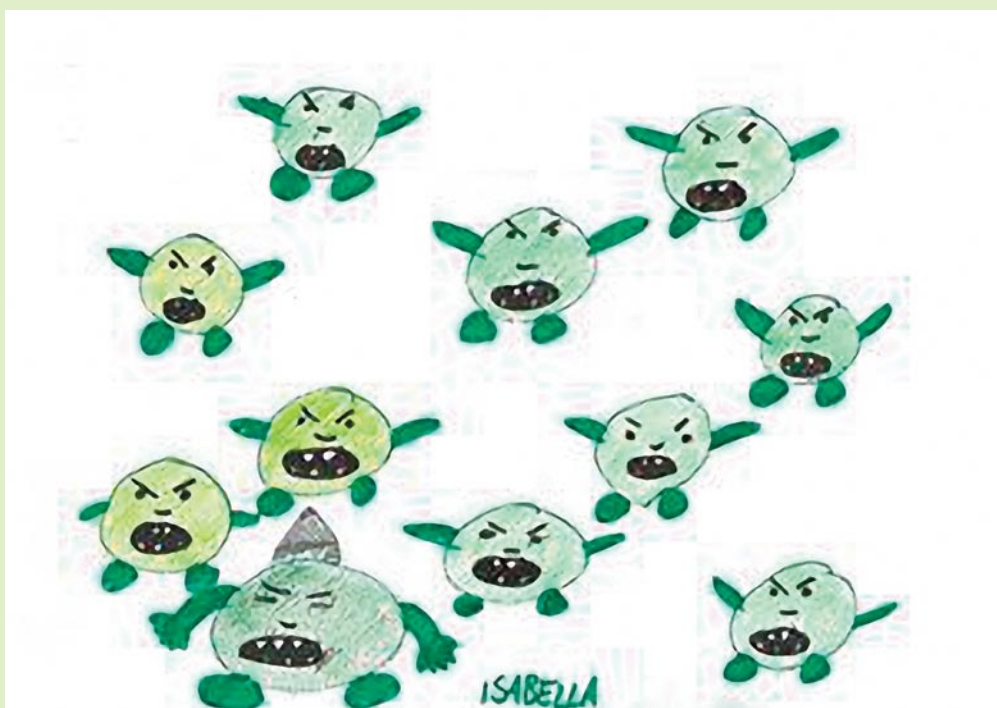


9. januar 2015, 23. årgang

Helserådet

Nytt om samfunnsmedisin og
folkehelsearbeid

- Komplette innholds-
fortegnelse
s. 2
- Fylkeslege Kristian
Hagestad takker
for seg
s. 4
- Kommunale akutte
døgnplasser
s. 15
- Vil du blive noget, må
du lære noget
s. 39
- Ensomhet gir frafall
i skolen
s. 41
- Camilla Stoltenberg
æresdoktor
s. 44
- Ingen grunn til kylling-
panikk
s. 50



Helserådet

INNHold NR. 1/15

Velkommen til nytt år med 'Helserådet'	3
Kongereferen takker for seg – fylkeslege i 23 år- Intervju med Kristian Hagestad	4
-Misbruker tilliten til offentlig helsepersonell. Om autorisert helsepersonell som driver alternativ behandling.....	10
Planlegging av grønnstruktur i byer og tettsteder	12
Prioriteringer i storbyforskningen	12
Hvilke planer har kommunene som hittil ikke har etablert øyeblikkelig hjelp døgntilbud?	15
Kommunenes erfaringer med bruken av øyeblikkelig hjelp døgnplasser.....	15
Erfaringskonferanse 25. oktober om kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud – se innleggene	16
Hjemmebesøk ga færre innleggelser	17
Seks av ti utelater spesialistene i øyeblikkelig hjelp-planlegging	18
Viktig med varig forbedring i eldreomsorgen	18
GPS-sporing av personer med demens	20
Helsedirektoratet: Nyhetsbrev –folkehelsearbeid 5/2014.....	23
Synes distriktpsykiatriske sentre er på rett vei	28
Samarbeid mellom stat og kommune om rus og psykiatri	28
Medfinansiering: Danske erfaringer	29
Samhandlingsutfordringer mellom kommunesektoren og den regionale stat	29
Finsk utredning om risiko for kjemisk eksponering.....	30
Innaskjærs yrkesdykking under kontrollerte forhold påvirker ikke hjernens funksjoner	31
Sementarbeidere og lungefunksjon	31
Nye regler om merking av mat.....	32
Forskning på vevsprøver fra døde barn var ulovlig	32
Dyreglede gir oss bedre helse.....	33
Nyhetsbrev fra emnebibliotek forgiftninger	33
Lufttørking av hendene sprer mye bakterier.....	36
Unge pupper påvirkes av røyking	36
Røyking ødelegger y-kromosomet til menn.....	37
Flere barn får vaksine etter opplæring	37
-Prioriter dem som ikke har kontroll over hiv-smitten	38
Beredskap mot ebola	38
Vil du blive noget, må du lære noget	39
Oppfølging av overvektige barn ga suksess.....	40
Fedme hos mor koblet til økt spedbarnsdødelighet	40
Ensomhet gir frafall i skolen.....	41
Kutt i støtte til alenemødre ga dårligere skoleresultater for barna	41
Smarte folk overlever oftere hjerteinfarkt	42
Noroviruset endelig fanget	42
Ti ting du bør vite om narasin og kylling	43
Vaksiner i kampen mot resistens.....	43

