis av ovner foruten utslipp fra kraftverk skapte enorme mengder sot- og askepartikler. På 1800-tallet og utover på 1900-tallet ble storbyen stadig skitnere. Bygninger som opprinnelig var bygget i lysebrun sandstein, deriblant parlamentet med Big Ben, fremsto svarte.

Det ble vanlig for menn på jobb å skifte skjortekraven flere ganger om dagen på grunn av skitt. Mang en kriminell, med Jack the Ripper i spissen, hadde opp gjennom årene begått sine ugjerninger for så å unnsnippe i tåken.

Se hele artikkelen fra Aftenposten ved å gå inn på eller klikke på <http://www.aftenposten.no/fakta/innsikt/Da-taken-kvalte-London-7786238.html>

Artikkelen har også en faktadel som ikke gjenfinnes i lenken ovenfor:



De som døde

- London hadde normalt en dødelighet på rundt 2000 mennesker pr. uke
- Under tåkedagene i desember 1952 økte denne til nærmere 5000 pr. uke. Av disse døde 4000 som følge av hjerte- eller luftveislidelser
- Da tåken omsider forsvant, sank dødsraten. Men i januar 1953 lå den fortsatt over det normale, med 2500 døde pr. uke.
- Nyere forskning tyder på at så mange som 12.000 døde som følge av den ekstreme forurensningen. De fleste av disse var enten veldig unge eller eldre mennesker.

Clean Air Act

- Loven om ren luft, som i 1956 ble vedtatt av det britiske parlamentet etter tåkedagene i 1952. Loven gjaldt til 1964.
- Introduserte påbud om bruk av røykfritt brensel i angitte byområder.
- Førte til økt bruk av elektrisitet og gass. Bidro vesentlig til å redusere utslipp av svoveldioksid og røyk.
- Kraftstasjoner ble siden bygget/flyttet lenger unna byene. Skorsteiners høyde ble økt,

Referansekode i 'Helserådet': HIS 2015 – 1. Stikkord: Smog. Tåke. Luftforurensning. London.

Miljømedisin: kurs for leger og miljørettet helsevern

Tromsø 14.-18.09.15

Målgruppe: Kurset gir en bred innføring i miljømedisinske problemstillinger for norske forhold og globalt. Det er særlig relevant for leger i spesialistutdanning i arbeids- og samfunnsmedisin. Kurset er også relevant for andre leger som er opptatt av miljømedisinske problemstillinger, herunder ferdige spesialister. Kurset er åpent for andre med utdanning tilsvarende en universitetsgrad og som har interesse for eller arbeider med helse og miljø.

Læringsmål: Etter kurset skal deltakerne ha kjennskap til miljøproblemer i global, regional og lokal målestokk, samt hvordan miljøspørsmål og utviklings spørsmål henger sammen. Kjennskap til metoder for å karakterisere miljøpåvirkninger og helseeffekter, samt for å studere sammenhengen mellom dem. Kjennskap til de forvaltningsmessige sidene av arbeidet for å sikre godt miljø, herunder miljørettet helsevern. Kunnskap om spesifikke miljøproblemer, med fokus på eksponering, helseeffekter og mulige tiltak. Økt bevissthet når det gjelder risikokommunikasjon og etikk relatert til miljømedisinske problemstillinger. Kjennskap til tilstander der personer rapporterer plager de antar skyldes eksponeringer i miljøet, men der det i liten grad lar seg dokumentere at det foreligger årsakssammenheng, samt håndtering av slike problemstillinger (f.eks. multiple chemical sensitivities og el-syke).

Kurssted: Universitetet i Tromsø, Helsefakultetet (MH-bygget)

Kurskomite Jan Haanes (kursleder: jvh@unn.no) og Marit N Hegseth, Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge.

Påmelding til: Legers videre- og etterutdanning - Tromsø, Medisinsk fagavdeling, Helsefakultetet (MH-bygget), N - 9037 TROMSØ

Epost: kurs.tromso@legeforeningen.no

Påmeld. frist: 01.06.15

Maks deltakere: 40

Ant. kurstimer: 35

Kurslitteratur: Anbefalt støttelitteratur: Rapport 2009: Miljø og helse- en forskningsbasert kunnskapsbase-rev. 2008. Utgitt av Folkehelseinstituttet, se www.fhi.no for nettsversjon og ev bestilling av trykt utgave.

Kurspris: 6000 (leger)/ 12000 (ikke-leger)

Kursprogram

Mandag 14. september

- 09.00 Velkomst, introduksjon til uka og presentasjon av deltakerne. Kursledelsen
- 09.40 Miljømedisinske utfordringer i Norge. Marit N Hegseth, AMA, UNN
- 10.15 Pause
- 10.30 Miljømedisin i et globalt perspektiv. AMA, UNN
- 11.15 Hvem gjør hva i forhold til miljømedisin -i Norge og internasjonalt? AMA, UNN
- 11.40 Lunsj
- 12.30 Miljørettet helsevern i kommunene. Anders Smith, Oslo
- 13.15 Pause
- 13.30 Miljørettet helsevern i kommunene forts.
- 14.10 Pause
- 14.20 Miljørettet helsevern i kommunene forts.
- 15.05 Pause
- 15.20 Drikkevann og mat. Arne Mjøs, Mattilsynet i Tromsø
- 16.00 Slutt
- 17.00 Fottur (frivillig)

Tirsdag 15. september

- 08.15 Forurensning av jord, sediment, hav og ferskvann. Anita Evenseth, Akvaplan Niva, Tromsø
- 09.15 Pause
- 09.30 Miljøgifter og helse. Marit N Hegseth og Jan Haanes, AMA, UNN
- 11.00 Lunsj og guiding i Botanisk hage
- 12.45 Miljøgifter og helse forts. Risikovurderinger
- 16.30 Slutt

Onsdag 16. september

- 08.15 Miljøgifter og helse forts. Risikovurderinger
- 08.55 Pause
- 09.05 Miljøstøy. Magnar Johnsen og Ingemar Rödin, AMA, UNN
- 09.50 Pause
- 10.00 Miljøstøy forts.
- 10.50 Pause
- 11.00 Eksempler på støysaker fra Tromsø kommune. Trond Brattland, kommuneoverlege Tromsø
- 11.45 Lunsj
- 12.30 Helseplager tilskrevet miljøfaktorer, helsebekymring og risikokommunikasjon. Jan Haanes
- 16.30 Slutt
- 19.00 Sosialt program på byen (frivillig)

Torsdag 17. september

- 08.15 Klimaendringer
- 09.00 Pause
- 09.15 Medisinske utfordringer ved globale klimaendringer. AMA, UNN
- 10.00 Pause
- 10.10 Medisinske utfordringer ved globale klimaendringer forts.
- 10.50 Omvisning ved Tromskrafts fjernvarmeanlegg UNN. Lunsj
- 12.30 Energi og avfall. Karl Kristensen, Bellona.
- 13.20 Pause
- 13.30 Globalisering og miljø. Internasjonal miljøpolitikk og avtaler. Karl Kristensen
- 14.20 Pause
- 14.30 Innemiljø, inneklime og helse. Jan Haanes
- 15.20 Pause
- 15.35 Innemiljø, inneklime og helse forts.
- 16.30 Slutt

Fredag 18. september

- 08.15 Stråling, EMF og helse. Lavrans Skuterud, Statens Strålevern
- 09.00 Pause
- 09.15 Stråling, EMF og helse forts.
- 10.00 Pause
- 10.15 Stråling, EMF og helse forts.
- 11.00 Lunsj
- 11.45 Uteluft og helse. Ingemar Rödin
- 12.30 Pause
- 12.45 Uteluft og helse forts.
- 13.30 Pause
- 13.45 Saker fra praksisfeltet
- 14.45 Kursevaluering
- 15.00 Slutt

– Mindre melk kan gi bedre helse hos samer



BLIR SYKE: Samer og kvener blir ofte syke av melk, forteller første forfatter av en ny studie om emnet, Ketil Lenert Hansen ved Institutt for Samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø.

Samer rapporterer om mer mageproblemer etter inntak av melk enn den øvrige befolkningen i Norge gjør.

Det viser data fra [SAMINOR-studien](#) (direkte klikkbar lenke), som nylig er publisert i [International journal of Circumpolar Health](#) (direkte klikkbar lenke), et open access-tidsskrift som særlig publiserer forskning om helse hos urbefolkning.

