

- Komplette innholds-
fortegnelse
s. 2
- Nyhetsbrev folkehelse-
arbeid
s.3
- Frivillighetserklæringen:
Første steg på veien
s. 14
- Mobilbruk i bil er som å
kjøre med 0,8 i promille
s. 17
- Meningitt hos russ
s. 19
- Flere skader i russetiden
s. 36
- Påvist tilfelle av
meslinger i Oslo
s. 38



Helserådet

INNHold NR. 9/15

Nyhetsbrev – folkehelsearbeid nr. 2/2015 fra Helsedirektoratet	3
360 kommuner i rute med nytt tilbud	13
Samhandlingsreformens konsekvenser for pleie- og omsorgstilbudet i kommunene (2)	13
Frivillighetserklæringen: Første steg på veien	14
Mobbing og posttraumatisk stressforstyrrelse	14
Nakke- og skulderplager blant unge arbeidstakere. Er mekanisk arbeidsbelastning en risikofaktor?	15
Lokale data forebygger lidelser	16
Mobilbruk i bil er som å kjøre med 0,8 i promille	17
Europa taper kampen mot giftige kjemikalier	17
Sier bisfenol A, men ikke B	18
Røyking dreper to av tre røykere	18
Lungekreft blant menn på retur	18
«Ung person fra kommunen innlagt på intensivavdelingen med meningokokk-meningitt»	19
Må satse mer på folks helse	21
Influenza? Sannsynligvis er du «bare» forkjølet	21
Folkehelsekonferansen 2015: Det nære friluftslivet	23
Skal jeg bruke håndsåpe eller flytende såpe?	23
Helsefremmende barnehager og skoler i Østfold	24
Stortingsmelding 26 (2014-2015): Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet	
- En helhetlig helse- og omsorgstjeneste	24
- Styrker kommunenes arbeid med psykisk helse og rus	25
- Bedre kvalitet og kapasitet i omsorgstjenestene	26
Omsorg 2020: Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015 - 2020	26

NYTT FRA WWW.FHI.NO, FOLKEHELSEINSTITUTTET

Miljøgiftene PCB og DDE kan påvirke barns vekstutvikling	27
Mobbing er en alvorlig risikofaktor for angst og depresjon	28
Folkehelseprofiler for kommunene 2015 er publisert	29
Folkehelseprofiler for kommunene 2014: Forskjeller i psykisk helse mellom kommunar	31
Folkehelsebarometeret: Hvordan tolke røde og grønne symboler i kommunenes folkehelseprofil?	32
Psykisk helse i kommunen – risikofaktorer	32
Sot fra stearinlys kan gi helseplager	33
Rotavirusvaksine i barnevaksinasjonsprogrammet: Statusoppdatering	34
Kraftig økning i bekjempelse av veggedyr	35
Flere skader i russetiden	36
Mikroskopimetode ikke egnet for å påvise borrelia og babesia	37
Ebola-vaksinestudie klar til oppstart i Guinea	37
Påvist tilfelle av meslinger i Oslo	38
Dyreassosiert MRSA hos 23 personer i 2014	39
Kartlegger helseulikheter i Portugal	39
Helsepersonell oppfordres til å bli med på kartlegging av deres kunnskap om utførelse og betydning av håndhygiene	40
Fortsatt nedgang i salg av reseptfrie smertestillende legemidler	41
Bestilling av influensavaksine for sesongen 2015/2016	43
Mange vaksineforsendelser inneholder ny temperaturindikator som må leses av med en gang	44
Oppfordring om å returnere esker med isolerende elementer	44

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: Russetidens farer: se artikler side 19 og side 36.

Nyhetsbrev - folkehelsearbeid 2/2015

Dette brevet går til landets fylkesmenn, fylkeskommuner og kommuner, og inneholder informasjon fra Helsedirektoratet av relevans for lokalt og regionalt folkehelsearbeid. Brevet inneholder ingen bestillinger eller oppdrag.

Kategoriene og temaer i nyhetsbrevet vil variere ut i fra hvilke saker det er aktuelt å formidle.

Folkehelsepolitikk

Meld. St. 19 (2014- 2015) Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter



Meldingen ble fremmet i Statsråd 27. mars 2015. I [meldingen](#) presenterer regjeringen strategier for å styrke folkehelsen og folkehelsearbeidet. Regjeringen bygger videre på den tverrpolitiske enigheten om de overordnede rammene for folkehelsepolitikken. De nasjonale målene videreføres. Psykisk helse skal integreres som en

likeverdig del av folkehelsearbeidet, arbeidet med livsstilsendring skal få en ny og mer positiv vinkling og det skal utvikles en moderne eldrepolitikk med vekt på aktivitet og deltakelse. Regjeringen vil styrke samarbeidet på tvers av sektorer for å skape et samfunn som fremmer helse og trivsel. Hensynet til befolkningens helse skal få større plass i steds-, nærmiljø- og lokalsamfunnsutviklingen. Det skal settes i gang et utviklingsarbeid i samarbeid med kommunesektoren med sikte på å etablere et program for folkehelsearbeid i kommunene. Metoder og verktøy til bruk i folkehelsearbeidet er en viktig del av innsatsen, for eksempel kommunehelseprofiler, faglig støtte til kommunene og bedre koordinering av statlige føringer. Meldingen skal etter planen behandles i Helse- og omsorgskomiteen i Stortinget 30. april. Det er mulig å være publikum. Du kan følge saksgangen i Stortinget [her](#).

Konferanser/seminar

Møteplassen frivillighet 1. juni i Oslo

Helse – og omsorgsdepartementet, KS og Frivillighet Norge arrangerer «[møteplassen frivillighet](#)». Samarbeid med frivilligheten er sentralt i folkehelsearbeidet. Mange kommuner og frivillige organisasjoner vil samarbeide, men bare ca. 30 % av kommunene har en frivillighetspolitikk. Møteplassen byr på svar, skråblikk, forskning og konkrete eksempler. På dette seminaret kan du bli mer kjent med ulike aktører som ønsker å gjøre et felles løft for folkehelse. [Meld deg på](#) innen 15. mai.



Helsedirektoratet har nylig inngått en intensjonsavtale med Frivillighet Norge for å samarbeide om folkehelsearbeid. Avtalen skal rette fokus på vårt felles mål, nemlig gode lokalsamfunn som grunnlag for god folkehelse, der frivilligheten er en viktig aktør.

Sosioøkonomisk status blant barn og unge – hvordan og hvorfor?

Formiddagsseminar i Helsedirektoratet 4. juni

Når barn og unge intervjues i spørreskjemabaserte undersøkelser vil sosioøkonomiske bakgrunnsdata ofte ikke kunne koples på uten videre. Sosioøkonomisk bakgrunn må derfor måles ved hjelp av spørsmål i spørreskjemaet. Ulike spørsmål er brukt over tid og i ulike kontekster. Validering av målemetodene er krevende. For å belyse dette temaet og legge til rette for en diskusjon mellom aktuelle fagmiljøer, og kanskje mellom fagmiljøene som produserer dataene og fagforvaltningen som bruker dem, inviterer Helsedirektoratet til formiddagsseminar i samarbeid med Fagråd for sosial ulikhet i helse.

Tid: Torsdag 4. juni kl. 9-12

Sted: Helsedirektoratet, Universitetsgata 2, Oslo

Servering: Frukt, rundstykker og kaffe/te

Påmelding via [denne lenken](#).

Kontaktperson: Øyvind Giæver, Helsedirektoratet, avd. Levekår og helse E-post:

oyvind.giaever@helsedir.no

Vi minner om konferansen «Kunnskapsbasert folkehelsearbeid – fra lovverk til praksis» i Sandefjord 15.–16. juni 2015

[Konferansen](#) vil formidle ny kunnskap og erfaringer om praktisk folkehelsearbeid, og vil legge til rette for erfaringsdeling, nettverksbygging og forhåpentligvis være til stor inspirasjon for videre arbeid. Bakgrunnen for konferansen er Helsedirektoratets initiativ til tre ulike prosjekter som skal være med å dokumentere praksis, utvikle metodikk og spre eksempler

fra lokalt folkehelsearbeid. Siden programmet først ble annonsert har det kommet på noen endringer som gjør at deltagelse kan være relevant for enda flere.

Anna Balkfors, virksomhetsleder på Institutet för Hållbar stadsutveckling og Huvudsekreterare Malmökommissionen har bekreftet at hun kommer. Tittelen på hennes foredrag er «Hållbar utveckling och ojämlikhet i hälsa med Malmö som exempel».

I parallellsesjonene deles eksempler fra erfaringsfylkeprosjektene. Vi vil særlig nevne:

- Hvordan organisere og gjennomføre arbeidet med å omsette overordna planer til praktisk folkehelsearbeid. Erfaringer fra kommuner i Sør-Trøndelag.
- Workshop med utprøving av metoder for helsekonsekvensvurderinger og implementering av helsekonsekvensvurderinger i kommunal saksbehandling. Erfaringer fra kommuner i Østfold.
- Maler og verktøy til bruk i oversiktsarbeidet, herunder innhenting og bruk av kvalitative data som belyser sosial ulikhet i helse og ensomhet/psykisk helse. Erfaringer fra kommuner i Vestfold.
- Har du eksempler fra ditt fylke som du ønsker å dele på konferansen er det fortsatt anledning til å ha en gratis stand.

Meld deg på innen 4. mai. Kontaktperson for konferansen: Herdis Dugstad, Helsedirektoratet, avd. Levekår og helse. E-post: Herdis.Dugstad@helsedir.no

Nordisk konferanse om sosial ulikhet i helse - fra kunnskap til handling 30. november – 1. desember i København

Målgruppen er politikere, ledere og planleggere på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Følgende spørsmål er med på å danne et grunnlag for tematikken som skal løftes på konferansen:

- Hva skal til for å implementere en styrket innsats mot sosial ulikhet i helse i nordiske kommuner og fylkeskommuner?
- Hva vil det kreve av politikere, byråkrater og forskere?



© Per Magnus Persson/Johnér

Konferansen arrangeres av Sundhedsstyrelsen og KL fra Danmark, Helsedirektoratet og KS fra Norge, Folkhälsomyndigheten og SKL fra Sverige. First announcement finner du [her](#). Program og informasjon om påmelding kommer i juni. Du kan også melde deg på nyhetsbrev på [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#).

Kontaktperson: Tone P. Torgersen, Helsedirektoratet, avd. Levekår og helse. E-post: Tone.Poulsson.Torgersen@helsedir.no

Rapporter (og nyttig kunnskap)

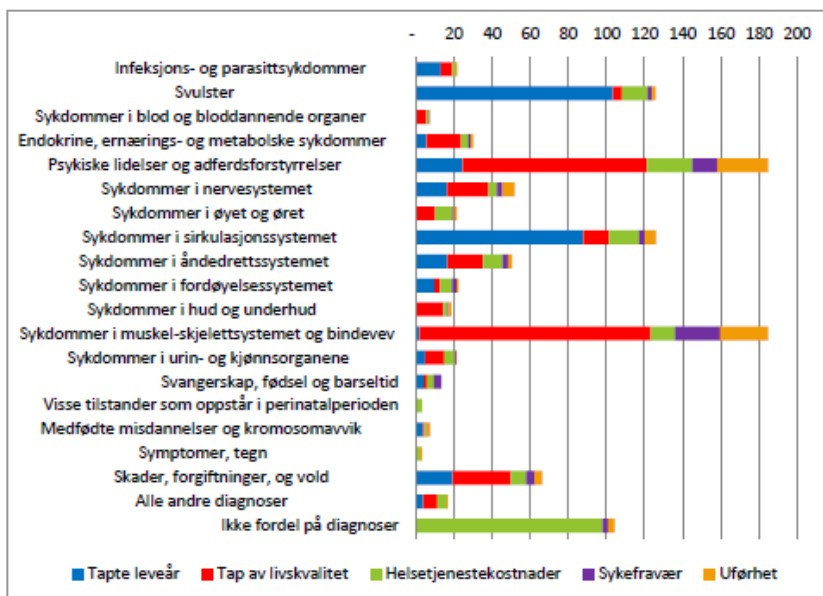
Evaluering av samhandlingsreformen

Evasam (Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør) er et prosjekt som er gjennomført av NIBR på oppdrag fra Norges forskningsråd. Prosjektet gjør opp status for kommunenes helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid to år etter reformoppstart. En midtveisevaluering er ferdigstilt (du finner rapporten [her](#)). Det vil også komme en endelig rapport. Prosjektet fokuserer på tre dimensjoner ved arbeidet. For de første hva slags forståelse av folkehelse som har nedfelt seg blant kommunenes ansatte. For det andre hvordan folkehelsearbeidet organiseres, koordineres og hvilke samarbeidsrelasjoner som utvikles. For det tredje hvilken type tiltak som implementeres. Rapporten gir et godt grunnlag for sammenligning med [baselineundersøkelsen](#) fra 2011 om lokalt og regionalt folkehelsearbeid. Du finner informasjon om ulike artikler og prosjekter hos NIBR [her](#).

Rapport om Samfunnskostnadene ved sykdom og ulykker

Samfunnskostnadene ved sykdom og ulykker er for 2010 beregnet til om lag 1100 milliarder kroner. Dette viser Helsedirektoratets rapport "[Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker – Helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på diagnoser og risikofaktorer](#)" som kom i mars 2015.

I beregningen av samfunnskostnadene inngår både helsetap (tapte leveår og tapt livskvalitet), kostnader for helsetjenesten og produksjonstap (sykefravær og uførhet). Helsetapet utgjør den største andelen av de samfunnsøkonomiske kostnadene, med 65 prosent. Å beregne samfunnskostnadene synliggjør gevinstpotensialet ved forebyggings- og behandlingstiltak.



Kostra

15. mars publiserte SSB Kostra tall for 2014. Dette er den første av to publiseringer knyttet til [Kostra rapporteringen](#) (den årlige rapporteringen fra kommune-stat som gir statistikk om ressursinnsats, prioriteringer og måloppnåelse i kommuner, bydeler og fylkeskommuner). Fra 2013 har vi hatt med folkehelseressurs - spørsmål. Rapporteringen viser at så mye som 285 av 383 kommuner har løpende oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for folkehelsen. I tillegg viser Kostra at det er stor variasjon når det gjelder antall årsverk knyttet til å koordinere folkehelsearbeidet i fylkeskommunene; alt fra under et halvt årsverk til ti årsverk. 6 fylkeskommuner hadde 1 koordinator, mens 7 fylker har over 3,5 årsverk.

Helsebiblioteket og helserådet- finn nyttig stoff om lokalt folkehelsearbeid

Helsedirektoratet vil minne om at Helsebiblioteket i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har et [emnebibliotek for samfunnsmedisin og folkehelsearbeid](#). Her finner du stoff som er sortert etter f. eks. oppsummert forskning, kommunale saker, rapporter, veiledere og retningslinjer, brosjyrer og artikler. Artikler derfra, samt enda flere artikler som har en nyhetsverdi i øyeblikket, presenteres gjennom publikasjonen «Helserådet» som utkommer hver 14. dag. [Helserådet](#) utgis i en gratis e-post versjon og i en papirversjon som er betalingsbelagt. Nærmere opplysninger om abonnement kan fås ved å sende e-post melding til redaktør Anders Smith, smi@helsebiblioteket.no

Systematisk folkehelsearbeid – verktøy

Folkehelseprofiler for fylker og kommuner er publisert

Folkehelseprofilene og de tilhørende [statistikkbankene](#) skal understøtte folkehelsearbeidet i kommunen. Sammen med andre data og lokalkunnskap kan disse produktene benyttes til å få oversikt over folkehelsen og planlegge folkehelseiltak. Folkehelseinstituttet har nå publisert folkehelseprofiler for [fylker](#) og [kommuner](#). I løpet av våren ventes også bydelsprofiler for de fire største byene (Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger).



I 2015-profilene for fylkene har noen indikatorer fra 2014 gått ut, mens nye har kommet inn i stedet. Nye indikatorer er:

- Overvekt inkludert fedme hos vernepliktige 17-åringer, med data fra nettbasert skjema ved sesjon 1.
- Andelen jenter i aktuelle aldersgrupper som har fått HPV-vaksine for å forebygge livmorhalskreft (vaksine mot humant papillomavirus).
- Forskjeller i forventet levealder mellom ulike utdanningsgrupper. Denne indikatoren er også ny i årets folkehelseprofil for kommunene. Se egen [artikkel](#) om denne indikatoren.

Se også artikler på FHIs sider om [folkehelsearbeid i kommunen](#).

Om mål og strategier i kommunalt folkehelsearbeid

Gjennom folkehelseloven (§ 6, annet ledd) er det en forventning om at kommuner fastsetter mål og strategier for folkehelsearbeidet. Mål og strategier skal utarbeides som del av arbeidet med planer etter plan- og bygningsloven. Utgangspunktet skal være kommunens identifisering av sine folkehelseutfordringer. Hensikten er å sikre politisk forankring av folkehelsearbeidet, samt tverrsektoriell forankring. Helsedirektoratet har nå lagt ut en omtale av dette elementet som skal være del av et systematisk folkehelsearbeid ([se omtale](#)). På

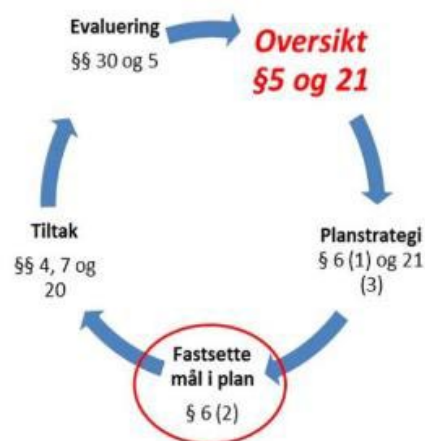
nettsidene er det også lagt ut noe generell informasjon om det å utarbeide mål og strategier, og det er gjengitt et [eksempel på hvordan en kommune har gått frem](#): Vi minner ellers om nettsidene våre som nylig er omgjort, og videreutviklingen av «[Veivisere i lokalt folkehelsearbeid](#)» som er ment som et praktisk hjelpemiddel til kommuners tverrsektorielle folkehelsearbeid.

Kontaktperson: Ellen M. Paulssen, Helsedirektoratet, avd. Levekår og helse. E-post:

Ellen.Marie.Paulssen@helsedir.no

Kontaktperson for veivisere i lokalt folkehelsearbeid: Herdis Dugstad, Helsedirektoratet, avd.

Levekår og helse. E-post: Herdis.Dugstad@helsedir.no



Helsefremmende levevaner

Nøkkelhullet utgjør en forskjell

– ny kampanje

Ved å bytte ut vanlige matvarer med Nøkkelhullet der det er mulig, vil man uten andre endringer i kostholdet oppnå anbefalt nivå av både mettet fett og kostfiber. Det viser en [beregning](#) utført av Universitetet i Oslo for Helsedirektoratet. Den 16. april lanserte Helsedirektoratet vårens kampanje om nøkkelhullet.



Kampanjen er en viktig del av et langsiktig kommunikasjonsarbeid om Nøkkelhullet. Målet er å øke kunnskapen om Nøkkelhullet, og hvilken betydning det har å velge Nøkkelhullsmerkede matvarer for kostholdet. Det er bl.a. laget fire nye [filmer](#) og nye [nettsider](#) ifb. med kampanjen: www.facebook.com/smaagrep. [Undervisningsmaterie](#)ll er også tilgjengelig. Spre gjerne film og materiell til samarbeidspartnere.

Kontaktperson: Anita Thorolvsen Munch, Helsedirektoratet, avd. Befolkningsrettet folkehelsearbeid. E- post: anthm@helsedir.no

Dine30 der folk bor – aktivitetsdag 10. mai

10. mai er Verdens aktivitetsdag. Dagen er en fin anledning til å sette fokus på fysisk aktivitet – og i år oppfordrer vi alle til å bruke dagen til å spre inspirasjon om lokale muligheter for «Dine30». Kampanjen Dine30 er utformet slik at den blir mer relevant om folk «finner den igjen» i lokalmiljøet – og oppdager de mulighetene som finnes nærmiljøet sitt; små og store løkker, parker, stier og skogholt. En kort tur daglig eller noen ganger i uka kan gi stor helsegevinst – og gode naturopplevelser og sosialt samvær på kjøpet. Kanskje kan kommunene bruke sine lokale nettverk og kanaler til å mobilisere flest mulig til å dra med seg venner og kjente 10. mai – og resten av 2015.