NYTT FRA WWW.FHI.NO, FOLKEHELSEINSTITUTTET

Camilla Stoltenberg æresdoktor.....	44
Helseinstitusjoner bør være forberedt på norovirus-utbrudd	45
Hiv-situasjonen i Norge hittil i 2014	46
Nytt revidert opplag av heftet «Om hivinfeksjon»	47
Verdens aidsdag 2014 markert flere steder i Norge	47
Utbrudd av pest på Madagaskar	48
Økning i forekomst av enterovirus D68 rapportert fra flere land	48
Informasjonsmateriell om BCG-vaksinasjon	49
Ingen grunn til kyllingpanikk	50
Ny rapport: Meningokokksykdom i Norge og anbefalinger for bruk av meningokokkvaksiner	50
Vaksineråd – World Scout Jamboree Japan	51
Rutiner ved rettsmedisinske obduksjoner	52
Statistikk frå Hjerte- og karregisteret for 2013.....	53
Nye mål for bedre drikkevann i Norge	54
Boostrix polio ikke tilgjengelig i 1-pakning	56

Helserådet

Nytt fra Helsebiblioteket, emnebibliotek samfunnsmedisin og folkehelse

Postboks 7004 St. Olavs plass, 0130 Oslo.

Utgever: 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@kunnskapssenteret.no

Trykk: In-trykk AS

Layout: ASAP Media

Distribusjon: Postklart Distribusjon as

Forsiden:

Folkehelseinstituttet var den 22. og 23. november på Teknisk museum med kunnskapsformidling og lærerike aktiviteter om bakterier og antibiotika i forlengelsen av Antibiotikadagen som var den 18. november.

Barn og voksne fikk sjekke hvor rene hender de hadde etter håndvask og lære mer om bakterier, antibiotikabruk og hvilken rolle vaksiner har på infeksjoner. Barna deltok i tegnekonkurranse med to oppgaver:

- Hvorfor det er viktig å vaske hendene?
- Slik ser en sint bakterie ut.

En av vinnertegningene er av Isabella: «Sinte bakterier»

Velkommen til nytt år med 'Helserådet'

Velkommen til 'Helserådet's 23. årgang med forhåpentlig mye og nyttig lesestoff for samfunnsmedisinere og andre folkehelsearbeidere. Dette året vil det være langt flere e-post abonnenter enn papirlesere. Og vi har tatt konsekvensen av det når det gjelder lay-out på sidene i bladet. Det var kommuneoverlege Barbro Kvaal i Trøgstad som foreslo for meg like før jul at vi burde slutte med å sette stoffet i spalter: det ville være enklere, sa hun, å slippe å måtte scrolle opp og ned for å lese en hel artikkel når man først var inne på en side.

Selv er jeg stadig like fascinert over alle de muligheter som moderne teknologi gir når det gjelder å bringe aktuelt stoff ut til leserne. Dette nummeret av 'Helserådet' har f. eks. 54 artikler som igjen inneholder lenker til ca. 200 andre artikler eller nettsteder. Således er det flott å se hvordan vi kan bidra til at folk kommer «ut i den store verden».

Allikevel klarer jeg ikke helt å fri meg for gleden ved å ha bladet i papirversjon fysisk liggende foran meg. Det er interessant å registrere at nokså mange abonnenter fortsatt ønsker papirversjonen, og da gjerne i tillegg til nett-versjonen. Som en leser sa: «Det er fint å ha papirversjonen som jeg kan kaste et raskt blikk på i en ledig stund inne imellom andre gjøremål og at hver artikkel her har en kort omtale av innholdet. Så vet jeg hvilke artikler jeg skal fordype meg i når jeg sitter foran skjermen etterpå.»

Flere av artiklene i 'Helserådet' opprettes også som vanlige artikler i www.helsebiblioteket.no. Det betyr at de sorteres og settes i «rett hylle» i emnebibliotek samfunnsmedisin og folkehelsearbeid som jeg også er redaktøransvarlig for. Dette gjør det lett for en bruker senere å søke frem stoffet i emnebibliotekets systematiske del, d.v.s. under relevante menypunkter. Andre velger å bruke Helsebibliotekets søke-motor som gir gode treff til mye av stoffet både i emnebiblioteket og 'Helserådet' for øvrig.