– Blir ofte syke av melk

– Samer, og også kvener, har mer mageproblemer enn majoriteten av nordmenn etter inntak av melk og ost, forteller første forfatter Ketil Lenert Hansen ved Institutt for Samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø.

– Samer og kvener blir ofte syke av melk. Dette vet urbefolkningen, men er lite omtalt i forskningen. Genetiske forskjeller kan være avgjørende for hvilke matvarer du bør velge. Å kutte ned på melkeprodukter kan gi bedre helse for svært mange samer, sier Hansen til Dagens Medisin.

– Det er gjort liknende forskning blant urbefolkning i Australia, samt hos samer i Finland, som viser det samme, sier han.

Samer og kvener

Befolkningsstudien tar for seg helse og levekår, og er utført i 24 kommune i Nord Norge mellom 2003 og 2004.

Målet med denne siste studien var å identifisere forekomsten av selvrapporterte mageproblemer etter inntak av melk blant voksne samer og ikke-samer.

Studien inkluderer 15.546 personer mellom 36 og 79 år. Disse var henholdsvis samer (33,4 prosent), kvener (7,3 prosent) og øvrige nordmenn (57,2 prosent).

Samene som svarte på undersøkelsen hadde høyere forekomst av selvrapportert magetrøbbel etter å ha drukket melk enn den øvrige befolkningen.

Flest kvinner rapporterte om mageproblemer

Flest kvinnelige samer rapporterte om mageproblemer, 27,1 prosent.

Inntaket av melk og meieriprodukter som yoghurt og ost var høyt i alle gruppene. Men signifikant flere samer enn ikke-samer rapporterte at de aldri - eller svært sjelden - drikker melk eller spiser ost. De som rapporterte om magetrøbbel etter å ha drukket melk, hadde signifikant lavere inntak av meieriprodukter enn de som ikke rapporterte om magetrøbbel etter inntak.

Anne Grete Storvik

anne.grete.storvik@dagensmedisin.no

Dette er hele artikkelen fra Dagens Medisin.

Referansekode: ERN 2015 – 17. Stikkord: Melk. Samer.

Nye råd om mad til spædbørn

Spædbørn bør ikke få komælk, men modermælk eller modermælkserstatning i hele det første leveår. Sådan lyder en af Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger om spædbørns og småbørns ernæring.

De nye anbefalinger, der vedrører barnets ernæring i de første to leveår, er beskrevet i den nye publikation: Ernæring til spædbørn og småbørn – en håndbog for sundhedspersonale. Publikationen indeholder en række ændringer i forhold til tidligere anbefalinger om mad til spædbørn.

Det drejer sig blandt andet om, hvilken mælk barnet bør drikke i det første leveår, nye anbefalinger for jerntilskud og vitaminer, nye anbefalinger for små børns fiskeindtag samt beskrivelser af hvilke fisk ammende mødre ikke bør spise.

De nye anbefalinger tager udgangspunkt i dokumenteret viden om, hvilken ernæring spædbørn og småbørn bør have for at vokse optimalt. Anbefalingerne kommer i kølvandet på de nye nordiske næringsstofanbefalinger, de nye officielle danske kostråd og på baggrund af en rapport om behovet for nye anbefalinger udarbejdet for Sundhedsstyrelsen.

Publikationen indeholder blandt andet:

- **Nye anbefalinger for mælk til spædbørn**

Sundhedsstyrelsen anbefaler nu, at børn ikke får komælk, men kun modermælk eller modermælkserstatning i hele det første leveår. Årsagen er, at komælk har et proteinindhold, der er cirka tre gange så højt som modermælk og et lavt jernindhold. Der er dokumentation for, at for meget protein i spædbørnsalderen har betydning for udviklingen af overvægt senere i livet.

- **Nye anbefalinger for jerntilskud**

Sundhedsstyrelsen anbefaler ikke længere jerntilskud til børn født til tiden i perioden 6-12 måneder. Behovet for jern bør fra 6-måneders alderen dækkes af en jernholdig kost med blandt andet kød og fisk. Børn født for tidligt skal stadig have jerntilskud.

- **Nye anbefalinger for fisk**

Sundhedsstyrelsen og Fødevarestyrelsen anbefaler nu, at børn under tre år ikke får store rovfisk som f.eks. tun. Det gælder også tun på dåse. Årsagen er, at der kan være risiko for, at barnet får for meget kviksølv gennem maden, og et højt indtag af kviksølv kan påvirke hjernens udvikling negativt.

- **Nye anbefalinger for introduktion af gluten**

Sundhedsstyrelsen anbefaler nu, at glutenholdige produkter gives i variation med ikke-glutenholdige produkter og i stigende mængde fra barnet begynder på skemad. Det vil sige, at glutenholdig kost kan gives, før barnet fylder 6 måneder.

Ud over de ovennævnte anbefalinger er der i publikationen også lagt vægt på, at børnene tilbydes mange forskellige smags- og konsistensindtryk allerede fra 6-måneders alderen, og at børnene selv kan begynde at gribe efter maden tidligere end før beskrevet. Derudover er der et helt nyt afsnit om små børns spiseudvikling og forebyggelse af spiseproblemer hos små børn.

Se hele publikationen:

[Ernæring til spædbørn og småbørn – en håndbog for sundhedspersonale](#)

Den nye publikation erstatter den hidtil gældende: Anbefalinger for spædbarnets ernæring – Vejledning til sundhedspersonale” fra 2006.

[Information om spædbørnsernæring på Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#)

- [Spædbørnsernæring](#)
- [Ernæring](#)

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2015 -18. Stikkord: Spebarns ernæring. Danske Sundhedsstyrelsen.

.....

Forskning.no 24.2.2015

Fremdeles uenige om bisfenol A

Bisfenol A er ufarlig slik det brukes i dag, ifølge EUs trygg mat-byrå. Det rådet kan være feil, mener forsker.

Irene Berg Petersen, journalist, videnskab.dk

Bisfenol A (BPA) brukes i en rekke forbruksvarer, blant annet i brusbokser. Stoffet har lenge vært omstridt fordi det er giftig i store mengder. Noen studier tyder på at det er hormonforstyrrende for barn.

– Kan endre seg

Det er imidlertid ikke farlig i de små mengdene vi utsettes for, **konkluderer Den europeiske trygg mat-organet (Efsa)** (direkte klikkbar lenke). Forskningsleder Anna-Maria Anderson ved det danske Rigshospitalets klinikk for vekst og reproduksjon er ikke like sikker.

– Jeg vil ikke kalle det en frikjennelse, sier forskeren. – Det er en vurdering av effekten ut fra den kunnskapen vi har i dag. Det kan endre seg.

Anderson er spesialist på hormonforstyrrende stoffer og påpeker at Efsa har endret grenseverdien fra 50 til 4 mikrogram per kilo kroppsvikt.

Vurderte ikke cocktaileffekt

Efsas nye vurdering vekker imidlertid begeistring hos i den danske organisasjonen Plastindustrien:

– Det er snakk om en ganske entydig frikjennelse utarbeidet av EUs ledende eksperter på bakgrunn av all relevant forskning på området. Jeg håper vi nå kan parkere diskusjonen, sier miljøsjef Helle Fabiansen.

Anna-Maria Anderson påpeker at bruken av BPA nå kan komme til å øke, noe som kan skape nye problemer.

Hun forklarer også at Efsas risikovurdering ikke tar med de mulige konsekvensene av den såkalte cocktaileffekten. Flere studier har nemlig vist at kjemikalier kan skade hormonsystemet hvis de blandes.

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

Dette er hele artikkelen fra forskning.no. Du kan se den i originalversjon samt få tilgang til en del relaterte lenker ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/mat-og-helse-miljo/2015/02/forsker-vil-ikke-frikjenne-bisfenol>.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2015 – 19. Stikkord: Bisfenol A.

Forskning.no 24.2.2015:

Gi småbarn peanøtter for å unngå allergi

Å spise peanøtter forebygger peanøttallergi, ifølge forskere.



Ida Kvittingen, journalist

Hoven hals og pustevansker – en peanøtt kan være livsfarlig for et barn som er allergisk. Rådet om å gi nettopp peanøtter til høyrisiko-grupper, kan derfor virke oppsiktsvekkende.

Likevel er det det de foreslår, forskerne bak en ny studie publisert i *The New England Journal of Medicine*.

Små barn som fikk peanøtter, hadde hele 80 prosent lavere sjanse for å utvikle allergi enn barn som ble holdt helt unna peanøttene, har de funnet ut.