«Dørstokkmila» er et begrep mange kjenner seg igjen i – og mange trenger litt drahjelp for å komme i gang. Det er også lettere å opprettholde aktiviteter over tid hvis man er en «gjeng» som støtter og heier på hverandre. For kampanjen Dine30 har vi laget et enkelt gavekort som kan deles ut i nær sagt alle sammenhenger – og kan brukes til å invitere med venner på aktiviteter.



Vi har også laget en serie klistremerker som kan brukes til å gi aktiviteter, tilbud, stier og parker et «Dine30»-stempel. Gavekortene og Dine30-klistremerker kan bestilles ved å sende en e-post til: dine30@helsedirektoratet.no. Andre Dine30-verktøy finnes til nedlasting på Helsedirektoratets [Dine30- sider](#).

Bli med på Europeisk mobilitetsuke og bilfri dag 2015

16. – 22. september

Klima- og miljøminister Tine Sundtoft og samferdselsminister Ketil Solvik-Olsen har sendt brev til landets ordførere med oppfordring til alle byer og tettsteder om å delta på Europeisk mobilitetsuke og bilfri dag 16. til 22. september. Europeisk mobilitetsuke er en årlig kampanjeuke for å fremme mer miljøvennlig transport i byer og tettsteder. 2000 europeiske byer deltar i kampanjeuken, som avsluttes med bilfri dag. Ministrene oppfordrer til at kommunen bruker sine samarbeidsnettverk og starter planleggingen av årets kampanje tidlig. Årets tema er *multimodalitet*, altså hvordan ulike transportmidler kan utfylle hverandre for å få en mer behagelig, effektiv, miljø- og helsevennlig reise. I Norge er det Statens vegvesen og Vegdirektoratet som har koordineringsansvar for Europeisk mobilitetsuke og Bilfri dag. Helsedirektoratet og Miljødirektoratet støtter opp om kampanjen på nasjonalt plan. Mer informasjon om registrering finnes på www.mobilitetsuken.no.



Verdens tobakksfrie dag 31. mai og Den store sluttedagen 19. oktober

Hvert år markeres verdens tobakksfrie dag 31. mai for å rette oppmerksomheten mot tobakksrelaterte dødsfall og sykdommer. Verdens helseorganisasjon (WHO) fastsetter tema for dagen, og i år er temaet «Stans ulovlig handel med tobakksvarer». Les mer og bestill materiell [her](#).

Vi minner samtidig om Den store sluttedagen, som i år blir den 19. oktober. Planlegg gjerne høstens sluttetilbud i tilknytning til denne dagen! Vi oppfordrer vi til lokale aktiviteter for eksempel på kjøpesentre, arbeidsplasser, legekantor, skoler og frisklivssentraler. Helsedirektoratet vil tilby 24-timers støtte til dem som gjør et slutteforsøk denne dagen på Røyketelefonen 800 400 85, [Slutta – din røykeslutt på Facebook](#) og via Slutta-appen. Nytt i år er at vi også vil tilby chat på slutta.no

Kontaktperson: Anne Kathrine Aambø, Helsedirektoratet, avd. Befolkningsrettet folkehelsearbeid E-post: anaam@helsedir.no

sluttedagen DEN STORE
19. OKTOBER

Forebyggende helsetjenester

Til beste for barn og unge- ny nasjonal faglig retningslinje

For første gang lager Helsedirektoratet en nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende- og forebyggende arbeidet ved helsestasjoner, skolehelsetjenesten - og helsestasjon for ungdom (0-20år). Tjenesten er viktig i det lokale folkehelsearbeidet, noe som vil bli løftet frem i ny retningslinje. Tjenesten tilbys alle barn og unge, og har nært opptil 100 % tilslutning hvis den fungerer etter intensjonen. Med en sterk og faglig god innsats mot barn og unge kan dette helsetjenestetilbudet bidra til at de møter voksenlivet med god helse, gode mestringsopplevelser og evne til å ta vare på seg selv. Rådene og anbefalingene som gis i en retningslinje skal være konkrete og kunnskapsbaserte, og den skal bidra til å redusere uønsket variasjon og fremme god kvalitet i tjenesten.

<https://helsedirektoratet.no/helsestasjon-og-skolehelsetjeneste>

Kontaktperson: Astrid H Kvalnes, Helsedirektoratet, avd. allmennhelsetjeneste. E-post: astrid.hernes.kvalnes@helsedirektoratet.no

Utvidet rekvireringsrett for jordmødre og helsesøstre

Stortinget har vedtatt at jordmødre og helsesøstre nå skal få anledning til å forskrive all type prevensjon til kvinner fra 16 år og gjennom hele den fertile perioden. Per i dag har bare jordmødre og helsesøstre som er ansatt i helsestasjon/skolehelsetjenesten kunnet forskrive p-piller, p-ring og p-plaster til kvinner mellom 16 og 20 år. Med den nye ordningen skal de kunne skrive ut resept på alle typer prevensjon, og også sette inn spiral eller p-stav på kvinner fra og med fylte 16 år. Helsedirektoratet samarbeider nå med høyskolene og universitetene for å lage skoleringsmoduler i kvinnehelse som sikrer tilstrekkelig teoretisk og praktisk opplæring av jordmødre og helsesøstre. Skoleringen skal tilbys både til dagens studenter og til jordmødre og helsesøstre som er ferdigutdannede. Det er utarbeidet en ny forskrift som trer i kraft 1/1-2016, og man ønsker at jordmødre og helsesøstre står klare for å imøtekomme ordningen da. Lett tilgjengelig prevensjon og en bredere meny å velge i blant p-produktene er viktige mål for ordningen, som også vil kunne bidra til reduserte aborttall og økt seksuell autonomi.

Kontaktperson: Cecilie Sommerstad, Helsedirektoratet, avd. oppvekst og aldring. E-post: cecilie.sommerstad@helsedirektoratet.no



Nyttige lenker - folkehelsearbeid

- Helsedirektoratet:
Folkehelse og forebygging: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse>
Folkehelsearbeid i kommunen:
<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen>
Veivisere i lokalt folkehelsearbeid:
<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokalt-folkehelsearbeid>
- Folkehelseinstituttet
Folkehelseprofiler og kommunehelse statistikkbank:
<http://www.fhi.no/helsestatistikk/folkehelseprofiler>
<http://khs.fhi.no/webview/>
Diverse - lokalt folkehelsearbeid:
<http://www.fhi.no/helsestatistikk/folkehelseprofiler/folkehelsearbeid-i-kommunen>
- Helse- og omsorgsdepartementet
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/folkehelse.html?id=10877>
- Helsebiblioteket – samfunnsmedisin og folkehelsearbeid:
<http://www.helsebiblioteket.no/samfunnsmedisin-og-folkehelse/metoder-i-folkehelsearbeidet>
- Kommunetorget: <http://kommunetorget.no/>
- Sunne kommuner:
<http://sunnekommuner.no/>
- Skadeforebyggende forum: <http://skafor.org/>

360 kommuner i rute med nytt tilbud

Bladet Kommunal Rapport som vi dessverre ikke har tillatelse til å gjengi artiklene i sin helhet fra, skriver den 12. mars at før det blir en lovpålagt oppgave fra årsskiftet å ha etablert et kommunalt akutt døgntilbud, så har 360 kommuner innen søknadsfristen som var 1. mars i år, fått statens hjelp til å etablere slike tilbud. Artikkelen står å lese i det aktuelle nummeret av Kommunal Rapport, side 15.

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2015 -33. Stikkord: Kommunalt akutt døgntilbud. KAD.



Kommunesektorens organisasjon 6.3.2015:

Samhandlingsreformens konsekvenser for pleie- og omsorgstilbudet i kommunene (2)

(Red.: En artikkel med omtrent samme overskrift fra KS (Kommunesektorens organisasjon) er gjengitt i 'Helserådet' nr. 7/15, side 5)

Pasienter som sykehusene melder utskrivningsklare til kommunen, er ofte sykere enn før samhandlingsreformen. De forlater sykehuset med mer alvorlige, mer behandlingkrevende og komplekse sykdomstilstander.

Endringer i kommunehelsetjenesten går i retning av mer korttidsbehandling- og pleie. Behandlingen er også mer spesialisert enn før samhandlingsreformen. Det inkluderer forskningsinstitusjonen Iris med i rapporten *Samhandlingsreformens konsekvenser for pleie- og omsorgstilbudet i kommunene*.

Iris finner også en vekst i andelen korttidsplasser og andelen plasser til habilitering og rehabilitering. Denne veksten skjer i hovedsak på bekostning av langtidsplasser. Reell kapasitetsøkning på institusjonsplasser forekommer følgelig i liten grad. Samtidig har sykepleierandelen i institusjon og de medisinske kostnadene økt, særlig i hjemmetjenesten. Dette er de områdene hvor effektene av reformen er mest umiddelbare.

Samhandlingsreformen endrer helsetjenesten i kommunene

Rapporten viste at det oppstår mangel på institusjonsplasser, både korttids-, langtids- og rehabiliteringsplasser, hvilket fører til at terskelen for å få sykehjemsplass og hjemmetjenester er blitt høyere. Det er også en utfordring å holde korttidsplasser ledige for å ha kapasitet til å kunne ta imot utskrivningsklare pasienter. Korttidsopphold blir kortere og mer målrettede, og det settes inn mer med personell og utstyr. Dette kan ses på som tegn på en mer spesialisert tjeneste, hvor kommunene i likhet med sykehusene blir mer diagnoseorienterte. Samme tendens til dreining fra helhetlig omsorg og pleie, til mer medisinsk behandling og pleie, finner vi i hjemmetjenesten.

Iris finner at oppbygging av kortsiktig medisinsk behandlings- og oppfølgingstjeneste til de utskrivningsklare kan ha gått ut over det langsiktige tjenestetilbudet til eldre. Terskelen for å få sykehjemsplass og hjemmetjenester er blitt høyere. Utviklingen av mer spesialiserte tjenester går på bekostning av enklere tilbud. Dette kan i neste omgang begrense den forebyggende effekten som enklere tjenester kan ha. Det er ikke direkte økonomiske insentiver i samhandlingsreformen til å drive primærforebyggende helsearbeid blant eldre, og det settes i liten grad inn særlige ressurser i kommunene for å drive denne typen forebygging.

Et faglig løft i de fleste kommuner

Det har vært et løft i det faglige nivået i flere kommuner. Dette har gjort arbeidet mer interessant blant de ansatte, men det er usikkert om det faglige nivået er løftet nok til å håndtere variasjonen i behov blant utskrivningsklare pasienter.

Rapporten viste også at de store kommunene har betydelig større omstillingsutfordringer enn de små.

Uklart om samhandling mellom kommune og helseforetak er bedret

Det er uklart om samhandlingen mellom kommuner og sykehus om den enkelte pasient har blitt bedre. Rapporteringen av avvik fra tjenesteavtalen om utskrivningsklare pasienter varierer. I flere kommuner fortelles det at de ikke har tid til å rapportere avvik, og at slik rapportering har liten effekt.

KONTAKTPERSONER FOR DENNE SAKEN

Ravnaas, Hilde Forskning, innovasjon og digitalisering
hilde.ravnaas@ks.no

SENTRALE LENKER OG DOKUMENTER (direkte klikkbare)

- [Sammendrag](#)
- [Rapport](#)
- [Presentasjon](#)

Referansekode i 'Helserådet': SAM 2015 - 14. Stikkord: Evaluering av samhandlingsreformen.

Frivillighetserklæringen: Første steg på veien

Frivillighet Norge er glad for at regjeringen har lagt fram utkast til en Frivillighetserklæring. I de fleste andre land i Europa har man lenge har overenskomster som beskriver samspillet mellom det offentlige og de frivillige organisasjonene. Målet for Frivillighetserklæringen er å sikre frivilligheten gode rammevilkår og mulighet til å utvikle seg i tråd med sin egenart.

Frivillighet Norge savner imidlertid en henvisning til organisasjonsfriheten, som er en av individets grunnleggende friheter i menneskerettighetserklæringen, i dette dokumentet.

- Det er viktig at regjeringen er tydelig på at organisasjonsfriheten er et bærende element i samspillet mellom frivillig og offentlig sektor. Vi mener også at frivillighetens funksjoner i samfunnet, som det er tverrpolitisk enighet om i Norge, må listes opp i erklæringen, sier generalsekretær i Frivillighet Norge Birgitte Brekke.

Frivillighet Norge er også glad for at regjeringen tydelig uttrykker at koordineringsansvaret for frivillighetspolitikken i staten er plassert ett sted: i Kulturdepartementet. Departementet må være en pådriver og regjeringens ekspert på frivillighet og sørge for styrket kunnskap og samhandling på tvers av departementene.

Ønsker en overordnet overenskomst mellom offentlig og frivillig sektor

Frivillighetserklæringen må sees i sammenheng med både Samarbeidsavtale om leveranser av helse- og sosialtjenester mellom regjeringen og Virke, Frivillighet Norge, Ideelt Nettverk og KS Bedrift, og Samarbeidsplattformen mellom KS og Frivillighet Norge.

- Det må være et mål at det utvikles ett overordnet forpliktende dokument som uttrykker hvilke prinsipper som skal gjelde for det offentliges samhandling og dialog med frivillig sektor på alle områder, i stedet for at vi har tre dokumenter. Vi ser på Frivillighetserklæringen som et første steg på veien mot en slik overenskomst, fortsetter Brekke.

Oppfølging av erklæringen

Frivillighet Norge foreslår at Frivillighetserklæringen bør vurderes revidert hvert andre eller tredje år i lyse av de erfaringene som gjøres og den generelle samfunnsutviklingen. Frivillighet Norge foreslår også at regjeringen vurderer å invitere Stortinget til å drøfte frivillighetspolitikken med utgangspunkt i oppfølgingen av Frivillighetserklæringen minst en gang hver Storingsperiode.

Frivillighet Norge anbefaler at det etter modell fra de siste to årene holdes møter mellom regjeringens medlemmer, KS og Frivillighet Norges styre en gang i året, der de enkelte departementer og KS redegjør for sitt arbeid for å følge opp intensjonserklæringen og Frivillighet Norges styre redegjør for organisasjonenes erfaringer. Målet må være å stimulere til vekst i frivilligheten. Les Frivillighet Norges høringsvar i sin helhet [her](#) (direkte klikkbar lenke).

Referansekode i 'Helserrådet': FRI 2015 – 5. Stikkord: Frivillighetserklæringen.

Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) 4.3.2015:

Mobbing og posttraumatisk stressforstyrrelse

En ny litteraturgjennomgang og metaanalyse fra Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) viser at det er en sterk sammenheng mellom eksponering for mobbing og symptomer på posttraumatisk stressforstyrrelse.

Artikkelen er knyttet til temaet [Psykososiale forhold](#)

Av: Morten Birkeland Nielsen

Forskning viser at eksponering for mobbing, både i skolen og i arbeidslivet, er en traumatisk opplevelse som har konsekvenser for både psykisk og fysisk helse hos den som er utsatt.

Det har blitt hevdet at symptomene man finner hos personer som er utsatt for mobbing sammenfaller med symptomer på posttraumatisk stressforstyrrelse, men det har vært diskutert om mobbing kan betraktes som en direkte årsak til denne type plager.

Posttraumatisk stressforstyrrelse

Posttraumatisk stressforstyrrelse er en relativt langvarig, gjerne kronisk tilstand, som kan oppstå etter alvorlige eller langvarige psykiske traumer slik som ulykker, krig og fysiske overgrep. Lidelsen kjennetegnes ved stadig gjenopplevelse (flashbacks) av den skremmende hendelsen både i våken tilstand og i søvn. Mange forsøker også å unngå ting eller situasjoner som minner om hendelsen. Mange er plaget med irritabilitet, søvnproblemer, konsentrasjonsvansker og humørsvingninger.

Gjennomgang av eksisterende vitenskaplig kunnskap

I litteraturgjennomgangen, som ble utført i samarbeid med forskere fra Universitetet i Bergen, BI og Atferdssenteret, ble all eksisterende forskning på sammenhenger mellom mobbing og posttraumatisk stressforstyrrelse blant barn og voksne gjennomgått. Formålet med studien var å undersøke sammenhenger mellom mobbing og posttraumatisk stressforstyrrelse og å svare om mobbing kan betraktes som en mulig årsak til denne type plager.

Til sammen 29 enkeltstudier var inkludert i gjennomgangen. I gjennomsnitt rapporterte hele 57 prosent av personer som hadde vært mobbet symptomer på posttraumatisk stress over grenseverdier for diagnosen. Til sammenligning er det beregnet at ca 1 prosent av befolkningen til enhver tid lider av posttraumatisk stressforstyrrelse.

Blant soldater som har vært i krig og blant katastrofeofre, er hyppigheten høyere (10-20%) og etter voldtekt er den 30-40 prosent (Norsk Helseinformatikk). Eksponering for mobbing var strekt relatert til enkeltsymptomene for posttraumatisk stressforstyrrelse og styrken på sammenhengene var lik blant voksne og barn.

Utfordringer ved eksisterende forskningslitteratur

Et problem ved eksisterende forskning er at samtlige studier var basert på såkalte tverrsnittsdesign hvor både mobbing og posttraumatisk stress er målt på samme tidspunkt. Det er derfor ikke mulig å si om mobbing fører til symptomer på posttraumatisk stressforstyrrelse eller om personer som allerede har posttraumatisk stressforstyrrelse har økt sannsynlighet for å oppleve seg som mobbet.

Litteraturgjennomgangen viste videre at det foreligger få studier som har anvendt kliniske intervju hvor det har vært mulig å fastsette posttraumatisk stressforstyrrelse som en konkret diagnose. I de tre kliniske studiene som foreligger i litteraturgjennomgangen, var den metodiske kvaliteten lav og resultatene motstridende.

Sterk og tydelig sammenheng, men ikke for årsakssammenheng

Litteraturgjennomgangen viser at det er en sterk og tydelig sammenheng mellom mobbing og symptomer på posttraumatisk stressforstyrrelse. Ut fra eksisterende forskning er det imidlertid ikke mulig å si om mobbing er en reell årsak til posttraumatisk stressforstyrrelse da det mangler studier som angir årsaks-virkningsforhold.

Det mangler også studier som gjør det mulig å stille diagnosen posttraumatisk stressforstyrrelse ut fra fastsatte diagnosekriterier. Det er derfor nødvendig med mer forskning for å forstå hvordan mobbing er relatert til symptomer på posttraumatisk stressforstyrrelse.

Referansekode i 'Helserådet': ARB 2015 – 15. Stikkord: Mobbing. Posttraumatisk stress.

.....

Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) 19.2.2015:

Ny doktorgrad ved STAMI: Nakke- og skulderplager blant unge arbeidstakere. Er mekanisk arbeidsbelastning en risikofaktor?

Fysioterapeut og forsker Therese Nordberg Hanvold ved Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI), har studert nakke- og skulderplager blant unge arbeidstakere, med spesielt fokus på mekanisk arbeidsbelastning.

Artikkelen er knyttet til temaet [Smerter, muskel- og skjelettplager](#)

Resultatene viser at nakke- og skulderplager øker i overgangen fra yrkesfaglig utdanning til arbeidslivet og at mekanisk arbeidsbelastning er en mulig risikofaktor også tidlig i arbeidslivet.

Muskel- og skjelettplager

Muskel- og skjelettplager har høy forekomst i den arbeidende befolkning og man finner en økende forekomst blant unge voksne. Samtidig rapporter unge arbeidstakere mer mekaniske arbeids-eksponeringer enn eldre. Tidligere studier av muskel- og skjelettplager har imidlertid ofte undersøkt middelaldrende og eldre arbeidstakere og basert seg på selvrapporterte mål på mekanisk arbeidsbelastning.

Forskningsprosjektet Mulige årsaker til muskel- og skjelettplager

Formålet var å undersøke utviklingen av nakke- og skulderplager. I tillegg ble relasjonen mellom mekanisk arbeidsbelastning og nakke- og skulderplager undersøkt ved bruk av tre forskjellige eksponeringsmål; 1) selvrapportert mekaniske belastning, 2) objektivt mål på muskelaktivitet under arbeid, 3) objektivt mål på arbeid med armene hevet.