Det er web-redaktøren som har som oppgave å ordne stoffet i emnebiblioteket og presentere det på hjemmesiden vår. Helt fra 'Helserådet' ble en del av Helsebibliotekets portefølje har Ingrid Moen Rotvik vært web-redaktør, et arbeid som hun har skjøttet med stor dyktighet i tillegg til at hun har gitt undertegnede mange god råd. Jeg er derfor Ingrid dypt takknemlig for det gode samarbeidet vi har hatt i mange år. Fra nyttår har hun imidlertid gått over i annen jobb utenfor Helsebiblioteket, og nå har Katrine Rutgerson overtatt som web-redaktør. Hun har arbeidet med emnebiblioteket vårt en stund allerede, så jeg er sikker på at vi vil få like god hjelp her i tiden som kommer.

Så vil jeg få takke flere av våre kolleger som på ulike måter bidrar med stoff i 'Helserådet'. Ta Einar Braaten i Eiker, for eksempel. Det er en glede å kunne få gjengi mange av hans gode og underfundige blogginnlegg fra hans samfunnsmedisinske hverdag. Og mange andre som gjennom eyr, kompass eller andre diskusjonsmedier bidrar til å bringe faget vårt fremover.

Til slutt en takk til de som sikrer at 'Helserådet' ser ut som det gjør! Da tenker jeg på den grafiske utformingen av bladet som Rune Stangeland i ASAP media står for. Han har en utrolig evne til å finne gode og elegante løsninger når det gjelder presentasjon av stoffet. Og Yalcin Ucarli i In-trykk som er en svært så hjelpsom og ekspeditiv produsent av papirversjonen som distribueres gjennom firma Postklart Distribusjon as hvor brødrene Shakil og Jamil Malik styrer driften.

Igjen: godt nytt år til alle lesere og andre gode hjelpere!

Anders Smith, redaktør.

FYLKESLEGE I 23 ÅR

Kongerefsæren



Siste dag: Tirsdag 9. desember er siste arbeidsdag som fylkeslege for Kristian Hagestad. Da går han ut døren for aller siste gang.

FOTO: KJARTAN BJELLAND

takker for seg



- Han har kritisert kongen og politikerne, refset sykehuset og sørget for at helsepersonell har mistet godkjenningen.
- Det få vet, er at det var fylkeslege Kristian Hagestad som fikk nedlagt Farsund sykehus. Og nå, få uker før han pensjonerer seg, foreslår han å amputere sykehusene i Arendal og Flekkefjord.

Tekst: Valerie Kubens

Det meste er blitt bedre i helsetjenesten i Norge og på Sørlandet, slår Vest-Agders frittalende fylkeslege fast.

Som fylkeslege har han vært en slags statlig vaktbikkje for helsevesenet i Vest-Agder, en som skal føre tilsyn med både helsetjenestene og helsepersonellet i sitt fylke. Det er en rolle som har gitt ham mye makt.

50 år. Kommende tirsdag blir han pensjonist. Vi har bedt ham fortelle hvordan han ser på utviklingen i de 50 årene han har vært i helsevesenet, nesten halvparten av dem som fylkeslege. Det ble han i 1991.

Det Hagestad er aller *mest* glad for, er at det er blitt så mange færre dagligrøykere på Sørlandet. På 1990-tallet var det 40 prosent flere røykere på Sørlandet enn ellers i landet. Nå er det 19 prosent dagligrøykere i Vest-Agder og 20 prosent i Aust-Agder, mot 18 prosent på landsbasis.

– Medlemmer av helserådet i Marnardal satt til og med og røykte under møter, forteller Hagestad, som var distriktslege der i 12 år.

Det avtroppende fylkeslege er aller *minst* glad for, er de sosiale helseforskjellene.

– De sosiale forskjellene har økt, og fortsetter å øke, sier han bekymret, og mener dette er den aller største folkehelseutfordringen i Norge i dag.

Mens høyt utdannende folk med god inntekt trimmer, spiser sunt og slutter å røyke,

er bildet motsatt for dem med lav utdanning og inntekt.

– Rammevilkårene de lever under gjør det vanskelig for dem å følge helserådene, for det krever mentalt overskudd og kontroll over eget liv, sier fylkeslegen.

Bedre helse. Årsaken til at sørlendingene og andre nordmenn lever lenger og har fått betydelig bedre helse enn for 50 år siden, tilskriver Hagestad følgende forandringer:

- Levestandarden har økt, med bedre kosthold, bolig- og arbeidsforhold.
 - Høyere utdanningsnivå.
 - Flere vaksiner.
 - Flere og bedre medisiner, med færre bivirkninger.
 - Nye og bedre behandlingsmetoder.
- Og spesielt for Sørlandets vedkommende:
- Målrettet innsats mot selvmord, død nær fødsel, medikamentmisbruk, høy dødelighet hos menn, røyking og ulykker.