Peanøttsmør tre ganger i uka

Den internasjonale forskergruppa fant at i snitt 17 prosent av barna som ikke fikk peanøtter, hadde utviklet allergi da de var fem år gamle. Det samme gjaldt bare 3 prosent av barna som hadde spist peanøtter.

Rundt 600 barn ved et sykehus i England var mellom fire og elleve måneder gamle da de ble med i undersøkelsen. De hadde høy risiko for å utvikle peanøttallergi, fordi de allerede var allergiske mot egg eller hadde eksem.

Men det viste seg altså å være mulig delvis å forebygge enda en allergi. Barna spiste peanøttsmør eller peanøttsnacks tre eller flere ganger i uka fram til de var fem år.

Forskerne testet barna da de var babyer. De som overhodet ikke fikk noen reaksjon på allergitesten, hadde 86 prosent redusert risiko for å utvikle allergi dersom de spiste peanøtter. De som testet positivt, fikk 70 prosent lavere risiko.

Foreldre må være forsiktede

Dette betyr ikke at foreldre bør gi peanøtter til barn som de mistenker at er allergiske mot dem.

I studien sin luket forskerne ut barn som viste tegn på peanøttallergi. De advarer foreldre mot å gi peanøtter til barn med eggallergi eller eksem uten å ha testet dem hos en lege først.

Neste skritt i prosjektet er å se om barna forblir allergifrie når de slutter å spise peanøtter. Varer beskyttelsen de fikk i tidlige år, eller avhenger den av fortsatt eksponering?

Forskerne peker selv på noen svakheter ved studien, som at ingen av barna fikk narremedisin. Placebo skal sikre at det å få et tilskudd i seg selv ikke påvirker resultatene. Dessuten var det flere gutter enn jenter som ble tilfeldig plassert i gruppa som ikke fikk spise peanøtter.

Allergikere kan tåle peanøtter

Også tidligere forskning har antydnet at tidlig eksponering for matvarer, som peanøtter, [kan virke forebyggende på allergi](#) (klikkbar lenke).

Mange studier har dessuten undersøkt hvordan det å utsette allergikeren for litt av det han er allergisk mot, kan øke toleransen.

Britiske forskere har tidligere funnet at det kan hjelpe å gi små doser peanøtter til barn som allerede er allergiske, ifølge [NRK](#) (klikkbar lenke)

Det samme har [amerikanske forskere lett seg fram til](#) (klikkbar lenke)

Lignende resultater er også vist for [egg og melk](#) (klikkbar lenke)

Nyere allergitester har for øvrig avslørt at to av tre som har fått påvist peanøttallergi, kan spise peanøtter uten problemer. Ikke alle som tror at de er allergiske, er det, skriver [Norsk helseinformatikk](#) (klikkbar lenke).

Referanse:

George Du Toit mfl: Randomized trial of peanut consumption in infants at risk for peanut allergy. *The New England Journal of Medicine*, online 23. februar 2015.

Teksten er endret 6. mars 2015 for å presisere at det er snakk om peanøtter, som botanisk sett ikke er nøtter.

Dette er hele artikkelen fra [Forskning.no](#). Du kan også se den i originalversjon ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/2015/02/spise-notter-forebygger-notteallergi>. Da får du også tilgang til en del relatert materiale.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2015 – 20. Stikkord: Allergi. Peanøtter.

DAGENS
Medisin Debatt 12.02.2015:

Hexeberg's fatale transfettråd

Det er bra at noen utfordrer etablerte sannheter, men anbefalingene fra Kostreform for bedre helse, blant annet å spise ubegrenset med smør og rødt kjøtt, strider mot all objektiv kunnskap.

Tetyana Kalchenko, lege i Oslo

LEDEREN FOR foreningen Kostreform for bedre helse, Erik Hexeberg, kommer igjen med oppsiktsvekkende påstander, som blant annet baseres på konspirasjonsteorier. I *Dagens Medisin* (3/2015) påstår han at helsemyndighetene «i flere tiår» har anbefalt å bytte ut mettet fett med transfett.

Er dette virkelig sant? På 1970-tallet visste man knapt hva transfett var. Da man på 1990-tallet – for flere tiår tilbake – fikk vite at transfett var helseskadelig, fjernet produsentene mesteparten av transfett fra margariner.

FATALT FRA HEXEBERG. Det finnes dog fortsatt noen som anbefaler transfett - og det er Hexeberg selv, i regi av foreningen. Mens helsemyndighetene advarer mot transfett, oppfordrer Kostreform for bedre helse å spise mer meierismør, ost, fløte og rødt kjøtt. Ifølge data fra Statistisk sentralbyrå er det nemlig meieriprodukter og kjøtt som står for 70 prosent av inntaket av transfett i norsk kosthold.

Inntaket per i dag er ikke så høyt, men kommer til å bli mye høyere og dermed helseskadelig hvis nordmenn lytter til Hexeberg. Det er da Hexeberg sine råd som blir fatale.

UDOKUMENTERT. Lavkarbo-forkjempere påstår at transfett som kommer fra meierismør og kjøtt, ikke er skadelig. Jeg har ikke funnet forskning som danner grunnlag for slike påstander og som «friskmelder» den type transfett. Transfettmolekylene er akkurat de samme.

Det er bra at noen utfordrer de etablerte sannheter og prøver å hjelpe andre på sin måte. Offentlige kostholdsråd bør derimot forholde seg til oppsummert forskning som er publisert i seriøse vitenskapelige tidsskrifter. Anbefalingene fra Kostreform for bedre helse, blant annet å spise ubegrenset med smør og rødt kjøtt, strider derimot mot all denne objektive kunnskapen.

Les debattinnlegget: Kosthold, fettråd og troverdighet

FARLIG, ELLER? I fjor økte helsemyndighetene anbefalt mengde energiinntaket fra fett med fem prosent, noe Hexeberg forsøker å gjøre

en stor sak ut av. Det at vi stadig får mer kunnskap, er ikke en grunn til å beklage at man anbefalte fem prosent mindre fett før. Økningen gjelder dessuten enumettet fett, som for eksempel i rapsolje, avokado, rå peanøtter og mandler, ikke mettet fett.

Om mettet fett alene er farlig eller ikke, spiller uansett ikke en stor rolle fordi det er ingen som spiser mettet fett isolert. Mye viktigere er hvor mettet fett kommer fra og hvordan kostholdet er som helhet. Mesteparten av mettet fett kommer fra matvarer som enten inneholder transfett, mye kalorier eller som har vist seg å øke risiko for livsstilssykdommer – og noen typer kreft, smør, ost og rødt kjøtt – av andre grunner enn mettet fett.

Det eksisterer heller ikke forskning som viser at høyt inntak av smør, kjøtt og ost gir bedre helse på lang sikt – tvert imot.

PLANTEBASERT. Matvarer som reduserer risiko for sykdommer, frukt, grønnsaker og fullkorn, inneholder som hovedregel forsvinnende lite mettet fett. Kosthold som regnes for å være ett av verdens sunneste, middelhavskosthold, inneholder relativt lite kjøtt (nesten ikke noe rødt kjøtt i det hele tatt), smør og andre kilder til både mettet fett og transfett.

Middelhavskosthold er et hovedsakelig plantebasert kosthold og baseres på grønnsaker, belgvekster, frukt, fullkorn, nøtter og fisk. En annen type plantebasert kosthold, vegetarisk, har også godt dokumenterte helsefordeler. Hjertelegeforeningen i USA anbefaler kun å spise plantebasert og utelukke i praksis alle matvarer som kommer fra dyreriket fra kosten.

Både norske og nordiske ekspertpaneler anbefaler kostråd som hovedsakelig er plantebasert. Lavere inntak av mat fra dyreriket og høyere inntak av grønnsaker, frukt, fullkorn og belgvekster er det både politikere og helsevesenet bør jobbe videre for.

Referanser: (direkte klikkbare lenker)

Mindre transfett i norsk mat, [Helsedirektoratets nettside](#).