420 elever ble fulgt over en periode på 6.5 år fra yrkesfaglig utdanning til lærlingtid samt ut i de første årene i arbeidslivet.

Unge arbeidstakere har vært i arbeidslivet kun kort tid, og arbeidseksponeringen har dermed hatt kort varighet. Likevel viser resultatene at selvrapportert arbeidsbelastning og objektivt målt arbeid med armene hevet, var assosiert med nakke- og skulderplager de første årene av arbeidslivet. Dette var spesielt blant kvinner. Vedvarende muskelaktivitet under arbeid og selvrapportert muskelspenning var også assosiert med nakke- og skulderplager.

Funnene viser et behov for oppmerksomhet på arbeidsmiljøet blant unge arbeidstakere, spesielt innen manuelle yrker.

Referansekode i 'Helserådet': ARB 2015 – 16. Stikkord: Nakke- og skulderplager.

.....

Lokale data forebygger lidelser

UNN Harstad har i dag Norges beste skaderegister. Etter 30 år kan vi, ved hjelp av vårt lokale register, dokumentere at forebygging av brannskader hos barn kan være effektivt og spare både menneskelige lidelser og sykehusressurser.

*Renathe Eline Jakobsen, prosjektleder i Norsafety**

Ellen Nikolaisen, rådgiver ved UNN Harstad, datainnsamling, registrering og formidling

Solveig Rostøl Bakken, helsesøster

Børge Ytterstad, professor emeritus ved Universitetet i Tromsø. Korresponderende forfatter

FRA 1985 TIL 2003 hadde Norge et godt skaderegister – velegnet for forebygging og finansiert av Helsedirektoratet. Variablene var basert på NOMESCO systemet (1). Skadedata ble registeret på skadestuen i sykehusene i Trondheim, Drammen, Stavanger og Harstad. Til sammen ble det registrert data for et utvalg på cirka 10 prosent av Norges befolkning. Dette ga et godt grunnlag for å lage et estimat for skadepanoramaet i Norge (2).

Etter 2003 ble bevilgningen fra Helsedirektoratet stoppet. Et forsøk på å lage et nytt nasjonalt skaderegister med registrering på alle norske sykehus, har så langt vært mislykket, sannsynligvis fordi «nok et nytt pålegg» ikke ble ledsaget av øremerkede ressurser.

FREMSYNT BESLUTNING. Etter 2003 fortsatte Harstad Sykehus (nå UNN Harstad) å registrere, som eneste sykehus i Norge med en stillingshjemmel for registreringen, betalt av sykehuset. Denne avgjørelsen ble tatt av en fremsynt direktør. Effektive forebyggende programmer i Harstad ble utviklet, basert på analyser av lokale data. Evalueringen av disse programmene har dokumentert signifikante reduksjoner av skaderater for trafikulykker, brudd hos eldre etter fall og brannskader hos barn i den mest utsatte aldersgruppen – under fem år (3–5).

En Cochrane-gruppe har evaluert disse tre studiene som effektive – på basis av godkjent design og endepunkter i form av reduserte skaderater (6).

SAMARBEID OM FOREBYGGING. Helsesøstrene, i Harstad ledet av Solveig Rostøl Bakken, har regelmessig kontakt med alle foreldre og barn i aldersgruppen 0–4 år, blant annet i vaksinasjonsprogrammet. De var den viktigste samarbeidspartneren i det lokale forebyggende arbeidet mot brannskader hos barn.

- Skålding gir ofte dypere/tredje grads forbrenninger med etterfølgende arr og deformiteter. Dette krever innleggelse og ofte hudtransplantasjoner.
- Kontaktbrannskader er vanligvis mindre alvorlige og kan være akseptable for et barns læring.

Et hjembesøk av helsesøster før nedkomst har potensial for å få et sikrere kjøkken og hus. Informasjon om hvordan, når og hvor brannskadene skjedde, var essensiell for å promotere aktpågivenhet fra voksne under matlaging og måltider. Men viktigere var installasjon av komfyvern og nedsettelse av temperaturen på varmtvannsberederen for å ha strukturelle barrierer mot skåldingsskader.

I den lokale forebyggende koalisjonen «Aksjonsutvalg Mot Ulykker» var det mange partnere. Eksempler er hvitevarebutikkene som promoterte komfyvern ved salg av komfyren. Rørleggere, vaktmestere og privatpersoner kunne justere termostaten på varmtvannsberederen. Barn har tynn og sårbar hud. Det tar to–tre sekunder å få en dyp tredjegradsbrannskade fra vann med 60 grader celsius. Ved 50 grader tar det 30 sekunder. Instruksjon om umiddelbar nedkjøling ble gitt.

FÆRRE SKADER. Etter 30 år kan vi, ved hjelp av det lokale skaderegisteret, dokumentere at forebygging av brannskader hos barn kan være effektivt og spare både menneskelige lidelser og sykehusressurser. Se illustrasjonen, som viser nedgangen i bruk av liggedøgn ved Harstad Sykehus siden 1985.

Bruk av dagspressen er viktig for helseopplysning og utvikling av forebygging. Det forebyggende programmet hadde effekt i de seks kommuner som omgir Harstad, både gjennom mediene og ved politisk og helsefaglig samarbeid. Etter hvert som skadetallene sank og mediene rapporterte resultatene, ble skadeforebygging synliggjort. Dette rettferdiggjorde kostnaden for vår stillingshjemmel, som var avgjørende for å sikre god datakvalitet.

Det spesielle med skadeforebygging er at man kan oppnå effekter etter få år. Den kontinuerlige registreringen gjør at man kan gi et robust endepunkt ved evalueringen av det forebyggende arbeidet. I tillegg kan man finne at skadepanoramaet endrer seg. Fra millenniumskiftet registrerte vi at våre nye landsbarn er spesielt utsatt for å få brannskader. Dette betyr at det forebyggende arbeid må justeres for å bryte sosiale, kulturelle og språklige barrierer som gjør at det forebyggende program ikke trykker dem som trenger det mest.

NORSK STATUS. Hvordan er det med barnebrannskader i resten av Norge? I et arbeid fra Bergen viste Christina Brudvik at ratene i Bergen og Trondheim er dobbelt så høye som i Harstad. Hun rapporterte også at innvandrerbarn er mer utsatt enn etnisk norske (7).

Det er nærliggende å tro at de som har ansvar for forebygging i disse to store byene, ikke har hatt tilgang til, eller interesse for, lokale data – og at de dermed ikke har hatt stort nok insitamot for det forebyggende arbeidet. Bergen, Trondheim og Harstad er alle «Trygge Lokalsamfunn». Det vil si at Verdens helseorganisasjon (WHO) har godkjent disse byene som «International Safe Communities» (8). Syv kriterier må oppfylles for en slik godkjenning, og ett av dem er kravet om innhenting og bruk av lokale skadedata. Der har Bergen og Trondheim et potensial for forbedring. Sannsynligvis fins dette potensialet i resten av Norge.

Dette er hele artikkelen fra Dagens Medisin. Her i 'Helserådet' er ikke medtatt en del opplysninger om forfatterne samt mulige interessekonflikter. Alt stoffet kan finnes ved å gå inn på eller klikke på

http://www.dagensmedisin.no/debatt/lokale-data-forebygger-lidelser/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified

Referansekode i 'Helserådet': SKA 2015 – 10. Stikkord: Skaderegister. Harstad.

Fra Norsafety:

Mobilbruk i bil er som å kjøre med 0.8 i promille

Dr. Louis Hugo Fransescutti holdt i forbindelse med et besøk i Harstad, et foredrag på seminar om mobilbruk og trafikkulykker, hos statens vegvesen. Seminaret ble innledet med prof.emeritus Børge Ytterstad som kunne fortelle at det i 2013/2014 omkom to personer i trafikken i region nord som følge av bruk av snapchat på ulykkestidspunktet. Ved å spore mobilbruken og ulykkesdata kan man koble ulykkestidspunkt og bruk av mobil.

Seminaret i Harstad viser at dette er en global trend som man ser over hele verden. Det er kvinner som er verstingene, og det er også slik at selv handsfree fører til samme distraksjon som å holde mobilen i handa. Du må fortsatt ta oppmerksomhet fra kjøringen til å lytte og svare i telefonen. Fransescutti fremhevet også at selv om man ikke sjekker telefonen, blir man uoppmerksom i det telefonen gir signal om at en melding eller noe er mottatt. Han mente derfor at mobiler burde slås av når man er i bilen, for å forhindre ulykker som følge av mobilbruk. Det kom spørsmål fra salen om hva Fransescutti mente om passasjerer og hvordan de distraherer kjøringen. Svaret fra forskningen sier her at passasjerer ikke distraherer i like stor grad, fordi de tilpasser samtalen etter hvor krevende kjøringen til enhver tid er, og er derfor med på å forsterke kjørerens oppmerksomhet i krevende situasjoner og varsomhet for potensielle risiker.



Det kom mange gode råd og fakta om mobilbruk i bil og økt risiko for å havne i ulykker, da Dr. Louis Hugo Fransescutti var på besøk i Harstad 14.04.2015

Harstad Tidende omtalte også besøket, deres artikkel kan leses på nett [her](#) (direkte klikkbar lenke) .

Les mer om Dr. Med. Fransescutti her:

<http://www.drlou.ca/> (direkte klikkbar lenke).

Også TV2 har i det siste satt fokus på mobilbruk og dødsulykke i trafikken, omtalt i en artikkel 22.04. Les artikkelen [her](#) (direkte klikkbar lenke).

Referansekode i 'Helserådet': SKA 2015 – 12. Stikkord: Mobiltelefoner.

Fra Norges forskningsråd – Miljøpåvirkning og helse:

Europa taper kampen mot giftige kjemikalier

Vi er eksponert for nærmere 100 000 ulike industrifremstilte kjemikalier i vårt daglige miljø, og ingen vet hvor mange av dem som er farlige. Europeiske miljømyndigheter har satt som mål at giftvirkningen av de 30 000 viktigste kjemikaliene skal kartlegges, men kritiseres for å ha valgt en strategi som er så kostbar og tungvint at målet aldri kommer til å bli nådd.

– Det europeiske kjemikaliebyrået ECHA og EUs kjemikalierregelverk REACH har valgt feil strategi i kampen mot miljøgifter og andre giftige kjemikalier i miljøet, mener den danske miljømedisineren Philippe Grandjean. Han holdt hvert et av innledningsforedragene på forskningsprogrammet Miljøpåvirkning og helses forskerseminar i mars.

Se hele innholdet i saken fra Norges forskningsråd ved å gå inn på eller klikke på http://www.forskningsradet.no/prognett-milgenhel/Nyheter/Europa_taper_kampen_mot_giftige_kjemikalier/1254007804094?WT.mc_id=nyhetsbrev-milgenhel .

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2015 – 23. Kjemikalier.

Forskning.no 9.3.2015:

Sier bisfenol A, men ikke B

(Red.: se også artikkelen fra Folkehelseinstituttet, gjengitt i 'Helserådet' nr. 4/15, side 28)

EUs mattrykkesorgan satte nylig ned grenseverdien for det hormonforstyrrende kjemikallet bisfenol A. Dette åpner for bruk av andre typer bisfenoler – som forskerne foreløpig vet mye mindre om.

En artikkel fra
[NILU - Norsk institutt for luftforskning](#) (direkte klikkbar lenke)

Bisfenol A (BPA) er et industriframstilt kjemisk stoff som blant annet finnes i matbokser, leker, vannkokere og ulike former for emballasje. Stoffet kan vandre fra beholderen og over i innholdet – for eksempel mat, drikke eller hudkrem – og derfra videre til miljø, dyr og mennesker. EUs mattrykkesorgan EFSA gikk i januar ut med en ny risikovurdering, der tolererbart daglig inntak av bisfenol A ble satt ned fra 50 til 4 mikrogram per kilo kroppsvekt.

- Les også: [Fremdeles uenige om bisfenol A](#) (direkte klikkbar lenke)

Prøver hentet fra reker, fisk og vann viser at det å innskrenke bruken av det hormonforstyrrende kjemikallet bisfenol A åpner for bruk av andre typer bisfenoler.

Mange typer bisfenoler

– At EFSA nå setter ned grenseverdien for bisfenol A så mye, forteller oss også at de er blitt langt mer kritiske til bruken av stoffet, sier seniorforsker Martin Schlabach ved Norsk institutt for luftforskning (NILU).

– Det vi nå venter på, er å se hva som vil skje med retningslinjene for de andre bisfenoltypene som finnes.

Schlabach og hans kollega, seniorforsker Pawel Rostkowski, analyserte i 2013 en rekke ulike prøver fra kyst- og ferskvannsmiljøer. Der lette de etter både bisfenol A og slektningene bisfenol AF, B, F, S, og BP.

Se hele artikkelen fra [Forskning.no](#) ved å gå inn på eller klikke på
<http://forskning.no/mat-og-helse-miljogifter-kjemi/2015/03/sier-bisfenol-men-ikke-b>

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2015 – 26. Stikkord: Bisfenol A.

Forskning.no 10.3.2015:

Røyking dreper to av tre røykere

To av tre røykere vil dø av uvanen hvis de ikke stumper sigarettene. Trøsten er at flere inntar nikotin på mindre farlige måter.

Færre rammes av lungekreft nå som nordmenn røyker mindre, [viser ny statistikk](#) (direkte klikkbar lenke) som Kreftregisteret presenterte mandag. Nå viser det seg at sammenhengen mellom røyking og tidligere død er enda sterkere enn tidligere antatt.

Hele to av tre dødsfall blant røykere, skyldes røykerelaterte sykdommer. Det viser en langtidsstudie der australske forskerne har fulgt mer enn 200.000 mennesker over flere år.

Studien er publisert i det internasjonale tidsskriftet BMC Medicine.

– Trøsten får være at andelen røykere går ned. Og at flere inntar nikotin gjennom mindre farlige alternativer som snus og e-sigaretter. Det sier forskningsleder Karl Erik Lund ved Sirus, Statens institutt for rusmiddelforskning, til forskning.no

Se hele artikkelen fra [Forskning.no](#) ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/2015/02/av-tre-som-royker-vil-do-av-det> .

Referansekode i 'Helserådet': TOB 2015 – 16. Stikkord: Røykevaner.

Forskning.no 9.3.015:

Lungekreft blant menn på retur

For første gang synker andel tilfeller av lungekreft hos menn. – Et tidsskille, sier forsker hos Kreftregisteret. [NTB](#)

Forskerne i Kreftregisteret hadde én god og én dårlig ny nyhet da de la fram den årlige statusrapporten mandag.

Den gode er at lungekreft for menn er på retur, spesielt i de store byene.

Den dårlige er at andel føflekkreft har økt i bekymringsfullt tempo, og at Norge har høyest dødelighet i Europa når det gjelder denne sykdommen.

Oslo fra verst til best

Nordmenn er blitt flinkere til å stumpe røyken, og resultatet begynner nå å vise seg i kreftstatistikken.

– Vi kan være vitne til et tidsskille. Helt siden 1990-årene har det samlede tallet på lungekrefttilfeller blant kvinner og menn steget, år for år. Men i 2013 var tallet lavere enn året før. Dette er svært gledelig, og vi regner med at nedgangen i raten for menn vil fortsette, sier forsker Tom K. Grimsrud.

Aller størst har nedgangen vært i Oslo. Byen har gått fra å være verst i klassen til å bli et av fylkene med lavest forekomst. Også Bergen, Trondheim og Tromsø har hatt en positiv utvikling. I Finnmark er antallet derimot økende.

Speiler røykevaner

Lungekreft er den kreftformen som tar flest liv i Norge. Røykevanene i ulike deler av landet sammenfaller med forekomsten av lungekreft.

– Dette er en av de største kreftformene vi har, og også en av de mest dødelige. Vi kan speile statistikken mot utvikling i røykevaner. Det viser at alle de tiltakene vi har mot tobakk, er viktige. Dette er dokumentasjonen, sier Anne Lise Ryel, generalsekretær i Kreftforeningen.

– Nå bør vi se på hvem som får lungekreft, hvilke sosiale lag, og hvilke tiltak vi kan vi sette inn. Dette gjelder mange liv, sier hun. Kvinner henger etter

Forskerne er fortsatt bekymret for utbredelsen av lungekreft hos kvinner og de høye tallene som fortsatt gjelder lengst i nord og i sør.

– Lungekrefttraten for kvinner har økt foruroligende gjennom flere år, særlig i alderen 65 og oppover, selv om det er noen tegn til avflating gjennom siste femårsperiode, sier Grimsrud.

Selv om lungekreft går tilbake for menn mange steder, ligger forekomsten fortsatt høyt i Finnmark og til dels i Agder-fylkene og i Vestfold.

Den farlige sola

Utviklingen for føflekk- og annen hudkreft er fortsatt urovekkende. I femårsperioden fra 2009 til 2013 økte denne kreftformen med 24 prosent sammenlignet med forrige femårsperiode.

– Dette er vår største bekymring, sier Kreftregisterets direktør Giske Ursin. Det er spesielt på «solkysten» i sør at mange blir syke. De sørligste fylkene har to til tre ganger så høy forekomst av hudkreft som fylkene i nord. Sør-Trøndelag utmerker seg også i negativ retning, med samme nivå som Sørlandet.

Hvorfor nordmenn er så utsatt for denne krefttypen, gitt at vi har såpass lite sol, er forskerne ikke sikre på.

– Det er kanskje nettopp derfor. Vi har det så innmari travelt med å få på oss den riktige fargen, sier forsker Trude Eid Robsahm.

Dårlige vaner

Anne Lise Ryel i Kreftforeningen mener vi nå ser et etterslep fra tider med dårligere vaner, og at mange har blitt flinkere til å beskytte seg. Spesielt de unge.

– Vi er flinkere når vi skal på stranda. Men hva når du skal ut og gjøre hagearbeid? Eller du står på sidelinjen for å se sønnen din spille fotball? Da er det mange som ikke tenker over at de utsetter seg for sol, sier Ryel.

Norge utmerker seg også med dårligst overlevelse i Europa.

– Vi er nok litt for trege til å gå til legen. Det er egentlig ikke så vanskelig å finne, vi bør bare bli flinkere til å undersøke kroppene våre, sier hun.

Dette er hele artikkelen fra Forskning.no. Den følges også av en del kommentarer som ikke er tatt med her.

Referansekode i 'Helserådet': TOB 2015 – 17. Stikkord: Røyking og lungekreft. Lungekreft.



Einar Braaten: Kommunelegens blogg 1.5.2015:

«Ung person fra kommunen innlagt på intensivavdelingen med meningokokk meningitt»

Jeg fikk beskjeden som tekstmelding og rett etterpå i en telefonsamtale med legen på intensivavdelingen. En russ lå alvorlig syk på sykehuset med en sykdom som er smittsom i russemiljøet.

Da jeg la på telefonrøret var det stille oppi hodet mitt. To store tanker tok opp all plassen. Først tanken på familien til russen og hvordan dette vil gå for russen og dem. Den andre var; Dette blir mye arbeid. Hvor starter jeg?

Sånne hendelser er alltid kaotiske i begynnelsen. «Smittsom hjernehinnebetennelse» skaper alltid mye reaksjoner så min første vurdering var at vi fikk tre områder med mye press: Selve smittevernarbeidet, mediehenverdeler og informasjon – forholdet til alle som opplever seg berørt.

Jeg fikk raskt en samtale med smittevernvakta på Folkehelseinstituttet. Informasjon om hva vi visste om smittesituasjonen, hva som bør gjøres og tilbud om oppfølging. Det betyr mye at vi har en instans som kommer så tett på med faglige råd og veiledning helt fra begynnelsen av en slik situasjon. Samtidig fikk jeg vite at russen hadde vært på russetreff i Halden sammen med 8000 andre russ! Førsteintrykket ble litt voldsomt. Kommuneoverlegen i Halden ringte og vi avklarte og avgrenset siden vi kun ønsker å følge opp nærkontaktene til den syke.