Surt liv. Fylkeslegen var blant dem som sto bak rapporten «Surt liv på det blide Sørland» i 1993. Den stilte sammen statistikk som viste at Sørlandet hadde flere mennesker på trygd, flere som røykte og flere som brukte vanedannende medikamenter enn resten av landet. Vi toppet også statistikken for spedbarnsdødelighet, selvmord, føflekk- og lungekreft og høy dødelighet hos menn.

Fylkeslegen ble tatt fullstendig på senga av

→

FYLKESLEGE I 23 ÅR

– Man må våge å erkjenne at en tankegang med preg av «vi vet hva vi har, men ikke hva vi får» **kan hemme nødvendige omstillinger.**

reaksjonene.

– Med rapporten hadde Sørlandet mistet sin dyd; den dyden som het «her går alt så greit». Den største overraskelsen for meg var at selv om vi hadde påpekt deler av problematikken flere ganger i de årlige medisinalmeldingene våre, så dette ut til å ramme som lyn fra klar himmel, også blant politikere og administrasjonen i kommuner og fylkeskommunene.

Slik oppsummerer han reaksjonene: Noen benektet fakta, andre resignerte og dyrket elendighetsperspektivet, mens han og noen andre sto for linjen «Dette må vi ta inn over oss. Vi må få mer viten om situasjonen og bakenforliggende årsaker for å kunne ta fatt i problemene.»

– Rapporten førte til mye forskning som har gitt oss mye ny kunnskap. Blant annet er perspektivet siden blitt utvidet med likestilling, som «Surt liv-rapporten» i liten grad tok opp, sier Hagestad.

Siden den tid har det vært satt inn målrettet innsats mot landsdelens levekårsproblemer, slik at mange av elendighetstallene er bedret. Blant annet er spedbarnsdødeligheten, selvmord hos unge menn og røyking betydelig redusert.

Hagestad merket seg at politikerne på Sørlandet i mange år «skjulte» utfordringene.

– Landsdelen har i liten grad maktet, eller ønsket, å gjøre sine utfordringer kjent for resten av landet. Det er betegnende at da Øystein Djupedal, etter mange år i rikspolitikken ble fylkesmann i Aust-Agder i 2008, var han ukjent med at Agder hadde problemer knyttet til helse og levekår, sier han.

Flinke kommuner. Som distriktslege i Marnardal fra 1974 fikk Hagestad førstehåndserfaring med det som trolig er den største omleggingen av norsk helsevesen i historien: Stadig flere og større oppgaver for befolkningens helse og velferd er blitt lagt på kommunene.

De har fått ansvar for legene, for sykehjemmene, for psykisk utviklingshemmede, for folk med psykiske lidelser og for å opprette hjemmesykepleie, som fram til 1975 var drevet av

frivillige kvinner.

Han er imponert over hvordan kommunene har klart å håndtere de nye oppgavene, og sier at det var stor skepsis til om kommunene ville klare ansvaret for psykisk utviklingshemmede som de fikk med HVPU-reformen i 1991.

– Men det klarte de godt på kort tid, og den ble veibrøyting for andre reformer som kom siden, sier Hagestad.

Den siste store oppgaven kommunene har fått, er Samhandlingsreformen, som vi er midt oppe i. Der er målet å overføre omfattende oppgaver fra sykehusene til kommunene.

– Jeg synes kommunene har klart også dette bedre enn mange av de dystre spådommene varslet, sier fylkeslegen. Han slår fast at flertallet av pasientene blir ivaretatt på en forsvarlig måte i de nye, kommunale tilbudene for øyeblikkelig hjelp.

Hittil har Fylkeslegen bare fått én klage knyttet til Samhandlingsreformen.

Høynet nivå. På de 50 årene siden Hagestad startet på medisinstudiet i 1964, har helsevesenets rammevilkår endret seg betraktelig. Den gangen var beredskapen betydelig dårligere, det samme var kvalitetstenkningen. Han eksemplifiserer ved å fortelle fra sin periode som sykehuslege. Da hadde han hjemmевakt, og ved hastekeisersnitt måtte han først tilkalles, deretter måtte kvinnen fraktes fra fødeavdelingen i Kongens gate til sykehuset i Tordenskjoldsgate for operasjon.

– Ingen hadde akseptert noe slikt i dag, sier Hagestad.

Fylkeslegen mener Vest-Agder har dyktig og engasjert helsepersonell som stiller store krav til seg selv. Men han er kritisk til tidspresstet og effektiviseringsjaget i dag.

– De siste tiårene har vi sett at pleierne i kommunene styres av klokka. Det fører til at en del av pasientenes behov ikke blir ivaretatt, sier han.

Dette mener han er situasjonen på sykehusene:

– Legekunsten er blitt svekket til fordel for standardisering og produksjonspress. Følgen er



↑ **1985:** Sykehuset i Mandal lå for nær Kristiansand til at det ble mulig å opprettholde det som akuttstasjon, sier Kristian Hagestad.

↗ **1986:** Det ble Farsund sykehus' bane at aksjonistene ikke ville tilpasse seg utviklingen og legge om akutttilbudet, forteller Kristian Hagestad.