[Le LT, Sabaté J.: Beyond meatless, the health effects of vegan diets: findings from the Adventist cohorts. Nutrients. 2014 May 27;6\(6\):2131-47. doi: 10.3390/nu6062131.](#)

[Kim A. Williams, MD, FACC, incoming president of the ACC: Vegan Diet, Healthy Heart? American College of Cardiology](#)

[Erik Arnesen, ernæringsfysiolog og helsefaglig rådgiver i Landsforeningen for hjerte- og lungesyke \(LHL\): Plantebasert kosthold, LHLs nettside](#)

[Bartolotto C. Nutritional Update for Physicians: Plant-Based Diets. The Permanente Journal 2013;17\(2\):61-66. doi:10.7812/TPP/12-085.](#)

[Nordiske næringsstoffs anbefalinger \(Nordic Nutrition Recommendations 2012\) NNR -2012, Nordisk ministerråd](#)

[Kostråd for å fremme folkehelsen og forebygge kroniske sykdommer, Nasjonalt råd for ernæring, 2011 \(side 302\)](#)

Oppgitte interessekonflikter:

Artikkelforfatteren er ulønnet styremedlem i foreningen [Helsepersonell for plantebasert kosthold \(HePla\)](#)

Tetyana Kalchenko

Referansekode i 'Helserrådet': ERN 2015 – 16. Stikkord: Kostholdsråd. Fett i kosten.

Hva kan vi lære av demenslandsbyen?



Av Lisbet Rugtvedt, generalsekretær i Nasjonalforeningen for folkehelsen

I demenslandsbyen i Nederland har de tro på at uro og stress kan reduseres når institusjonspreget blir borte, og boligene utformes som et vanlig hjem.

Det kan være nyttig, men ikke nødvendig, å reise utenlands for å lære.

En rekke norske kommuner har vært på studietur til «demenslandsbyen» Hogeweyk i Nederland. I løpet av våren planlegger Stortingets helse- og omsorgskomite også å reise dit. En gruppe fra Nasjonalforeningen for folkehelsen sluttet seg for litt siden til rekken av ekspedisjoner for å se med egne øyne om tilbudet kan danne modell for oss i Norge.

Se hele kronikken i Kommunal Rapport ved å gå inn på eller klikke på http://debatt.kommunal-rapport.no/debatt/hva_kan_vi_laere_i_demenslandsbyen?utm_source=19.02.15:%20Kan%20havne%20i%20Robek%20for%20trede%20gang&utm_medium=email&utm_campaign=Kommunal%20Rapport .

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2015 -23. Stikkord: Demens. Nederland.

Frivillighet Norge – Nyhetsbrev:

Frivilligheten gir bedre folkehelse!

Fellesskapet er en av våre viktigste vaksiner, mener helseminister Bent Høie som i disse dager legger fram ny folkehelsemelding. Frivilligheten er selve hjørnesteinen i fellesskapet vårt. Norge er verdensmestere i frivillighet, men vi må få flere til å delta – spesielt folk med lavere sosioøkonomisk status. Frivillighet er viktig for et levende lokalsamfunn og demokrati i velferdssamfunnet –og er dermed utslagsgivende for folkehelsen i Norge.

- Gjennom frivilligheten får folk kunnskap og kan bidra –og mange opplever fellesskap og mestring. Dette er bra for folkehelsen. Det offentlige bør kjenne til frivilligheten i sitt nærområde så vi kan få en enda større folkehelsegevinst. Derfor er det bra at den nye Folkehelsemeldingen setter fokus på frivillighet, sier generalsekretær i Frivillighet Norge, Birgitte Brekke.

- Folkehelsemeldingen kunne imidlertid handlet enda mer om hvilken helsefremmende effekt frivilligheten har i seg selv og hvordan det offentlige bør bygge opp en bedre frivillighetspolitikk for å bedre folkehelsen, mener Brekke.

I en undersøkelse utført av Frivillighet Norge og KS sier bare 32 % av kommunene at de har en frivillighetspolitikk.

- Frivilligheten i Norge er en fantastisk ressurs og potensialet for større synergieffekter enorm, legger Birgitte Brekke til.

Folkehelseloven pålegger kommunene å samarbeide med frivillig sektor. KS og Frivillighet Norge er enige om oppskriften.

- KS og Frivillighet Norges samarbeidsplattform knesetter de viktigste prinsippene for et fruktbart samarbeid mellom kommunene og organisasjonene. Vi oppfordrer alle kommuner til å bruke dette som utgangspunkt og etablere samarbeid med den lokale frivilligheten, sier Birgitte Brekke.

Last ned den nye folkehelsemeldingen [her](#) (direkte klikkbar lenke). Vil du ha mer informasjon om dette? Ta kontakt med kommunikasjonsrådgiver Morten Skjæveland på 99314677 / mortens@frivillighetnorge.no

Referansekode i 'Helserådet': FRI 2015 – 3. Stikkord: Folkehelsemelding.

Frivillighet Norge – Nyhetsbrev:

Foreslår at kommunene skal få ansvaret for frivillighetssentralene

- Regjeringen foreslår nå å overføre tilskuddene til frivillighetssentralene til kommunene slik at de kan få et mer helhetlig ansvar, sa Kommunal- og moderniseringsminister Jan Tore Sanner i en presentasjon av stortingsmeldingen "Kommunereformen - nye oppgaver til større kommuner" fredag 20. mars.

Spørsmålet om hvem skal ha ansvaret for frivillighetssentralene; Kulturdepartementet eller kommunene, har vært stilt mange ganger de siste årene. Ikke minst av KS som er opptatt av at frivillighetssentralene er lokale og dermed bør være et kommunalt anliggende.

Frivillighet Norge er bekymret for at kommunene kan komme til bruke frivillighetssentralene som salderingspost når budsjettene skal vedtas og kommuneøkonomien er trang.

- Dersom kommunene bruker frivillighetssentralene som salderingspost vil rommet for frivilligheten i nærmiljøene bli mindre. Dette er alvorlig både for demokratiet og velferden i lokalmiljøene våre, sier generalsekretær i Frivillighet Norge Birgitte Brekke.

- Skal kommunene få ansvaret for frivillighetssentralene må staten legge føringer for å sikre at frivillighetens kår i kommunene ikke svekkes, fortsetter Brekke.

Se Kommunal- og moderniseringsdepartementets pressemelding [her](#) og stortingsmeldingen [her](#) (begge er direkte klikkbare).

Referansekode i 'Helserådet': FRI 2015 – 4. Stikkord: Frivillighetssentralene. Kommunalt ansvar.



Høringsuttalelse - NOU 2014-12 Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten

KS har avgitt høringsuttalelse etter behandling i Hovedstyret 18. februar 2015.

KS innleder høringsuttalelsen på følgende måte; Når mandater for offentlige utvalg nedsettes hvor det er klart at kommunesektorens ansvarsområder inngår, må KS involveres i utformingen av mandat. Relevans for denne saken: Da ville kommunesektoren fått en mye mer sentral plass i utvalgets rapport.

Høringsuttalelsen er oppsummert i punktene nedenfor:

1. Manglende forankring i kommunene
2. Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er forskjellige
3. Samhandling er nødvendig for riktig prioritering
4. Prioriteringsdilemmaene i kommunene er ikke drøftet
5. Også prioritering i helsetjenesten er politikk
6. Tapere og vinnere
7. Bedre beslutningsgrunnlag
8. Fastlegens rolle
9. Videreutvikle dagens prioriteringssystem
10. Juridiske virkemidler

KONTAKTPERSONER FOR DENNE SAKEN (direkte klikkbare lenker)

Askum, Sigrid J. Helse og velferd
sigrid.askum@ks.no

Rolstad, Kari Helse og velferd
kari.rolstad@ks.no

SENTRALE LENKER OG DOKUMENTER (direkte klikkbare lenker)

- [Høringsuttalelse: NOU 2014-12 Åpen og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten](#)
- [Høringsdokumenter på regjeringen.no](#)

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2015 – 24. Stikkord: Prioriteringer.

Forskning.no 24.2.2015:

Forskningsprosjekt skal få nordmenn til å gå mer

Forskere skal nå finne ut hvordan nordmenn kan bli flinkere til å velge bort bilen og heller ta beina fatt på kortere turer.

Professor Kine Halvorsen Thorén ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet sier til Dagsavisen at forskningsprosjektet er viktig både for folkehelsen og for miljøet.

– I dag er det altfor mange som kjører bil når de kan gå, sier hun.

En av tre går lite

Forskningsprosjektet skal pågå fram til slutten av neste år. Det ledes av forsker Odd Inge Vistad ved Norsk institutt for naturforskning på Lillehammer og finansieres av Norges forskningsråd. Forskerne har allerede undersøkt folks turvaner i Moss.

Av de 780 som er spurt, svarer 8 prosent at de går fra null til en halv tur i uka. 27,5 prosent svarer at de går fra en halv til fire turer i løpet av sju dager.