Russen er utsatt for smitte av hjernehinnebetennelse

Vi samlet oss i kommunelegeteamet. Vi er 4 personer; to leger, rådgiver for miljørettet helsevern som er sykepleier og en saksbehandler med lang fartstid i kommunen og som kjenner «alle». Vi avklarte at alle andre avtaler skulle avlyses denne dagen. Vi la en plan for hvordan vi skulle jobbe videre internt. Dag-Helge skulle svar på telefoner, Marianne og Frøydis jobbe med å få oversikt over nærkontakter. Jeg skulle også jobbe med nærkontakter, ha kontakt med sykehus, familie til den syke og eksterne samarbeidsparter. Vi fikk mye å gjøre. Jeg introduserte teamet til dsb-cim. Jeg har brukt det ganske mye, de tre andre lite eller ikke noe. Vi brukte under 10 min på å sette dem inn i loggføring og bruk av meldinger. Dermed kunne vi alle loggføre det vi gjorde og bruke CIM til kommunikasjon utad. Imponerende hvor fort og greit de tok det i bruk!

Jeg avklarte med presseansvarlig i kommunen at vi skulle legge ut en artikkel om situasjonen på våre nettsider. Hun la ut informasjon og link til artikkelen på Facebook. I løpet av to dager hadde vi over 11 000 treff på Facebook.

Mediepresset var i gang. Vi fordelte mellom oss legene noe som fungerte bra! Dag-Helge tok telefoner med media og andre henvendelser jeg hadde kontakt med de som måtte ha intervju med lyd eller filming. Vi håndterte alle henvendelsene uten at det ble for mye. Fokuset fra media blir alltid å sette det på spissen. Vi fagfolkene opplever hendelsen som tragisk for den ene personen og familien rundt, mens situasjonen for alle andre som udramatisk. Smittekontaktoppsporingen fører også til mye uro og engstelse hos enkeltpersoner og kanskje mest russens foreldre? Jeg har ikke annet enn honnør å gi journalistene som oppførte seg veldig saklig og jeg hadde en følelse av at vi hadde samme mål; informasjon ut til publikum om situasjonen og hvordan det gikk med den syke russen. Fordelingen av mediehenverdelsene til leder av legevakta i Drammen, smittevernoverlegen i Drammen, min kollega og jeg fungerte godt og jeg opplevde det som en lettelse i en travel situasjon.

Dsb-cim er et godt hjelpemiddel! Vi har idag 90 loggførte aktiviteter. Vi har ført inn hva vi har gjort, hvem vi har henvendt oss til, råd og tiltak står der. I tillegg har vi sendt ut epost og sms gjennom Cim. Vi sendte masse sms til 40 russ og det fungerte enkelt, stabilt og greit. Dette er bare de helt grunnleggende funksjonene i Dsb-cim (Sms funksjonen må kjøpes ekstra) og har vært viktig både for systematiseringen av aksjonen vår, kommunikasjonen og dokumentasjon. Vi fører ikke pasientnavn og sykdomsopplysninger i Cim. Det føres i kommuneoverlegens pasientjournal.

Vi gjorde et forsøk på å samkjøre kommuneoverlegene/smittevernlegene i vårt nærområde. Det fungerte godt. Legevakt og kommuneoverlege bygget på samme informasjon og avklaringer. Jeg ble oppringt og fikk sms fra kommuneoverleger som søkte samarbeid. Jeg kan ikke annet enn å karakterisere samarbeidet som veldig godt og viktig for hvordan vi utførte arbeidet. Kjempeviktig fordi man ikke blir stående aleine. Tilbud om samarbeid, støtte/hjelp og samkjøring fra alle kollegene.

Internt i kommunen er vi vant til at folk stiller opp. Jeg kan ikke rose ansatte rundt oss nok for den måten de bare tar slike hendelser på strak arm. Slipper det de holder på med og stiller opp. Utfordringen er å systematisere hvem som skal gjøre hva og delegere. Med de folkene vi har, trenger vi egentlig ikke gjøre det siste for de foreslår sjøl hva de skal gjøre. Altså blir det viktigste for meg å ha oversikt og tenker framover.

Utgangspunktet for denne hendelsen er tragisk. Jeg håper så veldig det går bra med russen som er syk! Ut over det er dette noe av det som gjør at jeg gløder av motivasjon for jobben min. Dette er akutt samfunnsmedisin! Det er kaotisk, spennende, utfordrende, trist, gledelig og til tider morsomt. Til uka skal vi evaluere arbeidet vi har gjort. Er det noe jeg er sikker på så er det at vi har forbedringspunkter. Jeg har bla. bestilt altfor mange vaksiner. Det er selvfølgelig bedre med for mange enn for få. Jeg har en sterk erfaring fra pandemivaksineringen på det, men hvordan kan vi klare å treffe bedre? Det og mange andre områder må vi se kritisk på. Konklusjonene tenker jeg vi også legger inn i Cim.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 91. Stikkord: Russetid.



Må satse mer på folks helse

For å få topp tre plassering i forventet levealder, kreves kraftigere satsing på tverrsektorielt folkehelsearbeid, økt forebygging og tidlig innsats i kommunene og god oppfølging av pasienter med kroniske lidelser og flere sykdommer.

Norge har i mange år ligget svært godt an i globale sammenlikninger. Selv om vi fremdeles har god utvikling i forventet levealder, er levealderutviklingen enda bedre i andre land. I 1990 lå vi på 13. plass blant OECD-land, og i 2012 ligger vi fortsatt ganske stabilt.

Det viser [Nøkkeltall for helsesektoren 2014](#), som ble presentert av helsedirektør Bjørn Guldvog tirsdag 10. mars.

– Nesten 9 av 10 dødsfall skyldes hjerte- og karsykdommer, kreft, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og diabetes. Hvis vi skal leve lenger og bedre må vi bekjempe disse fire sykdommene og vi må satse bredt i flere sektorer, sier helsedirektør Bjørn Guldvog.

Ungdom

Barn og ungdom får stadig bedre helse. Det er nedgang i røyking og ungdomsfull er halvert de siste tolv årene. Samtidig er ungdomstiden sårbar, de fleste psykiske lidelsene debuterer da og vi ser at spesielt jenter er utsatt. I tillegg er det et stort problem at 30 prosent av ungdommene ikke fullfører videregående skole. Fire av fem barn er ikke fysisk aktive i en time eller mer, som er anbefalingene. Over 5 prosent av jenter opplever voldtekt før de er 18 år.

– I alle sektorer der vi har med ungdom å gjøre er det viktig at vi klarer å møte dem på deres premisser og får hjulpet dem videre slik at ikke uhelse etablerer seg og blir varig. Det er disse som skal bære samfunnet videre, sier Guldvog.

Eldre

Fra slutten av 1990-tallet har andelen eldre som i noen grad mosjonerer økt fra omkring 60 til 80 prosent. Dagligrøykingen er gått ned fra 17 til 12 prosent, mest for menn. Samtidig er andelen som drikker alkohol minst to ganger i uka nesten doblet fra omkring 10 til 20 prosent og fedmen er økt fra 7,5 til 11 prosent.

– Utviklingen i eldres helse er positiv. Dette er avgjørende for at de ekstra leveårene blir gode år, sier helsedirektør Bjørn Guldvog og viser til at de over 67 år mosjonerer oftere.

– Det er viktig å ha oppmerksomhet på de eldste over 80 år. For de eldre er regelmessig mosjon, lett styrketrening og annen fysisk aktivitet ekstra viktig for å redusere kroniske sykdomsperioder. I tillegg må både sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester være opptatt av å sikre de alvorlig syke gamle et koordinert og godt tilbud. Vi ser tegn på at det er brist i dette, sier helsedirektøren.

Kostnader

Samfunnskostnadene ved sykdom og ulykker for Norge i 2010 ble beregnet til nesten 1,1 tusen milliarder kroner. To tredjedeler av kostnadene var forbundet med tap av leveår og livskvalitet, det vil si helsetap for den enkelte.

– Tap av leveår og livskvalitet er alvorlig for den enkelte. Det er også mulig å redusere disse samfunnskostnadene ved gode folkehelseiltak og godt planlagte helse- og omsorgstjenester. Det er viktig at ressursene brukes riktig, slik at man får mest mulig helse ut av innsatsen, sier Guldvog.

Referansekode i 'Helserådet': HST 2015 – 12. Stikkord: Nøkkeltall.

Forskning.no 10.3.2015:

Influenza? Sannsynligvis er du «bare» forkjølet

Egentlig blir du influensasyk bare hvert femte år.

Anne Lise Stranden, journalist

To ganger hvert tiende år. Det er så sjelden du rammes av influensa etter at du har passert 30 år. Influensainfeksjon er mye mindre vanlig enn folk flest tror, ifølge en studie fra britiske, amerikanske og kinesiske forskere.

Mens barna får influensa i annethvert år i gjennomsnitt, blir influensainfeksjoner sjeldnere etter hvert som de blir eldre. Symptomene som ligner på influensa, kan i virkeligheten komme av mange ulike typer virus. Dermed er det vanskeligere å vurdere hvor ofte folk blir smittet av influensa.

Symptomene ligner

– Det er mye diskusjon om hvor ofte folk får influensa, i motsetning til influensalignende sykdom forårsaket av noe annet, forklarer Adam Kucharski ved Imperial College i London i en pressemelding.

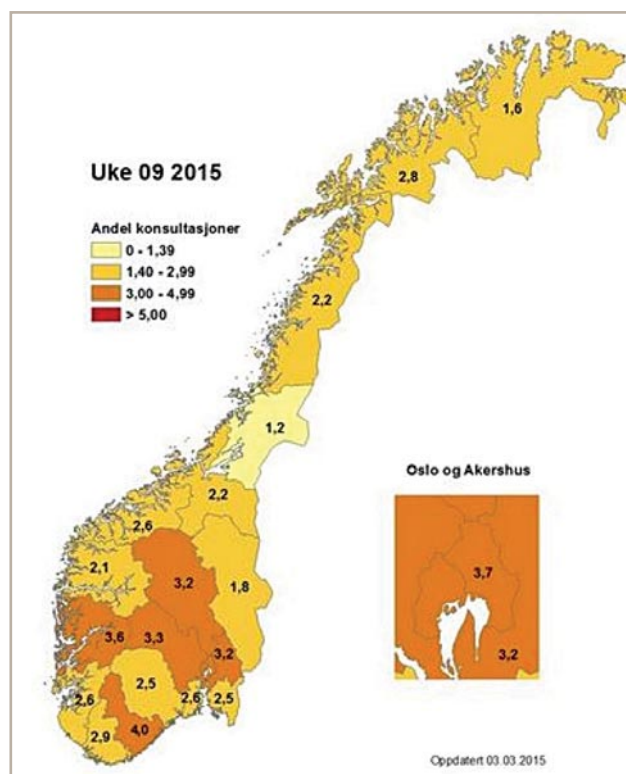
Ifølge ham kan det noen ganger være forkjølelsesvirus som står bak de influensa-lignende symptomene. Det bekrefter Olav Hungnes, som leder Folkehelseinstituttets virusovervåking av influensa.

– Det er ikke alltid så enkelt å vite om man har influensa eller en vanlig forkjølelse. Mange som smittes, har så godt immunforsvar at de bare får lette forkjølelssymptomer. Men de kan likevel smitte andre som kan bli mye sykere, forklarer Hungnes.

Fant 40 år gamle antistoffer

Likevel går det an å avdekke at pasientene har hatt infeksjonen, hvis det tas blodprøver av dem senere. I den nye studien har forskerne analysert blodprøver fra frivillige sør i Kina. De så etter nivåene av antistoffer mot ni forskjellige influensastammer som sirkulerte mellom 1968 og 2009.

Ifølge Adam Kucharski er dette første gang noen har rekonstruert en smittehistorie fra nåtidige blodprøver.



Forskerne oppdaget at influensainfeksjon blant voksne faktisk er mye mindre vanlig enn mange tror.

I barndommen og ungdomsårene er influensa mye mer vanlig, muligens fordi yngre omgås mer og tettere med andre mennesker. Nøyaktig hvor ofte du får influensa, vil variere, avhengig av hvor utbredt influensainfeksjoner og vaksiner er, forklarer Steven Riley, som har ledet arbeidet med studien.

Forstår vaksiner bedre

Immunsystemet reagerer på influensavirus ved å produsere antistoffer som spesifikt retter seg mot proteiner på virusets overflate. Disse proteinene kan endres etter hvert som viruset utvikler seg.

Men du beholder antistoffer i blodet som viser hvilke virus du har møtt før. Dermed kunne forskerne anslå hvor ofte deltakerne hadde vært rammet av influensainfeksjon.

I tillegg utviklet de en matematisk modell for å finne ut hvordan immuniteten mot influensa endres over tid etter hvert som du møter ulike stammer av viruset. De influensavirus-stammene du møter tidlig, fremkaller sterkere reaksjoner enn dem som smitter senere i livet.

Funnene kan hjelpe forskerne til å vurdere hvordan immunitet mot historiske stammer vil påvirke hvordan vaksiner fungerer, og hvor effektive de vil være.

Dette kartet viser hvor stor andel av legebekjennelser som skyldes influensasymptomer. I uke ni var flest rammet i Aust-Agder, Oslo, Hordaland, Buskerud, Oppland og Akershus, hvor mellom tre og fem prosent av pasientene slet med influensa. (Grafikk: FHI)

– Vi analyserte hvordan en persons immunitet mot influensainfeksjoner bygger seg opp gjennom livet. Denne informasjonen hjelper oss å forstå i hvilken grad befolkningen som helhet rammes, og hvor lett det er for nye sesong-virusstammer å spre seg gjennom befolkningen, sier Adam Kucharski.

Norsk influensatopp i februar

I Norge kan det se ut til at toppen av årets influensautbrudd er passert.

Den siste uken i februar – uke ni – var seks fylker rammet av mye influensa, og Aust-Agder verst. Der utgjorde snufsende, feberherjede menn og kvinner med influensasymptomer, fire prosent av legebekjennelser.

Uken før rapporterte hele ni fylker om at mer enn tre prosent av legebekjennelser skyldtes influensa. Verst var det i Akershus, med 4,3 prosent.

Referanse:

Adam J. Kucharski mfl: Estimating the Life Course of Influenza A(H3N2) Antibody Responses from Cross-Sectional Data, *PLOS Biology*, 3. mars, 2015. DOI: 10.1371/journal.pbio.1002082

Dette er hele artikkelen fra [Forskning.no](http://forskning.no). Du får også tilgang til den samt til en del relatert materiale ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/2015/03/sa-sjelden-far-voksne-egentlig-influensa>.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 86. Influensa. Forkjølelse.



Folkehelsekonferansen 2015

DET NÆRE FRILUFTSLIVET

26. og 27. oktober på Radisson Blu Scandinavia Hotel i Oslo

Hva er friluftsliv? Hvem er naturen for? Hvordan kan kommuner, frivillige organisasjoner og andre legge til rette for at flere får glede av den, enten det er snakk om rene naturopplevelser eller grønne glimt i den urbane skogen?

«The availability of green space cannot be a luxury; we all need «friluftsliv» to enjoy good health and a sense of well-being.»

Gayle Souther-Brown, Landskapsarkitekt

FOLKEHELSEKONFERANSEN ER DEN STØRSTE AV SITT SLAG I NORGE, og en viktig utvekslings-, kontakt- og læringsarena for politikere, forvaltere, forskere, studenter, helsepersonell, frivillige og andre med interesse for folks helse, trivsel og levekår.

#folkehelsekonf

For mer informasjon, program og påmelding: www.folkehelsekonferansen.no

Folkehelseforeningen
NORSK FORBUND FOR FOLKEHELSE
Norskognt: Public Health Association (NORFOL)

SUNNE KOMMUNER
WHOS NORISKE NETTVERK

NORSK FRILUFTSLIV

Helsedirektoratet

KS

Forskning.no 10.3.2015:

Skal jeg bruke håndsåpe eller flytende såpe?

Spør en forsker:

Et gram fuktig såpe kan inneholde nesten like mange bakterier som et gram avføring.

Thomas Hoffmann Journalist i videnskab.dk

Noen ganger gjør ny kunnskap at man endrer vanene sine. Det kan også bli resultatet av å lese svaret på følgende spørsmål, fra Henning Michael Larsen:

«På noen offentlige toaletter og i mange private hjem bruker man fortsatt håndsåpe i fast form. Kan det overføre smittefarlige bakterier?»

Ingen tvil her

Svaret blir levert av Jan Pravsgaard Christensen, førsteamanuensis i infeksjonsimmunologi ved Københavns Universitet.

– Flytende håndsåpe er bedre. Bakterier kan leve på en håndsåpe. Det gjelder spesielt kolibakterier, som kan stamme fra avføring, forklarer Christensen.

Disse bakteriene er vant til å leve i et ugjestfritt miljø. Mage-tarmkanalen har egenskaper som ligner på såpen.

– Derfor bør man bruke flytende såpe, eller sørge for at håndsåpen tørker mellom hver bruk. Når vannet forsvinner, får bakteriene problemer, konstaterer Christensen.

Vask i et halvt minutt

Et gram fuktig såpe kan inneholde nesten like mange bakterier som et gram avføring. Bruker du mindre enn 30 sekunder til å vaske hendene – med flytende håndsåpe – vil de klare seg.

– Når folk bare så vidt skyller hendene, har det ingen effekt. Selv etter 2–3 raske håndvasker er det bakterier igjen. Kirurgisk håndvask på sykehuset er et større prosjekt, der man også bruker desinfiserende væsker, forteller Christensen.

Christensen understreker at det er forskjell på bakterier og virus, som gir for eksempel influensa.

– Virus overlever ikke på såpe, sier Christensen.

Bonus-info: Tørk deg med papir

– Det nytter ikke med flytende såpe hvis man bruker et vanlig håndkle. Det er også en bakteriespreder. Hjemme bør man ha et håndkle per person, sier han.

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

Referansekode i 'Helserådet': PER 2015 – 6. Stikkord: Håndvask.

Forskning.no/NTB 2.3.2015:

Helsefremmende barnehager og skoler i Østfold

Ved å gå inn på eller klikke på nedenstående lenke kommer du til Folkehelse Østfold. Derfra kan du lese mer om det som står i overskriften her samt om nettverk for helsefremmende videregående skoler.

http://www.ostfold-f.kommune.no/modules/module_123/proxy.asp?D=1&C=459&I=0&m=1459 .

Referansekode i 'Helserådet': MET 2015 -15. Stikkord: Østfoldhelsa. Helsefremmende barnehager. Helsefremmende skoler.

Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet:

En helhetlig helse- og omsorgstjeneste

Pressemelding | Dato: 07.05.2015 | Nr: 17/2015

Regjeringen vil skape en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste med helsepersonell som arbeider i flerfaglige team. Dette vil kreve økt kompetanse og bedre ledelse.

– Vi har mange kommunale helse- og omsorgstjenester som er gode hver for seg. Men tjenestene er for oppstykket og helheten mangler. Det rammer særlig dem med sammensatte behov. Med denne stortingsmeldingen legger regjeringen frem en plan for å skape en helhetlig helse- og omsorgstjeneste i kommunen, sier helse- og omsorgsminister Bent Høie.

Kompetanse

De kommunale helse- og omsorgstjenestene står overfor utfordringer med å tiltrekke seg nok personell med riktig kompetanse. Stadig mer komplekse helse- og omsorgstjenester skal ytes i kommunene. Regjeringen forslår derfor flere tiltak for å øke de ansattes kompetanse.

–Ansatte i helse- og omsorgstjenestene gjør mer enn å yte omsorg. De diagnostiserer og behandler sykdom og hjelper mennesker til å mestre kroniske lidelser og funksjonsnedsettelse. Skal vi heve kvaliteten på tjenestene, må vi heve kompetansen til dem som gjør jobben, sier Høie.

Viktige tiltak:

- Lovfeste en liste over profesjoner som kommunene må ha for å gi innbyggerne tjenestene de trenger.
- Alle allmennleger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal være spesialister eller under spesialisering i allmenntjenestemedisin. Innretning skal utredes nærmere.
- Utvikle en handlingsplan for rekruttering og kompetanseheving i hele den kommunale helse- og omsorgssektoren.
- Utrede om det skal etableres nye brede kliniske videreutdanninger på mastergradsnivå.

Ledelse

Tilsyn viser at det flere steder er mangler i ledelsen av helse- og omsorgstjenestene. For at brukerne og pasientene skal få koordinerte helse- og omsorgstjenester av god kvalitet må det også stilles høye krav til ledelse. Det gjelder ikke bare i den enkelte deltjeneste, men på øverste nivå i kommunen.