→ **Refs:** Kong Harald fikk refs av Vest-Agders fylkeslege i 1995. Kristian Hagestad mente kongen forsømte sin oppgave som rollemodell ved å ha et askebeleg godt foran på skrivebordet. FOTO: NTB SCANPIX

→ **Raus:** Kongen må være en raus person, mente Kristian Hagestad da han ble tildelt Kongens fortjenstmedalje i gull av dronning Sonja i 2004. Bak: Hagestads kone Marianne. FOTO: NTB SCANPIX

→ **Skandale:** 71 døde etter bakteriesmitte i Dent-O-Sept-skandalen i 2002. De infiserte munnpenslene ble produsert på Mosby, og fylkeslege Kristian Hagestad rykket ut på tilsyn, her også med politi. FOTO: LARS HOEN



FYLKESLEGE I 23 ÅR

at en del pasienter ikke blir godt nok ivaretatt. Det avspeiler seg i en del av klagesakene vi får, sier fylkeslegen.

Mange klager. Klagemengden fra publikum mot helsevesenet øker kraftig. Mens Fylkeslegen i 2012 behandlet 114 saker, var tallet steget til 177 i fjor.

– Folk er blitt mer bevisst på muligheten til å be oss om å foreta tilsyn av om helsepersonell har opptrådt faglig forsvarlig og i samsvar med lovgivingen.

«Tilsyn» er ordet som brukes om at Fylkeslegen undersøker en sak, skaffer til veie alle dokumenter, intervjuer involverte og lager en skriftlig rapport der han konkluderer med om det har foregått brudd eller ikke.

«Mistet jobben etter sex med pasient», lyder en avistittel etter et slikt tilsyn. «Nekter tannlege å jobbe», er en annen. Tannlegen var dømt for besittelse av sprengstoff, skytevåpen og narkotika.

Hagestad roser kommunene, sykehuset og særlig psykiatrien for å ha brukt kritikk fra Fylkeslegen til å bedre tjenestene.

«Kvinne døde av sult på sykehuset» skrev VG i 2002, og forteller om refs fra Hagestad mot Sørlandet sykehus. «Fatal feildiagnose. Mann døde etter legesvikt», lyder en tittel fra Fædrelandsvennen.

«Alvorlig brudd på loven» skrev vi om Fylkeslegens syn etter at han hadde satt seg inn i tarmkreftskandalen på sykehuset i Arendal for et par år siden.

Også fylkespolitikerne på Sørlandet har fått sitt pass påskrevet av Hagestad.

«Det hviler et tungt ansvar på de politikerne som har medvirket til å stimulere til flere dagligrøykende ungdommer i Vest-Agder,» skrev han i sin årsmelding i 2005, da politikerne ikke ville ha røykeforbud på de videregående skolene.

I årsmeldingen advarte han også mot at Sørlandet sykehus tenkte penger framfor behandling.

Kjefet på kongen. Selv ikke kongen har sluppet unna refs fra Hagestad, som ble nasjonalt kjent da han kritiserte kong Harald for å ha askebeger på skrivebordet under nyttårstalen i 1995.

«Et budskap formidles ikke bare med ord. Jeg tar meg derfor den store frihet å peke på det uheldige i at et stort askebeger sto sentralt plassert på H. M. Kongens bord under talen. Det vistes tydelig på fjernsyn,» skrev Hagestad i brev til Kongen.

Han har også anklaget behandlere innen alternativ medisin for bevisst å spekulere i alvorlig syke kreftpasienter, og han har uttalt seg kritisk til tarmskylling, slankesprøyter og solarium.

I mange år hadde Hagestad en fast spalte om helseopplysning i blant annet Fædrelandsvennen. Det fikk han Karl Evang's pris for helseopplysning for i 1985.

Sykehuskrig. Da Hagestad kom som lege til Marnardal i 1974, var det fire sykehus i Vest-Agder; Flekkefjord, Farsund, Mandal og Kristiansand. Aust-Agder hadde bare ett, i Arendal, etter å ha lagt ned fødestuen på Eydehavn og tre sykehus, i Grimstad, Tvedestrand og Risør.

– Det ble umulig å videreføre fire sykehus med full akuttfunksjon i et så lite fylke som Vest-Agder, sier Hagestad.

Dermed var det duket for sykehuskamp og sentralisering. Fylkeslegen skulle både passe på at tilbudene holdt faglig mål og gi staten råd om hvilken sykehusstruktur Vest-Agder burde ha. Det er i denne rollen som rådgiver Hagestad har hatt stor makt over sykehusstrukturen i fylket.

Han forteller at sykehuset i Flekkefjord var fredet fordi det lå så langt unna Kristiansand, mens sykehuset i Mandal tidlig innså at det måtte legge om, fordi det lå så nært Kristiansand at det var umulig å berge alle funksjoner.

– Men i Farsund rådet holdningen «alt eller intet», forteller Hagestad.