– Dette innebærer at om lag en tredel av de spurte så å si ikke beveger seg ute til fots, sier Thorén.

Hundeeiere går mest

64,5 prosent av de spurte i Moss svarer på sin side at de går mer enn fire turer i uka.

Tallene fra Moss viser kanskje ikke så overraskende at de som har hund, også går mest. Menn går sjeldnere enn kvinner, og færre med lav utdanning går tur.

Mange som går lite tur, svarer at de ville gått mer hvis de hadde hatt noen å gå sammen med. Mørke og vinter er like vanlige turhindre som mangelen på turselskap.

Dette er hele artikkelen fra [Forskning.no](http://forskning.no). Du kan se den i originalversjon ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/forebyggende-helse-trening/2015/02/forskningsprosjekt-skal-fa-nordmenn-til-ga-mer>.

Referansekode i 'Helserådet': FYS 2015 – 9. Stikkord: Gåturer.

Forskning.no 17.2.2015:

30 minutters spasertur kan redde arbeidsdagen din

En halvtimes spasertur midt på dagen gjør stillesittende kontormus i bedre humør, viser ny forskning.

Hvis du synes det er litt tungt å være på jobben, kan det være du burde få deg litt frisk luft. Ny forskning viser at bare en halv times spasertur tre ganger i uken gjør deg mer fornøyd og mindre stresset.

– Humørendringer kan bedre produktiviteten, og så er det jo viktig for den enkelte, sier Cecilie Thøgersen-Ntoumani, professor ved Curtin University i Australia.

Endrer hele dagen

Thøgersen-Ntoumani [har undersøkt](#) (klikkbar lenke) 56 ansatte ved University of Birmingham, hvor hun selv har arbeidet.

Ingen av deltakerne rørte seg så mye til daglig, men gjennom 10 uker skulle de gå en tur på 30 minutter tre hverdager, samt to ganger i helgen. Det er den anbefalte minimumsgrensen for bevegelse fra myndighetene.

To dager i uken rapporterte deltakerne om følelsene sine gjennom en app, både morgen og ettermiddag. Appen gjorde det mulig å rapportere følelsene mens de var ferskt i minne; en feilkilde andre forskningsprosjekter har slitt med.

Deltakerne ble i mye bedre humør enn en kontrollgruppe. De opplevde også mindre nervøsitet.

På grunn av innviklede beregninger og analyser kan ikke Thøgersen-Ntoumani sette noe presist tall på forbedringene, men hun anslår at man klatrer et halvt trinn opp en humørskala som går til 5.

Se hele artikkelen fra [Forskning.no](http://forskning.no) ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/2015/02/30-minutters-spasertur-kan-redde-arbeidsdagen-din>. Der får du også tilgang til relatert stoff.

Referansekode i 'Helserådet': FYS 2015 – 8. Stikkord: Daglig mosjon. 30 minutter.

DAGENS
Medisin Oppdatert 24.02.15 Nyheter

Høyere dødelighet hos enker og enkemenn

Giftede menn og kvinner som mister sin ektefelle har høyere risiko for selv å dø den første tiden etterpå – og i flere år fremover.

Norske forskere ved UiT Norges Arktiske universitet viser dette i en studie nylig publisert i [Epidemiology](#) (direkte klikkbar lenke). Elinor Ytterstad og Tormod Brenn har sett på data fra alle norskfødte som var gift i 1975, og fulgt endringer i sivil status og dødelighet frem til 2006.

Dødeligheten hos enker og enkemenn er sammenlignet med dødeligheten hos giftede. De som giftet seg senere, er tatt ut av materialet. Nær 500.000 ble enker/enkemenn i oppfølgingsperioden.

Det første året etter å ha mistet sin ektefelle, er risikoen for selv å dø 34 prosent høyere for menn og 29 prosent for kvinner, sammenlignet med dødeligheten hos giftede.

Faller med alderen

Høyest er risikoen for menn i alderen 60-64 år, hvor risikoen for å dø øker med 78 prosent og med 50 prosent for kvinnene.

Overdødeligheten er lavere, dess eldre man er når man mister sin ektefelle, og reduksjonen ses raskere hos menn enn hos kvinner.

Vedvarer i årevis

Generelt er risikoen for å dø etter å ha mistet ektefellen sin aller høyest én til syv dager etterpå. Det å miste ektefellen sin gir høyere risiko for å dø også de neste ti årene, selv om risikoen avtar sterkt i løpet av det første året og deretter flater ut – og fortsatt høyere, ifølge artikkelforfatterne.

– Det første året er det kritiske, men dødeligheten er høyere også de neste årene, med mellom 21 og 29 prosent økt risiko, avhengig av år etter ektefelles død. Dette har andre studier også funnet, at risikoen er forhøyet i flere år etterpå, sier førsteamanuensis Elinor Ytterstad til Dagens Medisin.

Varierende data

Forskerne har tatt hensyn til at dødeligheten har endret seg i befolkningen.

– Men vi har ingen bakgrunnsvariabler som kan si noe om mulige forklaringer på overdødeligheten hos enker og enkemenn. Alle tidligere publiserte studier viser også en overdødelighet like etter at ektefellen dør. Andre har funnet 10-20 prosent høyere risiko, men det er veldig varierende metoder og data. Vi har nok hatt litt bedre data enn mange andre studier, forteller Ytterstad.

Lisbeth Nilsen

lisbeth.nilsen@dagensmedisin.no

Dette er hele artikkelen fra Dagens Medisin. Du får også tilgang til den ved å gå inn på eller klikke på http://www.dagensmedisin.no/nyheter/hoyere-dodelighet-hos-enker-og-enkemenn/?utm_source=apsis-amp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified.

Referansekode i 'Helserådet': HST 2015 – 9. Stikkord: Enker og enkemenn. Dødelighet.

.....

Forskning.no 24.2.2015

Badstue bra for hjertet

Det kan være lurt å varme kroppen. Menn som tar badstue ofte, har lavere risiko for å dø av hjerte- og karsykdommer. Men det kan også være fordi de slapper så godt av i badstua.

Varme, avslapning, svetting og fellesskap. Badstue er en del av finsk kultur. Da er det kanskje ikke så rart at det nettopp er finske forskere som bruker tid på å undersøke hva badstua gjør med folk.

En ny studie går grundig til verks for å se om den har noe å si for dødsfall blant menn.

Alle mennene i studien brukte badstue. Forskerne ville finne ut om det var en forskjell blant dem som tilbrakte mye tid der og dem som stakk sjeldnere innom.

Jo oftere, jo bedre

På 1980-tallet spurte de et tilfeldig utvalg på 2315 middelaldrende, østfinske menn om badstuevanene deres. Deretter så de hvem som levde 21 år seinere.

Det viste seg at det var høyere dødelighet blant dem som tok badstue én gang i uka enn blant dem som varmet seg to-tre ganger per uke. De som var i innom fire til sju ganger i uka, hadde enda lavere risiko for å dø.

Og det gjaldt ikke bare dem som døde av hjertestans eller hjerte- og karsykdommer som hjerteinfarkt. Det gjaldt også dem som døde av andre årsaker.

Du får tilgang til hele denne artikkelen ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/helse-forebyggende-helse-hjertet/2015/02/badstue-bra-hjertet>.

Referansekode i 'Helserådet': PER 2015 – 3. Stikkord: Badstue.

.....

DAGENS
Medisin

Oppdatert 20.02.15 Nyheter

Trappeskader kostet 92 milliarder dollar

Skader som følge av at pasienten ble skadet i en trapp sto for 1,2 millioner ulykker i den store studien, som omfatter perioden 2009 – 2010. Trappeskadene kostet over 92 milliarder dollar årlig, ifølge en [artikkel i siste utgave av tidsskriftet Injury Prevention](#) (direkte klikkbar lenke), som utgis av BMJ.

Kostnadsmodell

Den amerikanske studien ser på kostnaden av skader fra forbrukerprodukter, som er blitt behandlet ved 100 legevakter. Datagrunnlaget bygger på en kostnadsmodell som henter sannsynlighetsdata fra National Electronic Injury Surveillance System (NEISS).

Sport skader flest

– Møbler, byggevarer og sportsutstyr sto bak over 77 prosent av behandlingskostnadene, på 909 milliarder dollar, ifølge artikkelen.

Sport- og fritidsaktiviteter sto for tretti prosent av skadene i studien. Aktiviteter som amerikansk fotball, basket, sykling, baseball og fotball var de vanligste skadeårsakene.