- Vi trenger et lederløft. Skal vi arbeide smartere og bruke ressursene bedre, er vi avhengig av godt lederskap på alle nivåer i kommunen. Regjeringen vil derfor bedre tilgangen til lederutdanninger og stille tydelige krav til ledelse, sier Høie.

Viktige tiltak

- Gi Helsedirektoratet i oppdrag å etablere en lederutdanning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. "Rektorskolen".
- Legge til rette for at plasser på Nasjonalt topplederprogram i regi av Nasjonal ledelsesutvikling stilles til disposisjon for ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- Videreføre arbeidet med ledelse i kvalitetsavtalen med KS.

Ny organisering

Mange brukere opplever helse- og omsorgstjenestene som dårlig koordinerte og lite tilgjengelige. Det gjelder særlig for personer med store behov. Mange av disse kunne hatt en lettere hverdag og færre sykehusinnleggelse dersom tjenestene var bedre organisert.

- Pasienter og brukere har sammensatte behov. Disse må møtes med sammensatt kompetanse. Vi må i mye større grad utvikle helsetjenestene ut fra pasientens behov og ikke ut fra diagnoser og deltjenester. Vi legger derfor frem en rekke tiltak som skal legge til rette for bedre koordinerte tjenester hvor helsepersonell arbeider i flerfaglige team, sier Høie.

Viktige tiltak:

- Stimulere til samlokalisering av helse- og omsorgstjenester i kommunene.
- Legge til rette for etablering av primærhelseteam gjennom endringer i regelverk og finansieringsordninger. Endringer skal utredes først.
- Legge til rette for etablering av oppfølgingsteam for brukere med store og sammensatte behov.

Les mer om meldingen [Fremtidens primærhelsetjeneste](#) (direkte klikkbar lenke)

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2015 – 34. Stikkord: Primærhelsemelding.

Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet:

Styrker kommunenes arbeid med psykisk helse og rus

Pressemelding | Dato: 07.05.2015 | Nr: 18/2015

Personer med rusproblemer og psykiske helseutfordringer skal få raskere og mer helhetlig hjelp. Regjeringen vil lovfeste krav om psykologkompetanse i kommunene og legge til rette for oppsøkende behandlingsteam.

– Mange personer med psykiske lidelser og rusavhengighet trenger hjelp fra en rekke ulike instanser for å mestre hverdagen. Regjeringen vil bygge opp lett tilgjengelige lavterskeltilbud og gi raskere og mer helhetlig hjelp lokalt, sier helse- og omsorgsminister Bent Høie.

Viktige tiltak for å styrke de kommunale helse- og omsorgstjenestene:

- Rekruttere flere psykologer til kommunene gjennom å lovfeste kommunens plikt til å ha psykologkompetanse.
- Innføre en ny finansieringsordning for kommunepsykologer frem til plikten trer i kraft i 2020
- Innføre kommunal ø-hjelp døgnplikt også for psykisk helse- og rusområdet fra 2017
- Ta sikte på å innføre betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, tidligst fra 2017.
- Legge frem en ny opptrappingsplan for rusfeltet i 2015
- Vurdere en ny og varig finansieringsordning for aktivt oppsøkende behandlingsteam

– I folkehelsemeldingen sidestiller vi psykisk og fysisk helse i folkehelsearbeidet. Vi skal samtidig styrke det kommunale behandlingstilbudet. Dette skal fylle hullene vi har i dagens tilbud, og gjøre det enklere å få sammenhengende hjelp på et tidlig tidspunkt, sier Høie.

Les mer om meldingen [Fremtidens primærhelsetjeneste](#) (direkte klikkbar lenke)

Referansekode i 'Helserådet': PSY 2015 – 10. Stikkord: Psykisk helse. Rus.

Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet:*

Bedre kvalitet og kapasitet i omsorgstjenestene

Pressemelding | Dato: 07.05.2015 | Nr: 19/2015

Regjeringen legger fram nye og forsterkede tiltak for å bedre kapasiteten og kvaliteten i omsorgstjenestene.

– Regjeringen vil legge til rette for mer teambaserte helse- og omsorgstjenester og en mer strukturert oppfølging av den enkelte. På den måten skal vi bedre sikre det medisinske og helsefaglige tilbudet både i hjemmetjenesten og på sykehjem, sier helse- og omsorgsminister Bent Høie.

For å bedre kvaliteten og kapasiteten i omsorgstjenestene løfter regjeringen frem nye og forsterkede tiltak i stortingsmeldingen:

- Forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenestene
 - o Lovfeste rett til heldøgns pleie og omsorg og vurdere om det bør fastsettes kriterier for heldøgns omsorgsplasser
 - o Utarbeide en plan i samarbeid med KS som bygger på en forutsetning om netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser.
 - o Bidra til spredning av forebyggende hjemmebesøk for eldre.
 - o Innføre kvalitetsindikatorer, blant annet basert på bruker- og pårørenderfaringer.
 - o Igangsette et kvalitetsutviklingsarbeid for sykehjem

– Regjeringen vil at eldre skal kunne leve aktive og selvstendige liv og delta i arbeids- og samfunnslivet. Samtidig må det også være gode hjemmetjenester og sykehjems plasser tilgjengelig når behovet oppstår, sier Høie.

Les mer om meldingen [Fremtidens primærhelsetjeneste](#) (direkte klikkbar lenke)

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2015 – 36. Stikkord: Omsorgstjenester.

Omsorg 2020: Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020

Nyhet | Dato: 07.05.2015

Omsorg 2020 presenterer regjeringens plan for omsorgsfeltet. Den inneholder prioriterte satsninger sammen med konkrete tiltak i oppfølgingen av stortingsmeldingen Morgendagens Omsorg.

Omsorg 2020 skal bidra til en langsiktighet i arbeidet med å styrke kapasiteten, kompetansen og kvaliteten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dokumentet kan fungere som et grunnlagsmateriale for kommunene i deres planlegging og utvikling av helse- omsorgssektoren.

Omsorg 2020 presenteres samtidig med at regjeringen legger frem stortingsmeldingen *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Sammen med Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter gir den et utfyllende bilde av utfordringer, strategier og tiltak for en samlet helse- og omsorgstjeneste i kommunene.

Les Omsorg 2020: [Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020](#) (direkte klikkbar lenke)

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2015 – 35. Stikkord: Omsorgstjenester.

Miljøgiftene PCB og DDE kan påvirke barns vekst-utvikling

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114259>.

Til tross for at nivåene av miljøgiftene PCB og DDE er betydelig lavere nå enn tidligere, er de fortsatt forbundet med barns vekst-utvikling, viser en ny studie fra Folkehelseinstituttet. Studien kombinerer data fra sju europeiske land, deriblant Norge.

Illustrasjonsbilde: Colourbox.com

Dette er den hittil største studien på miljøgifter og barns vektutvikling i småbarnsalderen.

Påvirker veksten

Resultater fra studien viser at mors nivåer av DDE (et mål på hvilke nivåer fosteret ble utsatt for) hadde sammenheng med raskere enn normal vekst tidlig i livet. Eksponering for PCB153 gjennom morsmelk hadde derimot sammenheng med at barnet vokste saktere enn forventet og falt under sin vekstkurve.

- Selv om PCB- og DDE-nivåene i norske mødre har falt betydelig i løpet av de siste 20-30 årene, viser denne studien at selv de nivåene europeiske nyfødte nå blir eksponert for, fortsatt kan påvirke utviklingen deres negativt. Dette er viktig informasjon for myndighetene og poengterer behovet for å få en ytterligere nedgang av giftene i miljøet, sier Merete Eggesbø, leder av HUMIS-forskningsgruppen ved Folkehelseinstituttet.

- Dette er også ett av få arbeider som klarer å skille mellom miljøgifter overført i mors liv, og miljøgifter overført i ammeperioden. Vi trenger flere slike studier for å kunne utarbeide optimale ammeanbefalinger, tilføyer hun.

Forskerne undersøkte hvorvidt eksponering for miljøgiftene polychlorinated biphenyl 153 (PCB153) og p,p'-dichlorodiphenyldichloroethylene (p,p'-DDE) i mors liv eller via morsmelk i ammeperioden hadde sammenheng med hvor raskt barnet vokser. Raskere enn normal vekst tidlig i livet er en kjent risikofaktor for senere overvekt.

Tidligere forskning

I dyreforsøk gir disse kjemikaliene opphav til overvekt og fedme ved å forstyrre både hormonelle og nevrologiske prosesser. Tidligere studier på mennesker har vært små og har fokusert på fosterlivsperioden. Disse studiene har ikke tatt overføringen i ammeperioden med i betraktning. Likevel har de aller fleste studiene funnet en sammenheng mellom prenatal eksponering til DDE og vekst og BMI i barnealderen.

I følge forskerne passer også PCB-funnet godt inn med kunnskap hittil, da det tidligere er rapportert at PCB153 påvirker fødselsvekten negativt. Denne studien viser at den negative utviklingen på vekt kan forsterkes av eksponering for PCB153 i ammeperioden, selv når man har tatt høyde for lavere fødselsvekt hos de høyeksponerte.

Begrensninger

Selv om dette er den største studien hittil, med avansert modellering av eksponering og overbevisede resultater, vil det alltid være en risiko for andre umålte og ukjente faktorer som kan forklare resultatet. I tillegg er det usikkerhet i data, spesielt hva gjelder ammementde, noe det er svært vanskelig å få presise data på.

Variasjonen i resultatene fra de enkeltvise kohortene kan heller ikke forklares, hvilket indikerer at det kan være faktorer vi ikke kjenner til som spiller inn. Vi kunne ha fått et bedre estimat på risikoen ved prenatal eksponering hvis vi hadde undersøkt dette blant barn som ikke ble ammet, men vi hadde ikke nok barn i denne gruppen til å gjøre det.

Om studien

Studien ble ledet av Merete Eggesbø og Hein Stigum og analysert og skrevet av Nina Iszatt, alle ved Division for epidemiologi ved Folkehelseinstituttet. En avansert metode for å beregne eksponering i ammeperioden ble først tatt i bruk. Deretter ble data fra sju europeiske kohorter, inkludert den norske HUMIS-studien, kombinert til den største studien på miljøgifter og barns vekst hittil; 2500 mor-barn-par.



Illustrasjonsbilde: Colourbox.com

Studien ble finansiert av EU-prosjektet OBELIX og Norges forskningsråd via MILPAAHEL-programmet, i tillegg til finansieringskildene til de enkelte kohortene i andre land.

Publisert: 06.03.2015, endret: 22.03.2015, 15:04

Miljøgiftene PCB og DDE

polychlorinated biphenyl 153 (PCB153) ble benyttet i utstrakt grad i isolérglass og i elektrisk utstyr, slik som transformatorer, i Norge før det ble forbudt på 1990-tallet.

p,p'-dichlorodiphenyl-dichloroethylene (p,p'-DDE) er et nedbrytningsprodukt av pesticidmidlet 1,1,1-trichloro-2,2-bis(4-chlorophenyl) ethane (DDT), som i dag er forbudt over store deler av verden, men fortsatt tillates benyttet i malariakontroll.

Dette er to kjente miljøgifter med svært lang halveringstid som opp-konsentreres i næringskjeden. Befolkningen eksponeres for stoffene gjennom maten, spesielt via fet sjømat og morsmelk.

Se også:

- [Environmental Health Perspectives: Prenatal and Postnatal Exposure to Persistent Organic Pollutants and Infant Growth](#)

In English:

- [Infant growth affected by exposure to environmental pollutants](#)

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2015 -20. Stikkord: Miljøgifter. PCB. DDE. Vekstutvikling.

- Mobbing er en alvorlig risikofaktor for angst og depresjon

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114274>.

- Risikoen for angst og depresjon øker ofte betydelig blant de som utsettes for mobbing. Vi må være mer tydelige på at mobbing er en alvorlig risikofaktor for både psykiske vansker og lidelser, sier divisjonsdirektør Ellinor F. Major ved Folkehelseinstituttet.

Psykisk helse hos barn og unge er tema for folkehelseprofilene 2015. Profilene viser trekk ved kommunenes folkehelse. Blant annet finner kommunene tall for mobbing, trivsel, lese- og regneferdigheter.

Kommunen kan påvirke oppvekstmiljøet

Major understreker at kommunen har store muligheter til å påvirke og skape gode oppvekstmiljøer, fordi vi i dag vet en god del om hva som gir økt risiko, og hva som gir god beskyttelse mot psykiske vansker.



- Det er underkommunisert hvor alvorlig mobbing er, sier divisjonsdirektør Ellinor F. Major, Folkehelseinstituttet

- Forebygging av psykiske vansker og lidelser handler blant annet om å gi barn og ungdom miljøer uten mobbing, miljøer uten utestengning fra det sosiale fellesskapet og miljøer hvor alle har minst én arena eller aktivitet som viser at de lykkes med noe. Barn som vokser opp under slike forhold, har lavere risiko for å få psykiske vansker, forteller Major.

På den andre siden øker ensomhet, sosial eksklusjon, traumatiske opplevelser og daglige og vedvarende belastninger risikoen for psykiske vansker. De vanligste psykiske vanskene for barn og unge er angst, depresjon og atferdsvansker.

Det er underkommunisert hvor alvorlig mobbing er

- Det er underkommunisert hvor alvorlig mobbing er, fortsetter Major. - Barn og ungdom som blir utsatt for mobbing, har betydelig økt risiko for å utvikle psykiske vansker og lidelser. En rekke studier viser at risikoen ofte er dobbelt så høy eller mer enn dobbelt så høy blant de som utsettes for mobbing, enn blant de som ikke har vært mobbet.

Det å bli mobbet er en alvorlig risikofaktor for å utvikle psykiske lidelser som kan vare livet ut. Mange av dem som behandles i psykisk helsevern har vært utsatt for mobbing.

For skolene finnes det forebyggings- og antimobbeprogrammer som er utviklet for å redusere



Det å bli mobbet er en alvorlig risikofaktor for å utvikle psykiske lidelser som kan vare livet ut. Foto: Colourbox.com

mobbe problemer. Det skilles mellom direkte og indirekte mobbing. Mobbing via elektroniske medier – digital mobbing – regnes nå som en tredje kategori.

- Forebyggingen må starte tidlig. Snakk om mobbing i barnehagen og om hvordan man skal være mot hverandre. Lær barna et sunt forhold til bruk av sosiale medier og legg grunnlaget for gode oppvekstvilkår tidlig, oppfordrer Major.

Barnehager og skoler er helsefremmende arenaer

Barnehager og skoler er de viktigste forebyggingsarenaene.

Barnehager og skoler må jobbe for å være helsefremmende arenaer. Ved å gi barna trygge miljøer med trygge voksne kan det bidra til å forebygge psykiske vansker. Barnehager og skoler har mulighet til å se alle barna og kan finne de som sliter.

- Å legge til rette for at alle opplever mestring med minst en ting av det de holder på med, er viktig. Det kan være lek, kreativitet eller skole, og gi barna tilbakemelding på at de mestrer, sier Major.

Andre tiltak er å hindre frafall i skolen. I lokalmiljøet er også en del av det forebyggende arbeidet å legge til rette for arenaer der barn og unge kan møtes.

- Et godt tilrettelagt nærmiljø med sykkelveier, gangveier, lekeplasser, fritidstilbud og ungdomsklubber bidrar også positivt. Det er en god investering å satse på arenaer der barn kan utfolde seg, føle seg trygge og lykkes, sier Major.

Studier blant voksne viser at fysisk aktivitet har en forebyggende og terapeutisk effekt mot depresjon. Det er nå også forskning som ser på effekten av fysisk aktivitet på angst og depresjon blant barn og unge.

Angst og depresjon

- Hvilke typer psykiske vansker og lidelser kan forebygges gjennom å påvirke oppvekstmiljøet for barn og unge?

- Først og fremst angst, depresjon og atferdsvansker fordi dette berører så mange, og fordi miljøfaktorene synes særlig viktige ved disse vanskene, sier Major.

- [Fakta om mobbing blant barn og unge](#) (denne lenken virker ikke)
- [Fakta om livskvalitet og trivsel hos barn og unge](#) (direkte klikkbar lenke)
- [Finn folkehelseprofil for din kommune](#) – (direkte klikkbarlenke) se tabell for mobbing og trivsel på side 4 i profilen

Publisert: 12.03.2015, endret: 12.03.2015, 10:19

Referansekode i 'Helsrådet': UNG 2015 – 8. Stikkord: Mobbing.

Folkehelseprofiler for kommunane 2015 er publiserte

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114189>.

Folkehelseprofiler for kommunane 2015 er i dag publiserte på Folkehelseinstituttet sine nettsider. Tema for 2015-profilane er psykisk helse blant barn og unge. Kommunane vil også finne forskjell i levealder mellom utdanningsgrupper. På landsbasis er denne forskjellen 7 år for menn og 5 år for kvinner.

- [Last ned profil for din kommune](#)

Ny indikator: forskjell i levealder etter utdanning

Folkehelseprofilane for 2015 inneheld data om befolkning, levekår, levevaner, skule, helse og sjukdom. For 2015 er det fleire nye indikatorar, sjå oversikt nedanfor.

Nytt i 2015 er blant anna at kommunane for første gang kan finne forskjellen i forventa levealder mellom ulike utdanningsgrupper i kommunen.

På landsnivå kan menn med høg utdanning forvente å leve sju år lenger enn menn med kort utdanning. For kvinner er forskjellen fem år. Forskning har også vist at forskjellen mellom utdanningsgruppene auka i perioden frå 1960 til 2009. Det er teikn til at utviklinga er i ferd med å snu, det vil seie at forskjellane ikkje lenger aukar.

- Korleis kan kommunen bruke opplysningane dersom ein finn at det er store forskjellar i levealder mellom utdanningsgruppene i kommunen?

- Dersom kommunen ser at det er vesentlege forskjellar i levealder mellom utdannings-



gruppene, vil eit viktig tiltak på kort sikt ofte vere å arbeide for å få ned andelen som røykjer og då spesielt i gruppene med lav utdanning, seier forskar Bjørn Heine Strand, Folkehelseinstituttet.

Forskjellar i røykjing er rekna for å vere ei viktig årsak til at det er forskjellar i dødelegheit mellom utdanningsgruppene i Noreg. Hjertesjukdom, KOLS og lungekreft er alle røykjerelaterte sjukdommar som kan forkorte levealderen. I tiåret etter 2000 kunne lungekreft og KOLS forklare ein tredel av dei sosiale forskjellane i levealder blant kvinner. For menn stod desse dødsårsakene for ein femdel av forskjellane, seier Strand.

- På lengre sikt kan kommunen redusere sosiale helseforskjellar gjennom å arbeide for trygge og gode oppvekstvilkår, rettferdig fordeling av inntekt og like muligheter til utdanning og arbeid. Dei vala den enkelte tar når det gjeld både røykjing, fysisk aktivitet, kosthald og andre levevanar er ikkje berre personlege val, men også eit resultat av miljø og levekår, seier Strand og legg til at arbeidet for å jamne ut sosiale forskjellar i helse er samansett og krev fleire perspektiv:

1. Tiltak når det gjeld fysisk aktivitet, kosthald, røykjing og andre risikofaktorar
2. Tiltak for helsefremjande arbeid, til dømes å betre sosiale nettverk
3. Tiltak for å redusere førekomsten av hjarte- karsjukdom, lungekreft og andre kroniske sjukdommar
4. Tiltak retta mot vanskelegstilte grupper og andre grupper som treng støtte.
5. Tiltak i barnehage, skule, på arbeidsplassar og på andre arenaer.

Oversikt over nye indikatorar i 2015

Dette er nye indikatorar i 2015-profilane:

- Utdanningsforskjellar i forventa levealder viser forskjell mellom to utdanningsgrupper: grunnskule og vidaregåande skule/høgare utdanning. Sjå kommentar ovanfor.
Dei minste kommunane kan mangle opplysningar i profilen, fordi talgrunnlaget er for lite. Det same gjeld for fleire andre indikatorar.
- Lågaste meistringsnivå i rekning, 5. klasse. Dette er ein indikator som kjem i tillegg til indikatoren om meistringsnivå i lesing.
- Antibiotikabruk i kommunen.
- Overvekt og fedme hos kvinner. Dei to føregåande åra har profilane vist overvekt og fedme hos unge menn, med data frå Forsvaret. Dessa dataene er no nokre år gamle og går ut av profilen, men er framleis tilgjengelege i Kommunehelsa statistikkbank. I staden er det henta inn data frå Medisinsk fødselsregister som viser tal for kvinner før svangerskapsstart. Berre tal frå sjukehus med god rapportering av mors høgde og vekt er tekne med. I praksis vil om lag halvparten av kommunane få tal for overvekt hos kvinner.