I Mandal forsvant fødeavdelingen tidlig, og sykehuset fant en ny rolle som ortopedisk senter.

Kampen om Farsund sykehus fortsatte i mange år, inntil dødsstøtet kom i forbindelse med planene for ombygging i 1992. Det var staten som skulle betale gildet, og Helsedepartementet ba Fylkeslegen si hva han mente om utbyggingen. Fylkeskommunen hadde underskudd på 58 millioner kroner året før.

Hagestad ga sykehuset i Farsund nådestøtet med følgende setning:

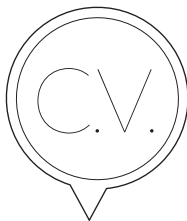
«En slik modell vil kreve investeringer og driftskostnader utover det nivå som synes realistisk.»

Dermed kom det ingen penger til utbyggingen, og sykehuset ble i tillegg nektet å få turnuskandidater etter råd fra Hagestad. Fylkespolitikerne måtte bite i det sure eplet, og Farsund sykehus ble gradvis nedlagt. Virksomheten på sykehuset i Mandal sildret ut da ortopedien ble flyttet til Kristiansand.

– Sentralisering og reduksjon av antall sykehus i Vest-Agder var nødvendig av både faglige



Alvor: Fylkeslegene i Aust- og Vest-Agder samarbeidet om å takle tarmkreftskandalen som ble avdekket i Arendal i 2013. Her er Kristian Hagestad sammen med Aust-Agders fylkeslege Anne-Sofie Syvertsen. FOTO: KJARTAN BJELLAND



Kristian Hagestad

- Begynte på medisinstudiet i 1964.
- Distriktslege i Marnardal fra 1974-86.
- Assisterende fylkeslege i Vest-Agder fra 1986 og fylkeslege fra 1991.
- Fikk i 1985 Karl Evang's pris for helseopplysning.
- Har skrevet lærebøker i samfunnsmedisin og boka «Spør huslegen».
- Hadde i mange år fast helsespalte i Fædrelandsvennen.
- Har vært leder av Offentlige legers landsforening, medlem av Den Norske legeforenings komité for menneskerettigheter og har vært norsk delegat til hovedforsamlingen i WHO.



Refs: Sørlandet sykehus fikk alvorlig refs av fylkeslege Kristian Hagestad (stående) for tarmkreft-skandalen i 2013. Til v: Styreleder Camilla Dunsæd. Til h: direktør Jan-Roger Olsen. Bak til v: økonomi-direktør Per Qvarnstrøm. FOTO: STEINAR VINDSLAND

og økonomiske grunner, slår Hagestad fast.

– Og nå går diskusjonen om sentraliseringsprosessen skal gå et hakk eller to videre, sier han, og sikter til debatten om hvorvidt Agder skal ha ett eller flere sykehus.

Hovedsykehus. På vegne av Fylkesmannen i Vest-Agder foreslår Hagestad en mellomløsning. Han ønsker ett hovedsykehus med døgnberedskap og spesialiserte funksjoner plassert «sentralt» i Agder – uten å ta stilling til nøyaktig hvor, men det må ligge nær Kristiansand.

Dessuten foreslår han at sykehusene i Flekkefjord og Arendal skal fortsette, men som en slags lokalsykehus med sengeplasser og døgnbasert beredskap bare innen generell indremedisin. PCI-senteret i Arendal, alle fødsler og døgnkirurgi vil han flytte til hovedsykehuset.

– Man må våge å erkjenne at en tankegang med preg av «vi vet hva vi har, men ikke hva vi får» kan hemme nødvendige omstillinger for å tilpasse sykehustjenestene til endrede

forutsetninger både samfunnsmessig og faglig, sier Hagestad.

Han mener samfunnet verken har penger eller fagfolk til å opprettholde fulle vaktlag parallelt på tre steder på Sørlandet, og at en endring vil presse seg fram, slik den gjorde for sykehusene i Farsund og Mandal.

– Nødvendige endringer er til dels blitt gjennomført på tross av sterk motstand fra lokalbefolkning og politiske aktører de siste tiårene. Men i dag er det få som ønsker seg tilbake til en tid med fire sykehus med full beredskap i Vest-Agder, sier Hagestad.

Hvis det blir bare ett sykehus på Agder i 2030, blir Hagestad overrasket.

– Men hvis alt i 2030 er som i dag, blir jeg både overrasket og skuffet, fordi det ville føre til ressursløsning og en ineffektivitet som ville gå på bekostning av kvaliteten på helsetjenestene til sørlandingene, sier avtroppende fylkeslege Kristian Hagestad.

valerie.kubens@fvm.no - 908 70713

- Misbruker tilliten til offentlig helsepersonell

Helsetilsynet har svært få klager på fysioterapeuter som driver med alternativ behandling. Det gir neppe et riktig bilde av virkeligheten.