Norske trappeskader

En undersøkelse i 2014 viste at nordmenn har over tre tusen uhell i trapper eller ved kanter hver eneste dag. Uhellene resulterte i 70.000 beinbrudd, en rekke alvorlige skader og flere dødsfall.

Undersøkelsen ble utført av Ipsos MMI på oppdrag fra Norges Blindforbund.

Lasse Moe

lasse.moe@dagensmedisin.no

Dette er hele artikkelen fra Dagens Medisin. Du får også tilgang til den ved å gå inn på eller klikke på http://www.dagensmedisin.no/nyheter/trappeskader-kostet-92-milliarder-dollar/?utm_source=apsis-amp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified.

Referansekode i 'Helserådet': SKA 2015 – 7. Stikkord: Trappeskader.

Forskning.no 12.2.2015:

Skrekkhistorie gir feil bilde av p-piller

P-piller og hormonspiraler øker risikoen for hjernesvulst, lød det nylig i flere utenlandske medier. Men forskere maner til ro: Risikoen er minimal. De som bruker p-piller, lever faktisk lenger enn andre.

Tusenvis av kvinner tar p-piller. Noen av dem ble kanskje skremt av påstander om at det kan øke risikoen for svulster i hjernen:

«Yngre kvinner som bruker p-piller eller hormonspiral har høyere risiko for hjernesvulst,» kunne man lese i Jyllands-Posten.

En rekke andre medier formidlet også historien. Nyheten kom på bakgrunn av forskning fra Syddansk Universitet og Kræftens Bekæmpelse. Men forskerne maner til besindighet: Det er ingen grunn til å slutte med p-piller.

– Risikoen for hjernesvulst for kvinner i den aldersgruppen er fortsatt veldig liten, sier David Gaist, som er professor i nevrologi ved Syddansk Universitet.

Se hele artikkelen fra Forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/2015/02/skrekkhistorie-gir-feil-bilde-av-p-piller>.

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2015 – 13. Stikkord: P-piller

Forskning.no 24.2.2015:

Fem til ti barn døde av meslinger hvert år

Før meslingvaksinen kom i 1969, krevde barnesykdommen livet til fem til ti norske barn hvert år.

Onsdag døde en 18 måneder gammel gutt av meslinger i Berlin. Siden oktober er det registrert mer enn 570 smittede i den tyske hovedstaden.

I USA har 141 personer fått meslinger så langt i år, blant annet etter at en uvaksinert, smittet kvinne besøkte Disneyland. President Barack Obama ber nå foreldre om å vaksinere barna sine.

Folkehelseinstituttet bekrefter at også Norge er sårbart for importert smitte. Men risikoen er mindre, fordi en større andel er vaksinert. Likevel ønsker instituttet at enda flere skal vaksinere barna sine også her til lands.

– Glemmer hvordan sykdommen var

– For få husker hvordan sykdommen var. Det er nok en av årsakene til at noen har vaksineskepsis, mener overlege Synne Sandbu ved vaksineavdelingen i Folkehelseinstituttet til forskning.no.



– Noen foreldre lar være å vaksinere sine barn, fordi de blir feilinformert av vaksinemotstandere, sier overlege Synne Sandbu ved vaksineavdelingen i Folkehelseinstituttet. (Foto: Folkehelseinstituttet)

Det mener også Kjersti Weimoth Sørensen på Strømmen. Hun fikk meslinger som treåring, rett før vaksinen ble tatt i bruk i 1969.

– Dette er så lenge siden at vi dessverre glemmer hvor beskyttet vi er nå, sier hun til.

Du kan se hele artikkelen fra Forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/2015/02/meslinger-tok-livet-av-5-10-norske-barn-arlign-vaksinen-kom>

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 74. Stikkord: Meslinger. Vaksinemotstand.

Forskning.no 20.2.2015:

Vaksinen mot polio utryddet sykdommen i Norge

Nesten 10 000 nordmenn som ble rammet av polio, lever ennå. Turid fikk polio som syvåring, fire år før vaksinen kom. Vaksinemotstandere setter egne og andres barns liv i fare, mener hun. Minst 300 norske barn døde under epidemiene på 50-tallet.

Turid Johanne Dehs (70) på Jevnaker ble rammet av poliomyelitt som liten. Hun svevde mellom liv og død i tre døgn da hun fikk hjernehinnebetennelse som følgesykdom. Sykdommen preger fortsatt livet hennes.

Nå er hun i harnisk over foreldre som er vaksinemotstandere:

Naive foreldre

- De er naive og vet ikke hva de gjør. De setter livet til sine egne og andres barn i fare. Om de hadde vært en dag i kroppen min, så hadde de nok endret mening, sier hun til forskning.no.

Det er gjerne redselen for bivirkninger som gjør folk til vaksinemotstandere, men denne frykten har ikke rot i virkeligheten, ifølge en dansk studie. Forskerne sammenlignet helsedata fra alle dansker født mellom 1980 og 2009. Vaksineringsgraden ga ikke flere sykdomstilfeller enn normalt.

Turid gikk i første klasse i Vågå da hun brått ble syk en vinterdag i 1953, under den siste epidemien i Norge. Hun falt om på gulvet og mistet bevisstheten. I flere uker lå hun lammet hjemme i sengen sin.

- Jeg var lam i hele kroppen, med feber og intense smerter, spesielt i nakken og hodet, forteller hun.

Moren pleide henne, men det var ingen medisiner som virket. Lillesøsteren ble sendt for å bo hos sin tante. Naboene var redde for smitte, men kom med maten som hun likte best, kjøttkaker i lefse, i esker som de satte på trappa.

- De trodde at sunn, god mat ville bidra til at jeg frisknet til, forklarer hun.

Se hele artikkelen fra Forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/2015/02/poliorammet-refser-vaksinemotstandere>

Artikkelen inneholder også referanser til en del annet relevant materiale.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 -73. Stikkord: Polio. Vaksinemotstand.

Kommunal Rapport

Slår alarm om kikhosteutbrudd i Bergen

Smittevernetaten i Bergen kommune sier et større utbrudd av kikhoste har spredt seg i Bergen. 30 lærere er vaksinert etter at flere niendeklassinger er blitt syke.

Av NTB

10. februar 2015 - 8:28 (Oppdatert: 10. februar 2015 - 8:38)

- Det finnes kikhoste over hele byen, sier smittevernoverlege Øystein Søbstad i Bergen til [NRK](#) (direkte klikkbar lenke).

Kikhoste regnes for å være en av de aller mest smittsomme bakteriesykdommene. De siste årene har det vært flere store utbrudd, og flere tusen er blitt syke.

Smittevernetaten i Bergen har sendt ut brev til fastleger og legevaktstasjonene med informasjon om utbruddet. Sist fredag ble 30 lærere på Hop ungdomsskole i Fana vaksinert etter at seks elever på niende trinn ble syke med kikhoste.

For voksne arter sykdommen seg som voldsomme hostekuler og brekninger, mens for spedbarn kan den være dødelig siden barna ikke får puste. I Norge dør et spedbarn i snitt annethvert år som følge av kikhoste. Vaksine mot kikhoste blir gitt til barn i Norge når de er tre måneder gamle.

Da kikhostevaksinen ble innført i Norge i 1952, falt antall smittede. Fra 1960-årene til 1997 var det ingen større utbrudd. Men fra 1997 har tallet holdt seg høyt. I årene 2005-2012 mottok Folkehelseinstituttet meldinger om 3.500 til 6.600 kikhostetilfeller per år. (©NTB)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 -71. Stikkord: Kikhoste. Bergen.

Oppdatering 19.februar 2015

Ti tilfeller av botulisme hos injiserende rusmisbrukere i Oslo-området

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

Folkehelseinstituttet har nå fått rapportert totalt ti tilfeller av botulisme hos personer som hadde injisert heroin utenfor blodåren. I alle tilfellene er heroinen skaffet i rusmiljøet i Oslo. Det er viktig med oppmerksomhet på mulig forurenset heroin som kan være i omlop. Diagnostiske analyser med musetest og PCR-prøver for påvisning av toksin utføres ved Statens Serum Institut i København.

Heroin i Oslo-området kan være forurenset

Rusmisbrukere og helsepersonell som er i kontakt med misbrukere må være oppmerksomme på at heroin som sirkulerer i Oslo-området kan være forurenset med botulinusporer. Det er dermed også nødvendig å ha oppmerksomhet på botulismesyntomer hos injiserende misbrukere.