Andre endringar

- Ny aldersgruppe for psykiske symptom og sjukdom: unge i aldersgruppa 15-29 år. Tala er baserte på konsultasjonar hos fastlege og legevakt, gjennomsnitt for dei siste tre åra. I profilane vil kommunen no finne tal på kommunenivå for dei som søker lege, og det er mogleg å samanlikne med fylket og landet.
- Nokre endringar i indikatoren for drikkevatt: leveringsstabilitet er inkludert i tillegg til data om E.coli. Ein kan også sjå kor stor del av befolkninga i kommunen som får vatn frå rapportpliktige vassverk og som dermed er inkludert i drikkevasstatistikken.
- Endringar i utrekninga av såkalt glidande gjennomsnitt for ei rekje indikatorar. For nokre kommunar kan dette gje endringar samanlikna med tidlegare år. For dei fleste kommunar blir det ingen vesentleg endring.

Sjå omtala av endringar og kommentar til dei ulike indikatorane i artikkel [Om statistikken](#) (direkte klikkbar lenke).

Faktaark om mobbing

I samband med publisering av folkehelseprofilane i år, er det også utarbeidd nye faktaark.

- [Fakta om mobbing blant barn og unge](#) (denne lenken virker ikke)
- [Fakta om livskvalitet og trivsel hos barn og unge](#) (direkte klikkbar lenke)

Fleire tal i statistikkbankane (lenkene er direkte klikkbare)

Profilane er knytt til [Kommunehelsa statistikkbank](#) som er oppdatert samtidig med at det kjem nye profilar. Alle kommunar vil finne fleire tal og utdjupande informasjon i statistikkbanken. Her finn ein også lenker til faktaark.

Spesielt for små kommunar som ikkje får tal for alle indikatorane, kan det også løne seg å ta ein titt i [Norgeshelsa statistikkbank](#) (direkte klikkbar lenke) som viser fleire tal for fylket enn det Kommunehelsastatistikkbank viser.

Fleire folkehelseprofilar i 2015

- Folkehelseprofilane for fylka kjem i slutten av mars.
- Profilar for bydelar i dei største byane kjem i april.

Sjå [statistikkalenderen for datoar](#).

Publisert: 11.03.2015, endret: 11.03.2015, 17:10

Referansekode i 'Helserådet': HST 2015 – 13. Stikkord: Folkehelseprofiler.

Folkehelseprofilar for kommunane 2014:

Forskjellar i psykisk helse mellom kommunar

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=108931> .

Folkehelseprofilane 2014 for kommunane viser at det er store variasjonar i kor stor del av befolkninga som har psykiske symptom og lidningar.

– Angst og depresjon er dei mest utbreidde psykiske lidningane og dei klart mest kostnadskrevjande psykiske lidningane for samfunnet. Samtidig er desse lidningane dei lettaste og mest lønsame å forebygge, seier divisjonsdirektør Ellinor F. Major ved Divisjon for psykisk helse.

Sjølv ein liten reduksjon i talet på nye tilfelle i ei av desse gruppene vil ha store positive konsekvensar for samfunnet: Færre vil bli ramma av lidningane som pasient eller pårørende, og presset på helsetenestene vil bli redusert.

– Det er viktig at alle kommunane legg til rette for tiltak som fremjar god psykisk helse. Sosial støtte og nære fortrulege kan verne mot depresjon. Frisklivssentralane kan òg vere ein arena for å fremje god psykisk helse og livskvalitet. Tiltak som kurs i å mestre depresjon (KiD-kurs) er bra viss ein først er blitt deprimer, seier Major.



Forskjellar mellom kommunar

Folkehelseprofilane 2014 viser at det varierer frå kommune til kommune kor stor del av befolkninga som har psykiske symptom og lidningar. For eksempel er førekomsten mykje høgare i Kristiansand kommune og andre kommunar i Vest-Agder enn i Jølster eller Lærdal kommune i Sogn og Fjordane. Data om legemiddelbruk viser at 148 av 1000 personar har brukt legemiddel til behandling av psykiske lidningar i Kristiansand kommune, mens tilsvarende tal for Jølster er 86 av 1000.

Kva slags psykisk helse-profil har kommunen din? Sjekk her:

- [Hent folkehelseprofil for kommunen din- finn statistikk](#) (direkte klikkbar lenke)

Kva kan forklare slike forskjellar?

– Forskjellar mellom kommunar kan ha mange årsaker. Det kan vere reelle forskjellar, og det kan òg vere forskjellar som for eksempel kjem av ulik diagnostiseringspraksis og avstand til lege, seier Major.

– Forskjellar kan òg ha samband med arbeidsløysse og forhold i skulen, som fråfall og mobbing. I tillegg kan det vere at dei ulike kommunane tilbyr ulike tiltak for forebygging og behandling av psykiske lidningar.

– *Kan diagnostiseringspraksisen ha noko å seie?*

– Ja, ulik diagnostiseringspraksis og ulik praksis med å føreskrive legemiddel kan verke inn på statistikken, som derfor kanskje ikkje speglar den verkelege førekomsten nøyaktig. Kommunen kjenner dei lokale forholda godt og vil derfor sjølv vere den som best kan tolke tala i folkehelseprofilane, seier Major. Med utgangspunkt i profilane og lokal kunnskap kan kommunane skaffe seg oversikt over den psykiske helsa i befolkninga.

Tiltak for å fremje god psykisk helse i kommunane

I 2011 gav Folkehelseinstituttet ut rapporten «Bedre føre var...», som gav ei oversikt over ei rekkje sjukdomsførebyggjande og helsefremjande tiltak som finst i kommunane. I tillegg til tiltaka som er omtalte i rapporten, har det kome til enkelte nye. Nokre eksempel på viktige behandlingstiltak:

- Program for behandling av søvnproblem: Søvnproblem er kanskje det mest utbreidde og undervurderte folkehelseproblemet i landet og er òg debutproblem ved dei fleste psykiske lidningar. Søvnrestriksjon, stimuluskontroll, avslappingsteknikkar og søvnhygiene har vist seg å vere svært effektive teknikkar til å behandle søvnproblem.
- Kurs i depresjonsmeistring (KiD) er lagde opp som undervising der deltakarane lærer kognitive teknikkar for korleis dei kan endre negative tankemønster, noko som er svært vanleg ved depresjon, og som både opprettheld og forsterkar nedsett stemningsleie og depresjon.
- Mange kommunar har etablert ei psykisk helseteneste der psykolog gir eit lågterskeltilbod.
- Mange har nytte av å delta i sjølvhjelpsgrupper som Angstringen eller såkalla sjølvhjelp med rettleiing, der personen får hjelp for problema gjennom rettleiingsmateriell og oppfølging frå helsepersonell.
- Frisklivssentralar: Ein frisklivssentral er ei kommunal helseteneste som har som mål å fremje fysisk og psykisk helse samt forebygging og mestre sjukdom. Det er etablert frisklivssentralar i omkring 150 kommunar. Frisklivssentralane kan hjelpe den enkelte med å få eit sunnare liv. Vi har etter kvart fått meir kunnskap om kva fysisk aktivitet og kosthald har å seie når det gjeld å forebygginge og lindre depressive symptom.

Meir informasjon (lenkene nedenfor er direkte klikkbare):

- [Bedre føre var...Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggjande tiltak og anbefalinger](#) - Rapport 2011:1, Folkehelseinstituttet.

- [Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder](#) - Rapport 2008:1, Folkehelseinstituttet
- [Kommunepsykologsatsingen i Norge i et folkehelseperspektiv](#) - Rapport 2013:2, Folkehelseinstituttet

Publisert: 30.01.2014, endret: 01.03.2015, 17:07

Se også: (lenkene er direkte klikkbare)

- [Psykisk helse i kommunen](#)
- [Psykisk helse i kommunen - risikofaktorer](#)

Referansekode i 'Helserådet': PSY 2015 – 8. Stikkord: Psykisk helse statistikk.

Folkehelsebarometeret: Hvordan tolke røde og grønne symboler i kommunenes folkehelseprofil?

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=102924>.

Denne artikkelen ble første gang publisert av FHI den 20.1.2014 og gjengitt i 'Helserådet' nr. 2/14, side20.

Referansekode i 'Helserådet': HST 2015 – 14. Stikkord: Folkehelseprofiler.

Psykisk helse i kommunen - risikofaktorer

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=102703>.

(Red. ann.: alle lenkene nedenfor er direkte klikkbare)

Hvilke faktorer kan øke eller redusere risikoen for psykiske helseplager? Slike faktorer kan for eksempel finnes innenfor oppvekst og skole eller i levekårsforhold.

For å vurdere psykisk helse i kommunen, kan man se på risikofaktorer som kan være til stede i befolkningen.

Det er mange ulike risikofaktorer for psykiske lidelser. Hver av disse kan ha beskjedne betydning for hvert enkelt individ. Hvis flere risikofaktorer forekommer samtidig for mange personer, kan forekomsten av psykiske helseproblemer i befolkningen øke.



I kommunehelsestatistikkbank og i folkehelseprofilene kan du finne flere risikofaktorer som kan påvirke befolkningens psykiske helse. Slike risikofaktorer omtales også som helsedeterminanter. Eksempler er:

Mobbing, trivsel i skolen og leseferdigheter er viktige faktorer som virker inn på psykisk helse hos ungdom. Se folkehelseprofilen 2014 og folkehelsebarometeret linje 14 - 16 (figuren). Kilde for statistikken er Utdanningsdirektoratet.

- [Risiko- og beskyttelsesfaktorer for psykiske vansker hos ungdom](#) - nyhetsartikkel om forskningsprosjekt

Frafall i videregående skole. Mye tyder på at psykiske problemer er den viktigste grunnen til at ungdom faller ut av skolen. Se folkehelsebarometeret linje 17. Kilde for statistikken er Statistisk sentralbyrå.

- [Årsaker til frafall i videregående opplæring](#) - forebygging.no

Arbeidsledighet. I likhet med frafall i skole, kan også arbeidsledighet ha stor betydning for psykisk helse. Se 2014-profilen, folkehelsebarometeret linje 9. Kilde for statistikken er Statistisk sentralbyrå.

- [Arbeid, trygd og helse](#) - faktaark

Personer som bor alene. Aleneboende antas å være en potensielt utsatt gruppe, både økonomisk og sosialt. Dette øker risikoen for å få psykiske helseproblemer. 2014-profilen gir informasjon om andel personer som bor i én-personhusholdninger i prosent av befolkningen, se linje 4 i folkehelsebarometeret. Statistikken er hentet fra Statistisk sentralbyrå.

Antallet enslige og enslige forsørgere. Aleneboere og enslige forsørgere er grupper som oftere enn andre grupper har økonomiske og sosiale problemer. Dette øker risikoen for å få psykiske helseproblemer.

2014-profilen gir informasjon om andelen barn av enslige forsørgere. På linje 11 i folkehelsebarometeret er antallet barn av enslige forsørgere oppgitt som prosent av alle barn i kommunen. Statistikken hentes fra NAV, og grunnlaget er utbetalinger av barnetrygd.

- [Sosial ulikhet i helse](#) - rapport fra Folkehelseinstituttet

Lavinntektsusholdninger. Personer som bor i familier eller husholdninger med lav inntekt får oftere enn andre psykiske helseproblemer.

Andelen barn (0-17 år) som bor i husholdninger med lavinntekt finner du i folkehelsebarometeret på linje 7. En lavinntektsusholdning har en samlet inntekt som er lavere enn 60 prosent av medianinntekten i EU-landene. Kilde for statistikken er Statistisk sentralbyrå.

Mer informasjon

- [Ressursside for psykisk helse i kommunen](#) - Finn veiledning for tolkning av folkehelseprofiler og lenker til mer informasjon
- [Folkehelseprofiler for kommuner og fylker](#) - nedlastingside
- [Kommunehelse statistikkbank](#) - lag egne tabeller og diagrammer
- [Folkehelseprofiler for kommuner og fylke](#) - temaside

Publisert: 16.01.2013, endret: 28.03.2015, 14:05

Se også:

- [Folkehelseprofiler for kommunane 2014: - Forskjellar i psykisk helse mellom kommunar](#)

Referansekode i 'Helserådet': PSY 2015 – 9. Stikkord: Psykisk helse.

Sot fra stearinlys kan gi helseplager

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114373> .

Stearinlys er koselig. Men overdreven bruk kan gi dårlig inneluft - faktisk på nivå med moderat røyking inne eller med uteluften i svært forurensede byer. Her får du gode råd om bedre inneklime.

Svevestøv kommer fra mange kilder – veitrafikk, vedfyring, industri m.m. Men innendørs er stearinlys en viktig kilde. Når stearinlys brenner vil en del av stearinet forbrenne ufullstendig – noe som kan sees som en svart stripe av sotrøyk over flammen.

Dette delvis forbrente kullholdige materialet vil også gi økte nivåer av ultrafine partikler i omgivelsene. Disse sotpartiklene er svært små og svever lenge rundt i inneluften. Det meste av denne forurensningen vil føres ut av huset ved en godt fungerende ventilasjon.

Noe sot vil avsettes på vegger og tak slik at man kan se en misfarging i nærheten av der stearinlyset står. Noe vil de som oppholder seg i rommet også puste inn og dermed vil sotpartiklene kunne avsettes i lungene.

Disse partiklene består av en kompleks blanding av stoffer, fra rent kull til sammensatte organiske forbindelser. Noen av disse er igjen vist å kunne fremkalle sykdom hos mennesker dersom mengden man utsettes for er stor nok.

- [Sjekkliste for godt inneklime](#) (direkte klikkbar lenke)



Spesielt utsatt

Selv om bruk av stearinlys kan medføre mye hygge, kan altså partikkelforurensningen i enkelte tilfeller bli i høyeste laget og det anbefales derfor at bruken av stearinlys ikke overdrives.

To grupper er spesielt utsatt i et dårlig inneklime – astmatikere og små barn.

- Vi vet blant annet at astmatikere rapporterer at de føler problemer når det brennes mye stearinlys. Også barn vet vi at er mer mottakelig for effekt av luftforurensning enn voksne. Dersom det er små barn til stede, er det altså ønskelig at man reduserer forurensningsbelastningen mest mulig, sier forsker Johan Øvrevik ved Avdeling for luftforurensning og støy ved Folkehelseinstituttet.

- Studier fra Danmark viser også at personer fra hjem der det brennes mye stearinlys har noe redusert lungefunksjon og tegn til betennelsesreaksjoner i luftveiene. Vi kan imidlertid ikke si med sikkerhet at dette skyldes partikkelforurensningen, opplyser Øvrevik.

Den verste forurensningen oppstår når lysene skal slukkes – og særlig dersom man blåser ut lysene. Derfor anbefales det å bruke en hette eller klemme slik at man kveler lyset så fort og effektivt som mulig. Da reduserer man utslippene av sotpartikler drastisk.

Helserisiko

Det er vanskelig å vurdere hvor skadelig stearinlyspartikler er i forhold til partikler fra andre forbrenningskilder, fordi vi mangler egnede forskningsdata om dette.

Vår rådgiving om inneluft baseres derfor på en skjønnsmessig vurdering av relative bidrag fra forskjellige kilder. Sigarettøyking er den viktigste kilden til partikkelforurensning innendørs der det røykes inne. Blant de øvrige kildene utgjør trafikkbelastning et vesentlig bidrag i tettbygde strøk og nær veier med stor trafikk.

Hvor høyt brenning av stearinlys kommer inn i en slik rangering vil variere mye med kvaliteten på lysene, de lokale forhold rundt lysene og ventilasjonseffektiviteten. Viktigst, og det som man selv enklest kan gjøre noe med, er hvor mange lys som brennes, hvor lenge og hvor hyppig.

Publisert: 12.03.2015, endret: 29.04.2015, 12:32

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2015 – 22. Stikkord: Stearinlys.

Rotavirusvaksine i barnevaksinasjonsprogrammet: Statusoppdatering

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114365>.

- De aller fleste barn som får rotavirusvaksine, får den ved anbefalt alder. Det gjøres en flott innsats i kommunene, både med vaksiner og innrapportering. De mistenkte bivirkningene vi har fått melding om har i all hovedsak vært milde og forbigående, sier Marianne Riise Bergsaker.

Vaksine mot rotavirus tilbys i barnevaksinasjonsprogrammet til alle barn født etter 1. september 2014. Vaksinen som brukes, Rotarix®, gis som to doser: én ved 6 uker og en ved 3-månedersalder.

Nasjonal overvåkingsplan for oppfølging av rotavirusvaksine i program

I forbindelse med innføringen av rotavirusvaksinen er det utarbeidet en overvåkingsplan. Denne planen omfatter overvåking og rapportering av vaksinasjonsdekning og utvidet overvåking av mistenkte bivirkninger. Oversikt over vaksinasjonsdekning og meldte bivirkninger vil publiseres regelmessig på henholdsvis www.fhi.no og på Legemiddelverkets nettsider www.legemiddelverket.no.

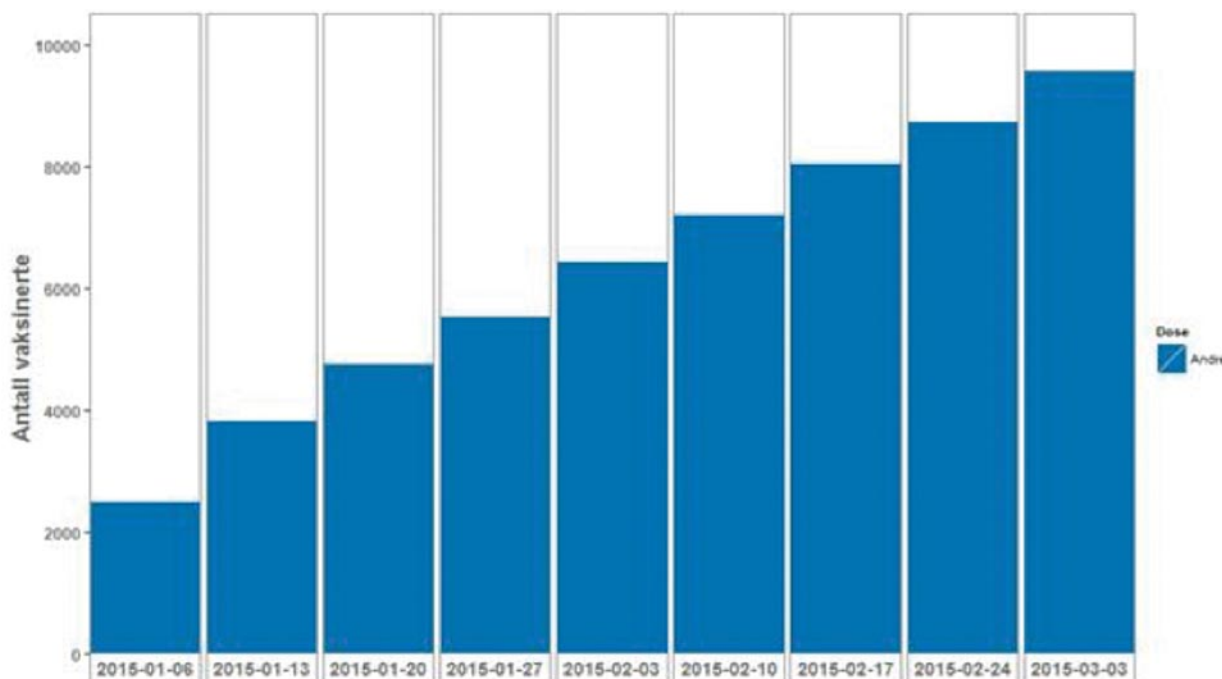


Illustrasjonsbilde. Copyright: Colourbox

I tillegg til den løpende overvåkingen er det iverksatt en rekke forskningsprosjekter som har til hensikt å studere virkningen av rotavirusvaksinasjon i befolkningen.