TEKST og **FOTO** Dagrun Lindvåg
dl@fysio.no

HELSETILSYNETS direktør Jan Fredrik Andresen sier i et intervju med Fysioterapeuten at årsaken til det lave antallet klagesaker, trolig er at pasientene ikke opplever det som et problem.

– Folk sier bare nei hvis de ikke er interessert, og lar det være med det. Vi vet jo at det er mange som tilbyr alternativ behandling og at det er stor etterspørsel. Det er også lite kunnskap blant folk om muligheten til å klage på offentlige helsetjenester.

Grunn til klage

– *Helsepersonell som anbefaler og formidler LifeWave-plastre. Er slik virksomhet tilstrekkelig for en klage til Fylkesmannen eller Helsetilsynet?*

– Ja, dersom autorisert helsepersonell formidler slike produkter i tilknytning til sin praksis, er det grunn til klage. Dette er misbruk av den tilliten autorisert helsepersonell har i befolkningen. Tilliten blir brukt til å markedsføre metoder eller produkter som ikke har noe med deres fag å gjøre, og som ikke er vitenskapelig dokumentert. Dette er ikke bra, enten det dreier seg om fysioterapeuter, leger eller sykepleiere. For å opprettholde viljen til offentlig finansiering av helsetjenester må det være en allmenn tilitt, både til det enkelte helsepersonell og til systemet. Det er dette Helsetilsynet er satt til å vokte, påpeker Andresen.

Samlokalisering

– *Hvordan vurderer du den økende tendensen til samlokalisering av helsepersonell og alternative behandlere?*

– Helsefaglig samlokalisering er veldig bra, men at helsepersonell slår seg sammen



DELE LOKALER? – Helsefaglig samlokalisering er veldig bra, men at helsepersonell slår seg sammen med alternative behandlere, er ikke like bra, sier direktør Jan Fredrik Andresen.

med aktører innen alternativ- og velværebansjen er ikke like bra. Dette kan gi markedsfordeler for salg av produkter og økt troverdighet for alternative behandlere gjennom troverdigheten som en autorisasjon gir.

– *Hva gjør Helsetilsynet med dette problemet?*

– Vi understreker at helsepersonell ikke skal tilby udokumentert behandling. Offent-

lige midler skal ikke brukes på udokumenterte metoder. Helsetilsynet har også hatt flere kampanjer, blant annet om markedsføring av alternativ behandling sammen med Forbrukerrådet. Antallet klager er imidlertid så lavt at det er lite aktuelt å øke innsatsen. Vi er imidlertid svært lite begeistret over at pasienter møtes av helsepersonell som tilbyr udokumentert alternativ behand-

Helsetilsynet

Antall tilsynssaker mot fysioterapeuter 1.1.2009 -14.11.2014:

- Totalt 27 tilsynssaker er behandlet. Det kan være flere som avsluttes hos Fylkesmennene, før de kommer til Helsetilsynet.
- Av de 27 ble 8 avsluttet uten reaksjon.
- 1 sak avvek fra god praksis – solgte kosttilskudd uten at dette var adskilt fra praksis.
- 9 av de 27 førte til tilbakekalling av autorisasjon. Men ikke på grunn av alternativ behandling.
- 8 advarsler – ingen på grunn av alternativ behandling.
- Per i dag er det 1 sak til behandling, der temaet er alternativ behandling. Gjelder nevrovaskulær teknikk, og samarbeid mellom fysioterapeut og osteopat.

Viktige budskap

■ Helsepersonelloven gjelder også når autorisert helsepersonell gir alternativ behandling.

Sentrale bestemmelser i den forbindelse er blant annet kravet til faglig forsvarlighet, plikten til å gi informasjon om helsehjelpen, plikten til ikke å påføre pasienter unødvendige utgifter og plikten til journalføring.

Markedsføring av alternativ behandling må oppfylle kravene i Forskrift om markedsføring av alternativ behandling av sykdom.

Lov om alternativ behandling legger ikke opp til offentlig tilsyn, og Helsetilsynet fører bare tilsyn med helsetjenesten og autorisert helsepersonell.

Lover og forskrifter

- Lov om helsepersonell (helsepersonelloven)
- Lov om alternativ behandling av sykdom
- Forskrift om markedsføring av alternativ behandling av sykdom.

Les mer: www.helsetilsynet.no



- Ikke *både* lege og healer

Civita tar i en ny rapport til orde for et tydeligere skille mellom skolemedisin og alternativ behandling.

TEKST Dagrun Lindvåg
dl@fysio.no

RAPPORTEN, som er skrevet av rådgiver Paul Joakim Sandøy i Den liberale tankesmien Civita, kommer ti år etter at kvaksalverloven ble avskaffet. Han argumenter for en helt ny politikk når det gjelder alternativ behandling.

Blant forslagene er at refusjonsordningen for kiropraktorer bør endres til bare å gjelde ryggplager, at homøopatiske «remedier» bør flyttes fra apotekene og at forskningssenteret for alternativ medisin i Tromsø, NAFKAM/Nifab, bør endres eller legges ned.