Botulisme

Botulisme er en alvorlig sykdom med nerverlammelser, som skyldes toksiner (giftstoffer) produsert av bakterien *Clostridium botulinum*. Det finnes tre former for botulisme: matbåren-, sår- og spedbarnsbotulisme. Injiserende misbrukere kan utvikle en alvorlig form for sårbotulisme når de injiserer stoff forurenset med botulinusporer.

Symptomer og helsehjelp

De som selv injiserer heroin, eller er i kontakt med mennesker som tilhører denne gruppen, bør ta kontakt med helsetjenesten (legevakt, lege, rusomsorgen i egen kommune o.l.) ved symptomer. Injiserende misbrukere som utvikler kliniske tegn på botulisme, skal henvises til sykehus for vurdering og prøvetaking.

Symptomer på botulisme:

- Øyelokkslammelser
- Lammelser
- Dobbeltsyn
- Uttalt munntørrhet
- Svelgevansker/talebesvær
- Vanskeligheter med å puste

Tiden fra smitte til sykdom (inkubasjonstiden) kan ved injeksjonsbotulisme variere fra noen få dager til opp mot 2 uker.

Varsling og prøvetaking

Botulisme er en varslingspliktig sykdom og helsepersonell som mistenker et tilfelle skal umiddelbart varsle kommuneoverlegen, som skal varsle videre til fylkesmannen og Folkehelseinstituttet. Dersom kommuneoverlegen ikke nås, varsles Folkehelseinstituttets døgnåpne Smittevern vakt direkte (tlf. 21076348).

Den kliniske diagnosen hos en stoffmisbruker bør bekrefte ved diagnostikk. Prøve fra sår bør sendes til det lokale mikrobiologiske laboratoriet til dyrkning for påvisning av botulismebakterien. Det bør alltid tas blodprøve før evt. oppstart av antitoksin. Dersom man ønsker å få utført en mustest for påvisning av toksin og/eller PCR-prøve for verifisering av toksinproduksjon kan dette for tiden bare utføres ved Statens Serum Institut (SSI) i København. SSI må kontaktes på forhånd (tlf +45 32683236). Kontaktperson er [Kurt Fuursted](#). Utgifter til analyser ved SSI må dekkes av Helseforetaket. Mer informasjon finnes her:

- [Clostridium botulinum diagnostikk SSI](#) (direkte klikkbar lenke)

Folkehelseinstituttet arbeider med å få etablere diagnostikken ved beredskapslaboratoriet ved instituttet, men inntil videre må altså musetest og PCR-prøver fra stoffmisbrukere utføres i Danmark.

Smitteveier og forebygging

Hudinfeksjoner og abscesser er vanlig hos misbrukere. Bakterier som danner sporer, som botulismebakterien, kan gi alvorlig infeksjon ved at stoffmisbrukere injiserer heroin som er forurenset med bakterier, under huden (subkutant) eller inn i muskelvev (intramuskulært). Også åpne sår og brukerstyr kan være forurenset med bakterier. Det viktigste forebyggende tiltaket er å unngå å bruke heroin, eventuelt unngå å injisere inn i muskelvev eller under huden. Røyking av heroin reduserer risikoen for botulismesmitte.

Tiltak

Oslo kommune har informert legevakter og relevante institusjoner som er i kontakt med misbrukere om å informere misbrukere om faren for botulisme ved heroininjeksjon, samt om å være oppmerksom på symptomer hos brukere. Relevante institusjoner er orientert om utbruddssituasjonen.

Det europeiske varslingsystemet for smittevern hendelser er informert om situasjonen. Skotske helsemyndigheter har også rapportert flere tilfeller av botulisme blant misbrukere i Glasgow-området. Det europeiske smittesenteret (ECDC) og det europeiske overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA) har utarbeidet en risikovurdering i forbindelse med botulismeutbruddene i Norge og Skottland:

- [Rapid Risk Assessment: Wound botulism in people who inject heroin: Norway and the United Kingdom \(ECDC, februar 2015\)](#) (direkte klikkbar lenke)

Tidligere utbrudd av sårbotulisme

Høsten 2013 var det et utbrudd med 4 bekreftede og 3 sannsynlige tilfeller av sårbotulisme hos stoffmisbrukere i Oslo og Vestfold. Det er tidligere rapportert om klynger med tilfeller av sårbotulisme både i Norge og andre europeiske land, blant annet England, Tyskland, Sveits og Irland. Man har mistenkt at smitekilden har vært forurenset narkotika eller forurensete kanyler.

Publisert: 19.02.2015, endret: 11.03.2015, 08:19

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 -70 Stikkord: Botulisme. Rusmisbrukere.

Rotavirusvaksine til premature barn

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113962>.

For tidlig fødte barn er spesielt sårbare for å få alvorlig rotavirus sykdom. Folkehelseinstituttet mottar jevnlig spørsmål om bruk av rotavirusvaksine til denne gruppen. Vi minner om anbefalingene for rotavirusvaksinasjon av premature.

Vaksinen Rotarix er godkjent for premature barn med gestasjonsalder (GA) minst 27 uker dersom barnet er klinisk stabilt, tåler enteral ernæring, og det ikke foreligger kontraindikasjon mot vaksinasjon. I utgangspunktet bør premature barn få rotavirusvaksine som anbefalt, også de som er inneliggende på sykehus ved anbefalt alder for vaksinasjon. Det er imidlertid noen spesielle anbefalinger knyttet til denne gruppen. Anbefalingene kan oppsummeres slik:

- Rotavirusvaksine skal tilbys alle barn født fra og med 27-ukers gestasjonsalder.
- Første dose rotavirusvaksine skal tilbys mellom 6- og 12-ukers kronologisk alder såfremt barnet tåler enteral ernæring. Første dose skal ikke gis etter alder 12 uker + 0 dager. Andre dose skal gis senest 16 uker + 0 dager. Minste anbefalt intervall mellom dosene er 28 dager.
- Det er ikke nødvendig med andre smittevernrutiner enn alminnelig håndhygiene ved stell av barn som har fått rotavirusvaksine.
- Premature barn født ≤ 28 -ukers gestasjonsalder som fortsatt er innlagte på sykehus eller har kjent apnétendens bør overvåkes i 24 timer etter vaksinasjon.
- Barn som er inneliggende på sykehus ved anbefalt tidspunkt for øvrige vaksiner i barnevaksinasjonsprogrammet bør også tilbys disse.

Utdypende informasjon og bakgrunn for anbefalingene finnes i brev som er sendt til kommunene og landets sykehus med barneavdelinger: [Anbefalinger for bruk av rotavirusvaksine til premature barn](#) (pdf) (direkte klikkbar lenke).

Publisert: 11.02.2015, endret: 03.03.2015, 08:50

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 72.

Høyere risiko for emosjonelle plager blant innvandrerbarn

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113923>.

Barn i 10-12 årsalderen med innvandrerbakgrunn meldte i dobbelt så stor grad om emosjonelle plager sammenlignet med andre medelever, viser en studie ved Folkehelseinstituttet. Forskerne så også at foreldrene til innvandrerbarna var mer opptatt av skolepresonasjoner enn resten av foreldrene.

- Funnene viser at allerede i perioden før ungdomsårene, rapporterer barn med innvandrerbakgrunn om høyere nivåer av emosjonelle problemer, sammenlignet med de uten innvandrerbakgrunn, forteller forsker ved Folkehelseinstituttet Daniele Alves.

14 prosent av barna med innvandrerbakgrunn hadde en skåre på emosjonelle problemer som betegnes som «høyt nivå av emosjonelle

problemer». 6 prosent av barna uten innvandrerbakgrunn hadde en slik skåre. Forskerne har sammenlignet emosjonelle problemer hos barn, med og uten innvandrerbakgrunn, før ungdomsårene og ut fra barns egne vurderinger.

Dataene er hentet fra studien UngKul, der rundt 900 skolebarn i alderen 10 til 12 år fra Oslo og Bergen deltok skoleåret 2006-2007. Barna ble spurt om blant annet deres psykiske helse, skolehverdag og økonomiske situasjon. Forskerne spurte også om hvorvidt foreldrene la vekt på skoleprestasjon.

De tre største innvandrergroppene i undersøkelsen - Pakistan, Tyrkia og Sri Lanka - hadde alle en høyere risiko enn ikke-innvandrere for å ha emosjonelle problemer. Funnene støtter tidligere forskning som har vist at både voksne og ungdommer fra minoritetsgrupper i Norge opplever emosjonell belastning i større grad enn ikke-innvandrere.