Antall vaksinerte barn per 3. mars 2015

Tall fra SYSVAK viser at det per 3. mars 2015 var gitt i overkant av 24 500 doser rotavirusvaksine til barn født fra og med 1. september 2014. Figuren under viser ukentlig utvikling for antall fullvaksinerte barn, altså barn som har fått to doser rotavirusvaksine, og man ser en jevn økning fra uke til uke.



Figur: Antall fullvaksinerte barn per uke (06/01 – 03/03 2015).

15 050 barn hadde fått sin første dose, og de aller fleste hadde fått denne ved anbefalt alder. 9 577 barn hadde i tillegg fått annen dose (se figur), og de fleste hadde også fått denne ved anbefalt alder. Fordi en del av barna ennå ikke har blitt gamle nok til å få sin andre dose, ligger tallet for fullvaksinerte barn noe lavere enn tallet for dem som kun har fått første dose.

De oppgitte tallene er basert på vaksinasjoner registrert i det nasjonale vaksinasjonsregisteret SYSVAK. Tekniske begrensninger og barnas unge alder gjør at det kan ta noe tid før rotavirusvaksinen blir registrert i SYSVAK. Både på grunn av forsinket innrapportering og fordi tilbudet om vaksinen er såpass nytt, er det for tidlig å beregne vaksinasjonsdekning for rotavirusvaksinen. Det vil tidligst kunne publiseres kvalitetssikret statistikk etter at et helt årskull har fått tilbud om vaksinen.

Mistenkte bivirkninger meldt per 2. mars 2015

Det første året etter innføring av en ny vaccine i barnevaksinasjonsprogrammet overvåkes bivirkninger mye tettere enn vanlig. Det innebærer at helsepersonell blir oppfordret til å melde alle hendelser som tenkes å ha en sammenheng med vaksinen, uansett alvorlighetsgrad. Utvidet overvåking av bivirkninger etter rotavirusvaksine skal pågå til utgangen av oktober 2015, når vaksinen har vært i bruk i ett år. Etter dette går man tilbake til vanlig overvåking der kun alvorlige og/eller uventede hendelser etter vaksinasjon meldes til Folkehelseinstituttet.

Det er så langt meldt inn 116 mistenkte bivirkninger i Norge (se tabell), hvorav 96 % av hendelsene betegnes som lite alvorlige.

Tabell: Oversikt over totalt antall rapporterte bivirkninger	
Totalt antall rapporter, inkludert alvorlige bivirkninger	116
Antall rapporter med mistenkte alvorlige* bivirkninger	5

**Reaksjoner som har medført sykehusinnleggelse eller forlenget sykehusopphold, er regnet som en medisinsk viktig hendelse, vedvarende betydelig nedsatt funksjonsevne eller funksjonskapasitet, livstruende sykdom eller død.*

78 % av meldingene dreier seg om mage-tarm symptomer som diaré, løs avføring, magesmerter, luftplager, oppkast, gulping og redusert appetitt i etterkant av vaksinasjonen. Det er hittil ikke meldt noen nye eller uventede mistenkte bivirkninger og det er ingen grunn til å endre gjeldende anbefalinger om bruk av vaksinen.

En mer detaljert oversikt over de innmeldte bivirkningene etter vaksinasjon med Rotarix® finnes på Statens legemiddelverk sine nettsider: (klikkbar lenke)

- [Rotavirusvaksinen Rotarix - bivirkningstall per 2.mars 2015 \(Statens legemiddelverk\)](#)

Pågående forskningsprosjekter (lenkene nedenfor er direkte klikkbare)

Ulike forskningsprosjekter pågår som har til hensikt å studere virkningen av rotavirusvaksinasjon i befolkningen. Mer informasjon om disse finnes på nettsiden:

- [Nasjonal oppfølging etter innføring av rotavirusvaksine i barnevaksinasjonsprogrammet](#)

Som ledd i informasjonsstrategien rundt innføringen utarbeidet Folkehelseinstituttet (FHI):

- [Informasjonsbrosjyre til foreldre](#)
- [Faktahefte til helsepersonell](#)
- [Film om administrasjon av rotavirusvaksinen](#)

Alle landets fylker fikk også tilbud om informasjon i form av forelesninger om rotavirussykdom og vaccine for helsepersonell våren 2014.

Publisert: 11.03.2015, endret: 12.03.2015, 16:09

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 -90. Stikkord: Rotavirus.

Kraftig økning i bekjempelse av veggedyr

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114338>

Skadedyrstatistikken fra 2014 viser en fortsatt økning i årlige bekjempelser av veggedyr. Fra 2007 til 2014 har antall registrerte årlige veggedyrbekjempelser økt med over 300 prosent.

Statistikken utarbeides i samarbeid med en rekke skadedyrfirmaer, og gir en samlet oversikt over det registrerte antallet bekjempelser av ti utvalgte insekter.



Dette gir verdifull informasjon om hvilke skadeinsekter som utgjør et stort problem, når på året det er flest av dem og hvordan skadedyrsituasjonen utvikler seg over tid.

Veggedyr er blant skadeinsektene Folkehelseinstituttet holder et særlig årvåkent øye med.

Hvordan blir du kvitt veggedyr?

Avdeling for skadedyrkontroll forsker på veggedyr og har utviklet et eget [faktaark om veggedyr](#) (direkte klikkbar lenke) med råd om hvordan du kan forebygge og bekjempe skadeinsektet.

Du kan også ringe «[Skadedyrtelefonen](#)» (direkte klikkbar lenke) alle hverdager mellom kl. 13.00-14.00. Der svarer ansatte ved Avdeling for skadedyrkontroll på alle mulige spørsmål om skadedyr. Telefonnummeret er 21 07 77 00.

Vil du vite mer om skadedyrstatistikken?

Se rapporten over [registrerte bekjempelser av veggedyr og de ni andre skadeinsektene Folkehelseinstituttet overvåker](#) (pdf) (direkte klikkbar lenke).

Publisert: 13.03.2015, endret: 13.03.2015, 10:11
Avdeling for skadedyrkontroll

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2015 -21. Stikkord: Veggedyr.

Flere skader i russetiden

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114721>.

En studie fra Folkehelseinstituttet viser at det er betydelig høyere forekomst av skader blant 19-åringer i perioden russefeiringen pågår. Hodeskader er særlig utbredt.

Folkehelseinstituttet får hvert år en rekke mediehenvendelser med spørsmål om hvorvidt det er flere skader under russefeiring enn ellers i året. Instituttet har nå undersøkt skadeforekomst i perioden for russefeiringen i årene fra 2007 til 2011.



Russefeiring, foto: Colourbox.com

Studien er publisert i Tidsskrift for Den norske legeförening og bygger på tall fra Norsk pasientregister. Forskerne har sett på antall registrerte skader blant 16-, 19- og 21-åringer. 19-åringene representerer i denne sammenhengen russerne. Undersøkelsen inkluderer skader som er behandlet i spesialisthelsetjenesten, i sykehus eller poliklinikk, og kan dermed representere alvorligere skader. Forekomsten av skader i russetiden er sammenliknet med forekomsten i årets øvrige måneder.

Flest skader blant menn

-19-åringer har betydelig flere skader enn 16- og 21-åringer i perioden russefeiringen pågår. I russetiden sto 19-åringene for 41,4 prosent av skadene, 16-åringer for 27,7 prosent og 21-åringene for 30,9 prosent. Det er særlig høy forekomst av hodeskader, forteller Maren Strand, overlege ved Folkehelseinstituttet og én av forfatterne av studien.

I studien har forskerne sett på totalt 87 233 registrerte skader. I månedene utenom russetiden sto 19-åringene for 34 prosent av skadene, mens denne prosentandelen som nevnt økte til 41 prosent i perioden russefeiringen pågikk.

Flere menn enn kvinner skader seg i russetiden, som ellers i året. I den undersøkte perioden ble det registrert 1337 skader hos kvinnelige 19-åringer i russetiden, og 1938 skader blant mannlige 19-åringer.

Alkoholinntak en mulig årsak

«Etter endt videregående skole har man i Norge en russefeiring med sterke tradisjoner og en rekke ritualer. Flere av disse medfører inntak av til dels store mengder alkohol, knyttet blant annet til knuteregler, rebusløp og større russetreff. Det hevdes jevnlig i mediene at feiringen gir økt antall skader, men det foreligger ikke studier der dette er undersøkt,» skriver forfatterne av studien innledningsvis.

-Vi har imidlertid ikke studert skadeårsakene, og vi kan derfor ikke fastslå at det høyere antallet skader skyldes økt alkoholinntak. Samtidig vet man at det er en sammenheng mellom bruk av rusmidler og økt risiko for skader, så det er derfor grunn til å mistenke at økt alkoholinntak i russetiden kan være én av årsakene til flere skader, påpeker Strand, og legger til: -Vi fant høyere forekomst av forgiftninger med alkohol og andre rusmidler blant 19-åringer i russetiden enn i de andre gruppene.

Forebygging

Strand understreker at det er viktig å kjenne til forekomsten av skader i forbindelse med russefeiringen, og at det er behov for bedre registrering av årsakssammenhenger. Dette er viktig med tanke på forebyggende arbeid for å forhindre alvorlige skader hos unge mennesker.

Referanse: Austdal L.E., Strand M.C., Vindenes V., Bogstrand S.T. [Forekomst av skader i russetiden](#) (direkte klikkbar lenke). Tidsskrift for Den norske legeforening 2015; 135:648–52.

Publisert: 21.04.2015, endret: 21.04.2015, 23:00

Referansekode i 'Helserådet': SKA 2015 – 11. Stikkord: Russetid.

Mikroskopimetode ikke egnet for å påvise borrelia og babesia

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114253>.

Folkehelseinstituttet har i et samarbeid med Universitetet i Oslo og fire andre laboratorier undersøkt mikroskopimetoden til Morten Laane og Ivar Mysterud for påvisning av Borrelia og Babesia i blod etter flåttbitt. Resultatene viser at mikroskopi utført ved denne metoden ikke finner forskjell i blod fra pasienter med borreliose-lignende plager og blod hos friske kontroller.

I en blindet studie*) ble det undersøkt blod fra en pasientgruppe med borreliose-lignende plager, som tidligere har fått påvist Borrelia og/eller Babesia ved mikroskopi, og blod fra en kontrollgruppe av friske personer. Laane og Mysterud ved Universitet i Oslo, utførte mikroskopi og fire mikrobiologiske laboratorier i Norge og utlandet utførte påvisning av Borrelia og Babesia med PCR-metode (DNA påvisning).

Det ble ved mikroskopi påvist flere Borrelia- og Babesia-lignende strukturer i blod fra friske enn i blod fra pasienter. Alle pasientprøver som var positive for Borrelia og/eller Babesia var negative med PCR-metode, noe som tyder på at det man ser i mikroskopet ikke er Borrelia eller Babesia.

- Denne mikroskopimetoden egner seg dermed ikke til å diagnostisere pasienter med borreliose eller babesiose, eller til å identifisere pasienter som trenger behandling for disse lidelsene, sier avdelingsdirektør Ingeborg Aaberge i Avdeling for mikrobiologi og infeksjonsimmunologi ved Folkehelseinstituttet.

***) En blindet studie vil si at de som undersøker prøvene ikke vet om de kommer fra pasientgruppen eller fra friske kontroller. Dette blir først kjent etter at analysene i studien er avsluttet.**

Publisert: 05.03.2015, endret: 05.03.2015, 16:20

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 -83. Stikkord: Borrelia.Babesia.



Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

Ebola-vaksinestudie klar til oppstart i Guinea

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114281>.

Verdens helseorganisasjon (WHO), Helsedepartementet i Guinea, Leger uten Grenser, Epicentre og Nasjonalt folkehelseinstitutt starter en fase tre-studie i Guinea den 7. mars for å teste effekten av en forebyggende vaksine mot Ebola.

– Vi har arbeidet hardt for å nå så langt, sier generaldirektør i WHO Margaret Chan.

– Det har vært en voldsom innsats fra de rammede landene og alle partnere for å framskynde utvikling og tilgjengelighet av utprøvde tiltak. Hvis en vaksine viser seg å være effektiv, vil det være historiens første forebyggende verktøy mot Ebola, sier hun.

John-Arne Røttingen, leder av styringsgruppen for studien og direktør for smittevern ved Folkehelseinstituttet understreker at studien skjer på forespørsel fra guineanske myndigheter.

– Nært samarbeid med lokalsamfunnene i studie-området i Guinea er en forutsetning for å kunne prøve ut denne vaksinen. Guineanske forskere har vært involvert i studien fra starten av, og det guineanske helsedepartementet sitter i ledelsen av prosjektet, sier han.

Vaksineringen kommer til å skje i området Basse Guinée, den regionen som for tiden har høyest forekomst av tilfeller i landet. Studiedesignet som er valgt er ringvaksinasjon, som bygger på tilnærmingen som ble brukt for å utrydde kopper på 1970-tallet. Dette betyr at man identifiserer et ny-diagnostisert Ebola-tilfelle, indeks-tilfellet, og sporer alle hans/hennes kontakter. Kontaktene blir så vaksinert ved samtykke.



Divisjonsdirektør John-Arne Røttingen, FHI

Studien har to mål: Å vurdere om vaksinen beskytter kontaktene som blir vaksinert, og om det å vaksinere kontaktene kan skape en buffer – en ring av beskyttede individer – rundt indeks-tilfellet for å hindre videre spredning av sykdommen. Vaksinen blir også tilbudt førstelinje-arbeidere i studie-området.

Vaksinen som skal prøves ut, er VSV-EBOV og er utviklet av det kanadiske folkehelseinstituttet. En annen vaksine vil bli testet i en påfølgende studie så snart den blir tilgjengelig. VSV-EBOV-vaksinen ble valgt på bakgrunn av et rammeverk med parametere utviklet av WHO's vitenskapelig og faglig rådgivende komité for eksperimentelle tiltak mot Ebola (STAC-EE). Kriteriene omfattet akseptabel sikkerhetsprofil, induksjon av egnet immunrespons, inkludert nøytraliserende antistoffer, og tilgjengelighet av tilstrekkelig antall vaksinedoser til rett tid.

Siden september 2014, har de to vaksinene som har kommet lengst i utviklingen, blitt testet i rundt 15 land i Afrika, Europa og Nord-Amerika. Utprøvingene er blitt kraftig framskyndet gjennom organisering av multiple, parallelle studier der forskere og produsenter har kunnet dele data og analyser raskere. I tillegg har etiske og regulatoriske godkjenninger blitt samordnet. Studien ble godkjent i løpet av noen måneder, mens det under normale forhold ville ha tatt flere måneder for de fleste regulatoriske myndigheter å komme til en konklusjon.

Studien er støttet av Norges forskningsråd, Leger uten Grenser, kanadiske helsemyndigheter og Wellcome Trust.

Publisert: 06.03.2015, endret: 06.03.2015, 16:41

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 85. Stikkord: Ebola.

Påvist tilfelle av meslinger i Oslo

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114349>.

Meslinger er påvist hos en uvaksinert, voksen person i Oslo. Personen er blitt smittet på reise utenfor Europa, og er nå innlagt i sykehus.

Smittevernoverlegen i Oslo er varslet og det arbeides med å identifisere nærkontakter, slik at disse kan få tilbud om vaksine dersom de uvaksinerte. Pasienten har vært smittsom under flyreise til Norge, og flyselskapet er kontaktet for å informere medpassasjerer. Ettersom det kan ta noe tid i å nå frem til alle med informasjon om mulig eksponering for meslingsmitte opplyser vi at dette gjelder Turkish Airline sine to flighter:

1. Tel Aviv – Istanbul, med avgang fredag 6. mars kl. 09:50, TK 785
2. Istanbul – Oslo, med avgang fredag 6. mars kl. 14:05, TK 1753

Folkehelseinstituttet har varslet om sykdomstilfellet i det internasjonale nettverket som registrer og overvåker smittsomme sykdommer.

Meslinger er en svært smittsom sykdom som i sjeldne tilfeller kan ha alvorlige følger. De fleste i Norge er fullvaksinerte, og disse er beskyttet mot sykdommen.

Uvaksinerte, og personer med usikker vaksinestatus blir anbefalt MMR vaksine. For uvaksinerte spedbarn, gravide og alvorlig immunsvekkede, kan immunglobulin gi en viss beskyttelse mot alvorlig sykdomsforløp hvis det gis inntil 5- 6 dager etter smittetidspunkt. Legen anbefales i slike tilfeller å konferere med avdeling for vaksine ved Folkehelseinstituttet.

Personer født før 1960 kan gå ut fra at de har gjennomgått meslinger. Personer over 15 måneder som har fulgt det vanlige vaksinasjonsprogrammet, er beskyttet. For å få sjekket vaksinasjonsstatus og eventuelt satt vaksine kan man kontakte helsestasjonen, smittevernkontor eller et senter for reisevaksinasjon.

Man kan også sjekke egen vaksinasjonsstatus på «Mine vaksiner», men registreringen kan være mangelfull for personer født før 1995.

- Dette er en påminnelse om at alle bør være vaksinert mot meslinger, sier overlege Trude Arnesen ved avdeling for infeksjonsovervåking ved Folkehelseinstituttet.

Publisert: 11.03.2015, endret: 11.03.2015, 13:12

Se også: (klikkbare lenker)

- ["Mine vaksiner" - på nett](#)
- [Smittevernveilederen - Meslinger \(morbilli\) - veileder for helsepersonell](#)
- [Vaksinasjonsboka - Meslingvaksinasjon - veileder for helsepersonell](#)
- [MMR-vaksine før reisen?](#)
- [Oslo kommune: Vaksiner og tuberkulosekontroll](#)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 87. Meslinger.



Illustrasjonsfoto: Meslingutslett hos lite barn

Dyreassosiert MRSA hos 23 personer i 2014

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114347> .

I 2014 ble det meldt totalt 1866 tilfeller av MRSA (meticillinresistente gule stafylokokker) hos personer i Norge. Kun 23 av disse kan karakteriseres som dyreassosiert MRSA (LA-MRSA). Dette er en spesiell variant av MRSA som lett spres mellom dyr, eksempelvis griser, men som også kan smitte fra mennesker til dyr og fra dyr til mennesker.

Adresseavisa har 11. mars 2015 en artikkel om LA-MRSA. Der blir all MRSA omtalt som LA-MRSA.

- Dette er en feil fremstilling og gir et skjevt bilde av situasjonen i det norske landbruket og den belastning dagens forekomst av LA-MRSA utgjør, sier seniorrådgiver Petter Elstrøm i avdeling for infeksjonsovervåking ved Folkehelseinstituttet.

- [Spørsmål og svar om MRSA](#) (direkte klikkbar lenke)

Forekomsten av MRSA hos personer i Norge er lavere enn i de fleste land i verden, men samtidig økende. Dette skyldes først og fremst en økende diagnostisering av MRSA hos personer som mest sannsynlig er smittet utenfor Norge og tar med seg bakteriene inn i landet – etter reiser i utlandet eller ved innvandring til Norge.

Det diagnostiseres minimalt med LA-MRSA hos personer i Norge. Grunnen til at myndighetene har satt inn omfattende tiltak for å hindre at LA-MRSA spres til og i svinebesetninger i Norge er at en spredning i besetningene kan etablere seg som en betydelig innenlands kilde for spredning av dyreassosiert MRSA.

- Stor spredning av LA-MRSA fra svinebesetninger til personer som arbeider med dyra og videre ut i befolkningen, kan samlet bidra til en økning av MRSA-forekomsten i befolkningen, sier Elstrøm.

Publisert: 11.03.2015, endret: 12.03.2015, 14:51

Se også:

- [Mattilsynet: Siste nytt om LA-MRSA i Trøndelag](#) (direkte klikkbar lenke)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 89. Stikkord: MRSA. Dyrehold



Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

Kartlegger helseulikheter i Portugal

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114280> .

Folkehelseinstituttet spiller en nøkkelrolle i Portugals første nasjonale helseundersøkelse. 4200 personer deltar i studien, hovedsakelig finansiert gjennom EØS-midlene.

Norge er internasjonalt anerkjent for helseregistre sine, som gir helsemyndighetene uunnværlige verktøy for helseovervåking, analyse og forskning. Folkehelseinstituttet (FHI), som strategisk rådgiver i programområdet folkehelse under EØS-midlene, støtter partnere i fem EU-land med aktiviteter rettet mot å redusere sosiale helseforskjeller – blant disse, Portugal.

Bedre helseinformasjon = bedre helse

Et av de større initiativene i denne sammenheng er oppbygningen og gjennomføringen av Portugals første nasjonale helseundersøkelse, INSEF (Inquerito Nacional de Saude com Exame Fisico, Eng: National Health Survey with Physical Examination). Totalt 4200 tilfeldig valgte deltakere skal gjennom en fysisk undersøkelse, ta blodprøve (som tester for åtte ulike sykdommer), samt svare på spørreskjema knyttet til helse og livsstil, ernæring og fysisk aktivitet. Blodprøvene skal brukes for å opprette landets første biobank, noe som vil muliggjøre viktig forskning i årene fremover. Dette vil i sin tur bidra til å kartlegge og løse utfordringer knyttet til helseforskjeller i landet.

Prosjektet ledes av det portugisiske folkehelseinstituttet, INSA (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Eng: National Health Institute Dr. Ricardo Jorge) i nært samarbeid med 49 regionale helsesentre i alle landets 7 regioner. Prosjektmidlene kommer fra EØS-midlene (85 %) og fra den portugisiske regjeringen (15 %).

Denne uken besøkte en delegasjon med representanter fra FHI, INSA, samt fra den norske ambassaden i Lisboa et av helsesentrene som deltar i INSEF, i Ponte de Sor i Alentejo-regionen.



- Helseulikheter er et problem som fortjener mer oppmerksomhet i Portugal, først og fremst på grunn av manglende helsedata. Dette prosjektet bidrar til å bedre folkehelsen og til å redusere helseulikheter i den portugisiske befolkningen. Det vil skje gjennom forbedret produksjon, formidling og bruk av pålitelig epidemiologisk informasjon, basert på styrkede nasjonale helseinformasjonssystemer og helseregistre, sier Dr. Carlos Matias Dias, medisinsk spesialist i folkehelse (INSA).

Gjensidige fordeler

Prosjektet bygger videre på den nasjonale helsestrategien, samt på tidligere samarbeid mellom det portugisiske og det norske folkehelseinstituttet.

- Det offentlige helsevesenet er en hjørnestein både i det norske og i det portugisiske samfunnet. Vi har dessuten viktige felles utfordringer innen folkehelse, som for eksempel manglende fysisk aktivitet, diabetes, psykisk helse, og en kommende eldrebølge. Dette prosjektet er en utmerket mulighet til å få ny innsikt og verdifull erfaring for begge parter, sier Bent Bakken, førstesekretær ved den norske ambassaden i Lisboa.

Om EØS-midlene

Gjennom EØS-midlene bidrar Island, Liechtenstein og Norge til å redusere ulikheter i Europa og til å styrke de bilaterale forbindelsene med 16 land i Sentral- og Sør-Europa.

I perioden 2009-2014 er totalt 1,8 milliarder euro avsatt under EØS-midlene. Sentrale områder for støtte omfatter miljøvern og klimaindretninger, sivil samfunn, kompetansebygging og sosial utvikling, kulturarv og kulturutveksling, forskning og utdanningsstipend, anstendig arbeidsliv og justis. Prosjekter som gjennomføres under støtteperioden 2009-14, må slutføres innen 30. april 2016/2017

Se også: [Folkehelse-initiativene under EØS-midlene i Portugal](#)

Publisert: 06.03.2015, endret: 16.03.2015, 15:57

Referansekode i 'Helserådet': HST 2015 – 11. Stikkord: Portugal. EØS-midler.

Helsepersonell oppfordres til å bli med på kartlegging av deres kunnskap om utførelse og betydning av håndhygiene

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114276> .

I forbindelse med Verdens håndhygienedag 5. mai 2015, er det ønskelig å kartlegge helsepersonells kunnskaper om utførelse og betydning av håndhygiene.

Spørreundersøkelse om håndhygiene

Landets fire regionale kompetansesentre i smittevern og Folkehelseinstituttet har utarbeidet en elektronisk spørreundersøkelse basert på et spørreskjema utarbeidet av Verdens helseorganisasjon. Det skal kartlegges i hvilken grad helsepersonell kjenner til:

- Når håndhygiene bør utføres
- Hvordan håndhygiene skal utføres
- Hvilken betydning håndhygiene har i forebygging av infeksjoner og spredning av antibiotika-resistente mikroorganismer

Vi oppfordrer helsepersonell til å bruke 5-10 minutter og svare på spørreskjema:

- [Håndhygiene blant helsepersonell](#)

Spørreundersøkelsen avsluttes **10. april 2015**

Når publiseres resultatene?

Resultatene fra undersøkelsen vil bli presentert på våre nettsider i begynnelsen av mai, og er en del av den nasjonale markeringen av Verdens håndhygienedag 2015.

Forskning viser at helsepersonell gjennomfører håndhygiene i færre enn 50 % av de anledningene hvor det er påkrevet. Etterlevelsen påvirkes blant annet av yrkesbakgrunn, kjønn, arbeidssted, arbeidspres og tilgjengelighet av håndhygienefasiliteter. I tillegg påvirkes etterlevelsen av helsearbeiderens kunnskaper om når og hvordan håndhygiene skal utføres, samt om de har kjennskap til at håndhygiene er et av de mest effektive tiltak for å forebygge infeksjoner og spredning av antibiotika-resistente mikroorganismer. Verdens helseorganisasjon utgav i 2014 en systematisk oversikt om: (direkte klikkbar lenke, se neste side)



- [Evidence of hand hygiene to reduce transmission and infections by multidrug resistant organisms in health-care settings \(Verdens helseorganisasjon, 2014\)](#)

Publisert: 06.03.2015, endret: 12.03.2015, 16:52

Referansekode i 'Helserådet': PER 2015 – 5. Stikkord: Håndhygiene.

Fortsatt nedgang i salg av reseptfrie smertestillende legemidler

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114095>.

Mens salget av reseptfrie smertestillende legemidler både i dagligvarehandelen og apotek gikk ned, økte salget av midler til røykavvenning og nesenspray ved tett nese i 2014, viser tall fra Folkehelseinstituttet.

Smertestillende midler

Paracetamol

Illustrasjonsbilde: Colourbox.com

Totalt salg av paracetamol i reseptfrie pakninger målt i doser (Definerte Døgn Doser, DDD) gikk ned med tre prosent i 2014 sammenlignet med foregående år. Totalt ble det solgt 9,2 millioner pakninger, hvorav 4,6 millioner pakninger i dagligvare. Dette tilsvarer nesten to pakninger per person i Norge per år eller i underkant av 40 tabletter.

Totalt salg av paracetamol (reseptpliktig og reseptfritt) var tilnærmet uforandret i 2014 i forhold til 2013. Reseptfritt salg av paracetamol har gått ned de to siste årene, mens salget av reseptbelagte paracetamol øker. I 2014 var økningen på tre prosent. Reseptfritt salg av paracetamol har over tid hatt en synkende andel av totalsalget av paracetamol, fra 67 prosent i 2005 til 42 prosent i 2014.



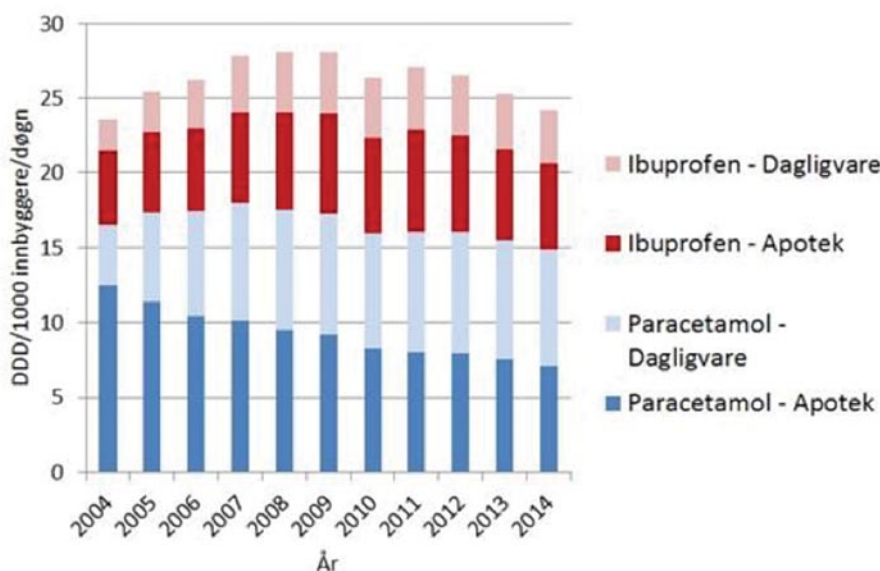
Illustrasjonsbilde: Colourbox.com

I Sverige har Läkemedelsverket foreslått å fjerne paracetamol fra butikkene fordi det har vært en økning i antall henvendelser om forgiftning. I et innlegg fra Giftinformasjonen ved Folkehelseinstituttet og Legemiddelverket i Tidsskrift for Den norske legeförening er situasjonen i Norge beskrevet. Her kommenteres det at det med dagens kunnskap ikke er vist at salg av paracetamol i butikk fører til flere dødsfall eller sykehusinnleggelseser på grunn av forgiftning, og at det derfor ikke er grunnlag for å gjennomføre restriksjoner på salget av paracetamol i Norge.

Ibuprofen

Totalt salg av reseptfrie pakninger av ibuprofen gikk i 2014 ned med fire prosent sammenlignet med året før. Rundt 40 prosent av reseptfritt ibuprofen selges i dagligvarehandelen og andelen har vært stabil de siste årene.

Totalt salg av ibuprofen (reseptpliktig og reseptfritt) gikk ned med 1,6 prosent, mens salget på resept økte med en prosent. Andel solgt reseptfritt var 55 prosent, tilnærmet uendret fra året før.



Figur: Totalt salg av ibuprofen og paracetamol (smertestillende) i reseptfrie pakninger angitt i DDD/1000 innbyggere/døgn fordelt på apotek og dagligvarehandelen 2004-2014.

Røykeavvenningsmidler med nikotin

Salget av røykeavvenningsmidler (som nikotintyggegummi) økte fortsatt i 2014 og var seks prosent høyere enn foregående år, målt i doser. Andelen i dagligvarehandelen har økt gradvis. I 2014 ble 44 prosent solgt i dagligvarehandelen.

Nesespray ved tett nese

Salg av nesepreparater (oksymetazolin og xylometazolin) økte med 2 prosent i 2014 i forhold til 2013. En kombinasjon av to virkestoffer mot tett nese (xylometazolin og ipratropiumbromid), har økende andel salg i dagligvarehandelen. I 2014 var andelen 30 prosent. Samlet for de ulike nesepreparatene var andelen i dagligvarehandelen 60 prosent i 2014. Tallene viser at hver innbygger i gjennomsnitt kjøpte en flaske nesepreparat i 2014.

Midler mot allergi

I 2014 økte salget av reseptfrie pakninger med cetirizin (antihistamin) med 11 prosent sammenlignet med 2013. Andelen solgt i dagligvarehandelen var 23 prosent, som er en nedgang i forhold til 2013.

Nødprevensjon

Totalt ble det solgt i underkant av 142 000 doser nødprevensjon i 2014, hvorav 9 000 (seks prosent) i dagligvarehandelen. Salget gikk ned med ni prosent i forhold til 2013. Salg av nødprevensjon utenom apotek har vært tillatt siden januar 2009.

De mest solgte legemidlene i dagligvarehandelen og apotek

Totalt reseptfritt salg i 2014 for de mest solgte legemidlene som både selges dagligvarehandelen og apotek, totalt antall solgte pakninger, volum målt i doser (Definerte Døgn Doser, DDD) og endring i forhold til 2013.

Virkestoff (varemerker i butikk, ATC kode)	Bruksområde	Totalt antall pakninger 2014 (millioner)	Totalt reseptfritt salg i apotek og butikk i 2014 (angitt i DDD/1000 innbygger/døgn)	Prosentvis endring i antall DDD reseptfritt salg i forhold til 2013
Ibuprofen (Ibux) (M01AE01)	Smerter	4,0	9,3	-4 %
Paracetamol (Paracet/Panodil) (N02BE01)	Smerter	9,0	14,9	-3 %
Nikotin (Nicorette/Nicotinell) (N07BA01)	Røykeavvenning	1,4	6,5	6 %
Oksymetazolin (R01AA05)	Nesetetthet ved forkjølelse	0,29 (Selges kun i apotek)	1,3	3 %
Xylometazolin (Otrivin) (R01AA07)	Nesetetthet ved forkjølelse	4,5	28,8	1 %
Xylometazolin/ Ipratropiumbromid (Otrivin comp) (R01AB06)	Nesetetthet ved forkjølelse	0,30	2,0	9 %
Cetirizin (Zyrtec) (R06AE07)	Allergimedisin	0,55	5,9	11 %

Statens legemiddelverk bestemmer hvilke legemidler som kan selges utenom apotek og utvalget revideres årlig. Mange av legemidlene som Statens legemiddelverk har bestemt kan selges utenom apotek, er ikke tatt inn i vareutvalget av dagligvarekjedene. Totalt selges rundt tjue forskjellige legemidler i dagligvarehandelen. Legemidlene som vises i tabellen utgjør 97 prosent av totalsalget av legemidler i dagligvarehandelen.

Andre legemidler

Slimløsende hostesaft (Tussin) og reisesyketabletter (Postafen) selges også i dagligvarehandelen. I tillegg selges det et lite volum av andre legemidler, blant annet midler mot halsbrann/sure oppstøt (Pepcid) og mot diaré (Imodium).

Prosentandeler (av antall DDD) solgt i dagligvarehandelen for legemidlene i foregående tabellen for perioden 2010 – 2014. Kilde: Grossistbasert legemiddelstatistikk, Nasjonalt folkehelseinstitutt

Virkestoff (ATC kode)	2010	2011	2012	2013	2014
Ibuprofen (M01AE01)	39 %	38 %	39 %	38 %	38 %
Paracetamol (N02BE01)	48 %	50 %	50 %	51 %	52 %
Nikotin (N07BA01)	25 %	31 %	35 %	39 %	44 %
Xylometazolin (R01AA07)	57 %	61 %	62 %	64 %	65 %
Xylometazolin/ ipratropiumbromid (R01AB06)	-	-	-	20 %	30 %
Cetirizin (R06AE07)	8 %	10 %	19 %	23 %	23 %

Publisert: 24.02.2015, endret: 24.02.2015, 10:53

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2015 – 25. Stikkord: Legemidler. Reseptfrie legemidler.

Bestilling av influensavaksine for sesongen 2015/2016 til anbefalte målgrupper

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114358>.

Tiden er inne for å bestille influensavaksine 2015/2016 til anbefalte målgrupper. Informasjonsbrev med vedlagt bestillingsskjema er sendt til alle kommuner og helseforetak. Likelydende brev er sendt til alle landets rådmenn. Frist for retur av bestillingsskjemaet er 10. april 2015.

Anbefalte målgrupper for sesonginfluensavaksinasjon er uendret i forhold til den pågående sesongen. Følgende personer har økt risiko for alvorlig sykdom og død ved influensasykdom (risikogrupper), og anbefales derfor influensavaksine for å beskytte seg mot sykdommen:

- Alle fra og med fylte 65 år
- Beboere i omsorgsbolig og sykehjem
- Gravide etter 12. svangerskapsuke (2. og 3. trimester). Gravide i 1. trimester med annen tilleggssisiko kan vurderes for vaksinasjon
- Barn og voksne med:
 - o diabetes mellitus, type 1 og 2
 - o kronisk lungesykdom (inkludert astma)
 - o kronisk hjerte-/karsykdom, spesielt personer med alvorlig hjertesvikt, lavt minuttvolum eller pulmonal hypertensjon
 - o kronisk leversvikt
 - o kronisk nyresvikt
 - o kronisk neurologisk sykdom eller skade, spesielt personer med nedsatt lungekapasitet
 - o nedsatt infeksjonsresistens
 - o svært alvorlig fedme (BMI over 40)
 - o annen alvorlig og/eller kronisk sykdom der influensa utgjør en alvorlig helserisiko, etter individuell vurdering av lege

I tillegg anbefales influensavaksine til følgende grupper med hovedformål å beskytte andre (indirekte beskyttelse):

- Helsepersonell som har pasientkontakt
- Husstandskontakter til immunsupprimerte personer
- Svinerøkttere og andre som har regelmessig kontakt med levende griser

Rutinene for bestilling og utsending av sesonginfluensavaksine er stort sett uendret i forhold til tidligere år. Den etablerte ordningen er viktig for at Folkehelseinstituttet skal kunne administrere masseutsending av influensavaksine på en rask og effektiv måte.

I år er det mulig å forhåndsbestille både inaktivert influensavaksine (injeksjonsvaksine) og levende, svekket influensavaksine (nese-spray). Levende, svekket vaksine (Fluenz Tetra) er kun indisert til barn 2-17 år, og vil foreligge i 1-pakning.

Alle tilgjengelige sesonginfluensavaksiner vil inneholde de virustypene som WHO anbefaler, deriblant et A/California/7/2009(H1N1)pdm09-lignende virus. Injeksjonsvaksinen vil fortsatt være trevalent (to influensa A-stammer og en influensa B-stamme), mens den levende, svekkede vaksinen vil være firevalent (to influensa A-stammer og to influensa B-stammer).

Vi ber om at dere primært benytter adressert bestillingsskjema som er sendt pr. post til kommuner og helseforetak. Vedlagte bestillingsskjema (nedlastbar PDF-fil) kan benyttes av de som mangler skjema, men vi minner om at hver kommune / bydel og hvert sykehus kun kan sende én bestilling.

Vaksinene vil bli sendt ut i løpet av september / oktober 2015. (Lenkene er direkte klikkbare)

- [Influensavaksine for sesongen 2015/2016 til anbefalte målgrupper. Brev til kommuner \(PDF\)](#)
- [Bestillingsskjema, kommuner \(PDF\)](#)
- [Influensavaksine for sesongen 2015/2016 til anbefalte målgrupper. Brev til helseforetak \(PDF\)](#)
- [Bestillingsskjema, Helseforetak \(PDF\)](#)
- [Notat - målgrupper for sesonginfluensavaksinasjon sesongen 2015/2016](#)

Publisert: 11.03.2015, endret: 08.04.2015, 08:50

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 - 88

Mange vaksineforsendelser inneholder ny temperaturindikator som må leses av med en gang

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114093> .

Vaksiner, immunglobuliner og sera er kjølevarer som skal oppbevares ved 2-8 °C. Det er derfor viktig at preparatene blir pakket opp og satt i kjøleskap straks pakken er mottatt. Folkehelseinstituttet endrer pakkerutiner for enkelte preparater. Mange vaksineforsendelser vil inneholde en elektronisk temperaturindikator. Denne må leses av med en gang forsendelsen mottas.

Temperaturindikatoren gir alarm hvis temperaturer har vært utenfor 2-8 °C under transporten. Aktuelle forsendelser vil inneholde et følgebrev som forklarer hvordan indikatoren skal leses av, hva man skal gjøre ved alarm, samt rutiner for retur av indikatoren.

Publisert: 24.02.2015, endret: 08.04.2015, 08:54

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 76. Stikkord: Vaksineforsendelse. Temperaturindikator.

Oppfordring om å returnere esker med isolerende elementer

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114240> .

Mange vaksiner pakkes i esker med isolerende elementer. Disse eskene kan brukes flere ganger, og skal derfor returneres til Folkehelseinstituttet. For å ha nok esker tilgjengelig til enhver tid er vi avhengig av å få eskene i retur så fort som mulig.

Klistrelapp for gratis retur følger med de aktuelle eskene. Vanlige isoporesker skal ikke returneres.

Temperaturindikatoren (Q-tag® Quad) er engangs og kan derfor returneres nå sammen med esken (for destruksjon). Frostindikatoren (Freeze-tag®) er flergangs, og den ødelegges ved frost. Den skal derfor ikke returneres før nærmere sommeren.

Publisert: 05.03.2015, endret: 08.04.2015, 08:50

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 84. Stikkord: Vaksinetransport.