Ill.foto: Colorbox

Foreldrene fokuserer mer på prestasjon

Forskerne valgte å se nærmere på sammenhengen mellom barns emosjonelle problemer og foreldres fokus på barnas skoleprestasjon. Forskerne så at foreldrene til innvandrerbarna var mer opptatt av skoleprestasjoner enn resten av foreldrene. Foreldrene hadde også en større tendens til å sammenligne barnas skoleprestasjoner med søsken og klassekamerater.

- Det ser ut som denne tendensen til å sammenligne bidrar til noe av barnas emosjonelle problemer, mener Alves.

Forskerne sjekket også om forskjeller i kjønn, alder eller skoleversker kunne forklare noe av den skjeve fordelingen. Men resultatene forble de samme da de kontrollerte for disse faktorene.

- Resultatene fra forskningen tyder på at lærere og foreldre bør være ekstra oppmerksomme på tegn til angst og depresjon hos skolebarn med innvandrerbakgrunn. Psykiske plager kan være vanskelig for lærere og foreldre å oppdage, og kan derfor få utvikle seg over tid. Det er viktig å oppdage barna med emosjonelle problemer, så de kan få hjelp og oppfølging, sier Alves.

Forsker Daniele Alves skrev studien i samarbeid med kolleger fra Folkehelseinstituttet, Universitetet i Oslo og Harvard University. Forskningen er en del av hennes doktorgradarbeid.

Definisjoner

Begrepet innvandrerbarn omfatter i denne studien både barn som selv har innvandret til Norge med sine foreldre, samt barn av innvandrere som er født og oppvokst i Norge. Selv om det er store forskjeller mellom disse barna på mange områder, var det ikke signifikant forskjell mellom deres nivå på emosjonelle problemer og andre viktige variabler i studien. De ble slått sammen i deler av studien, men de tre største gruppene innvandrerbarn fra Pakistan, Tyrkia og Sri Lanka ble også studert hver for seg.

Referanser

1. Alves et al (2014), "Risk of Emotional Distress is Higher in Preadolescents with Immigrant Compared to Non-Immigrant Background" – Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology. Vol. 1 (1)
2. Alves et al (2014), "Preadolescents with Immigrant Backgrounds: The Relationship between Emotional Problems, Parental Achievement Values, and Comparison" – Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology. Vol. 2 (3)
3. Alves et al (2011), "Emotional problems in preadolescents in Norway: The role of gender, ethnic minority status, and home- and school-related hassles" – Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. Vol. 5 (37).

Publisert: 09.02.2015, endret: 01.03.2015, 15:46

Referansekode i 'Helserådet': PSY 2015 – 7. Stikkord: Innvandrerbarn.

Ny rapport:

God kvalitet i barnehagen kan forebygge vansker

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114058>.

God kvalitet i barnehagen ser ut til å forebygge utvikling av språk- og atferdsvansker over tid, særlig hos sårbare barn. Faktorene som synes å virke inn på barna er blant annet plass til læringsaktiviteter, utdanning hos personalet, relasjon til personalet, tilbud av aktiviteter, tid i barnehagen og gruppestørrelse.

Dette kommer fram i rapporten "[Sårbare barn i barnehage – betydningen av kvalitet](#)" (direkte klikkbar lenke) som Folkehelseinstituttet har laget i samarbeid med Kunnskapsdepartementet. Med sårbare barn menes barn som har en nevrobiologisk risiko som for eksempel at de er født for tidlig, har lav fødselsvekt eller barn som har et vanskelig temperament i spedbarnsalder.

- Hovedfunnene i rapporten er spesielt viktige for sårbare barn. Vi ser at dårlig kvalitet i barnehagen kan påvirke disse barnas utvikling i negativ retning over tid, forteller Ragnhild Eek Brandlistuen, forsker ved Folkehelseinstituttet.

Betydningen av kvalitet

Sammen med kollegaer ved Folkehelseinstituttet har hun undersøkt betydningen av kvalitet i barnehagen for sårbare barn og barn ellers. Dataene er hentet fra Den norske mor og barnundersøkelsen (MoBa) der spørreskjema for nesten 7000 femåringer ble fylt ut av både foreldre og pedagogiske ledere i barnehagene.

Gruppestørrelse og plass

- Vi fant at for sårbare jenter var store barnegrupper med 25 til 40 barn klart knyttet til flere symptomer på språkvansker ved 5-årsalder. Samtidig så vi at symptomer på språkvansker hos denne gruppen sank over tid dersom de gikk i små barnegrupper med 1 til 14 barn, sier Eek Brandlistuen.

Forskerne så også en tydelig sammenheng mellom for liten plass til læringsaktiviteter og økte symptomer på språkvansker samt symptomer på atferdsvansker som sinne og utagering. Denne sammenhengene gjaldt alle barna, men var sterkest for sårbare gutter.

Kreativ og fysisk lek

- Resultatene tyder også på at i barnehager med godt tilrettelagt kreativ og fysisk lek reduseres symptomene på språkvansker betydelig for sårbare gutter. Når det sjeldent var tilbud om planlagt kreativ eller fysisk lek var det knyttet til økte symptomer på språkvansker for alle barna, men sterkest for sårbare gutter. I tillegg var dette også knyttet til tristhet og nedstemthet hos gutter i hele utvalget, forteller Eek Brandlistuen.

Her er hovedfunnene i rapporten:

- Gruppestørrelse henger sammen med utviklingen av språk og atferd.
- Utilstrekkelig plass til læringsaktivitet henger sammen med flere symptomer på språkvansker og symptomer på atferdsvansker som sinne og utagering (eksternaliserende atferd).
- Tidlig startalder, før 1 år, er ikke knyttet til flere symptomer på språkvansker, symptomer på emosjonelle vansker som tristhet og engstelse (internaliserende atferd) eller symptomer på atferdsvansker som sinne og utagering ved 1,5 år.
- Lange dager i barnehagen, 40 timer eller mer i uken, henger sammen med flere symptomer på språkvansker og symptomer på atferdsvansker som sinne og utagering ved både 1,5 år og 5 år.
- Høy andel ufaglærte ansatte henger sammen med flere symptomer på emosjonelle vansker som tristhet og engstelse hos gutter.
- Manglende nærhet og konfliktfylt relasjon til pedagogisk leder henger sammen med økte symptomer på språk- og atferdsvansker hos alle barn.
- Lite samarbeid/entusiasme blant personalet henger sammen med flere symptomer på språk- og atferdsvansker hos jenter.
- Sjeldent tilbud av planlagt kreativ og fysisk lek henger sammen med flere symptomer på språk- og atferdsvansker.

I 2013 gikk 90 prosent av barn i Norge mellom 1 og 5 år i barnehage.

Betydning for utvikling

- Mange har stilt spørsmål om økningen i bruk av barnehage kan ha negative konsekvenser for barna. Den forrige rapporten om kvalitet i barnehager som vi ga ut i 2014 viste ingen klare sammenhenger mellom hvor tidlig barna begynte i barnehagen og senere psykiske eller språklige funksjoner. Vi fant heller ingen effekter av lange dager i barnehagen, eller sterke sammenhenger mellom kvalitet i barnehagene og psykiske og språklige fungering ved 5 år hos barn flest, sier Ellinor F. Major, direktør i Divisjon for psykisk helse ved Folkehelseinstituttet.

I denne nye rapporten, som bygger på et større datamateriale, er det tatt utgangspunkt i barns ulike behov for tilrettelegging og oppfølging.

- Overordnet sett kan vi påvise at god kvalitet i barnehagen har en viss betydning for barnas utvikling, og det ser ut til at denne betydningen er størst for sårbare barn, sier Major.

Hun legger til at når en skal vurdere funnene i denne rapporten må man også ta et generelt forbehold.

- Når vi tester mange sammenhenger, som her, kan noen av sammenhengene oppstå helt tilfeldig. Det kan også hende at ikke alle effekter som finnes er avdekket i studien.

Rapporten er den femte fra Språk- og læringstudien (SOL) (direkte klikkbar lenke) som er et samarbeidsprosjekt mellom Folkehelseinstituttet og Kunnskapsdepartementet. Folkehelseinstituttet står ansvarlig for innholdet i rapporten.

Publisert: 18.02.2015, endret: 23.03.2015, 13:01

Referansekode i 'Helserådet': UNG 2015 – 7. Stikkord: Barnehager.