Når det gjelder den offentlige helsetjenesten er det hovedsaklig leger som er tema. Og hva med fysioterapeutene? De er bare nevnt i en setning helt til slutt i rapporten: «Og da har vi ennå ikke kommet til fysioterapi. Men det får bli en annen gang.»

Valgfrihet

Et tydelig skille mellom skolemedisin og alternativ behandling kan ifølge Sandøy bety, at du gjerne kan være lege, og du kan gjerne være healer, men ikke begge deler samtidig. Dette skriver han i en kronikk på nrk.no/ytting. Rapporten og forslagene har også vært tema i Debatten på NRK1.



Sandøy mener at man skal ha rett til å velge den behandlingen man vil ha, men at valg av alternativ behandling bør være en privatsak.

– Vi bør beholde den liberale lovgivningen. Men helsepolitikken må være kunnskapsbasert. Derfor bør vi bygge et tydeligere skille mellom helsevesenet og alternativ behandling.

Krav til legene

Forfatteren foreslår blant annet å stille krav om vitenskapelig tilnærming for leger, slik det er i Sverige.

– Et slikt krav bør inn i lovverket og leggeføringer for legelisen. Leger som også driver kommersiell alternativ behandling, bryter med de grunnleggende prinsippene vi som samfunn legger til grunn for legetittelen. Leger som samtidig utfører alternativ behandling legitimerer alternativ behandling som effektiv i medisinsk forstand, mener Sandøy. ■

» ling. Det hadde vært mye ryddigere om de sa fra seg autorisasjonen for å starte som alternative behandlere på heltid.

Allmenn aksept

Jan Fredrik Andresen peker på at det i dag er en nesten allmenn aksept for alternativ behandling i samfunnet. Det har fått en legitim plass blant tilbudene som finns innen helse, og folk er vant til å kunne velge.

– Det er heller ingen tegn til at norske myndigheter vil myke opp skillet mellom det helsefaglige og det alternative. Prioriteringsutvalgets rapport, som ble lagt fram i november, vil trolig til og med styrke kravene om at offentlige ressurser skal brukes

på behandling som har vitenskapelig dokumentert effekt.

Veien videre?

I en offentlig utredning (NOU) som kom på 1990-tallet ble det skissert to ulike retninger innen alternativbransjen:

1: Grupper som ønsket å nærme seg det offentlige helsevesenet og dokumentere sin virksomhet.

2: Uliker grupper alternative behandlere som ville holde seg lengst mulig unna det offentlige for å kunne jobbe så fritt som mulig.

– Hva har skjedd?

– Når det gjelder den første retningen er det kiropraktorene som har kommet lengst.

De har fått autorisasjon, men har enn så lenge ikke en egen utdanning i Norge. Mye tyder på at de som i dag er i randsonen vil bli tatt opp i det gode selskap i løpet av noen år, hvis de gjør en god jobb politisk og faglig. Det handler om å kunne dokumentere effekten av det du gjør. Vi kan ikke avvise alt som i dag går under betegnelsen alternativt til evig tid, dersom dokumentasjonen blir bedre. Noen alternative behandlingsformer vil etter hvert nærme seg «helsekjernefamilien», blant annet som følge av økt forbrukermakt, tror Jan Fredrik Andresen. ■

Planlegging av grønnstruktur i byer og tettsteder

Miljødirektoratet har utarbeidet en veileder om planlegging av grønnstruktur i byer og tettsteder. Veilederen beskriver hvordan grønnstrukturen bør ivaretas og videreutvikles gjennom kommunenes arealplanlegging etter plan- og bygningsloven.

Den legger til grunn at hovedgrønnstrukturen i byggesonen fastlegges i kommuneplan. Den gir råd om planformer og oppfølging gjennom reguleringsplaner, handlingsplaner og tiltak og gjennomgår aktuelle arealformål.

Veilederen er illustrert med en rekke planeksempler, bl.a. fra Oslo og Orkdal.



Veilederen erstatter håndbok nr. 6-1994: Planlegging av grønnstruktur i byer og tettsteder og håndbok nr. 23-2003: Grønn by; arealplanlegging og grønnstruktur.

Få tilgang til hele dokumentet og annet relatert materiale ved å gå inn på eller klikke på <http://www.miljodirektoratet.no/no/Publikasjoner/2014/Okttober-2014/Planlegging-av-gronnstruktur-i-byer-og-tettsteder/>.

Referansekode i 'Helsrådet': HPL 2015 – 1

Stikkord: Grønnstruktur. Miljødirektoratet.



Kommunesektorens organisasjon 4.12.2014:

Prioriteringer i storbyforskningen

Program for storbyrettet forskning har fem prioriterte tema for perioden 2012 – 2015. Innenfor disse temaområdene finner vi både pågående og snart igangsatte prosjekter.

Program for storbyrettet forskning er et samarbeid mellom Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger, Kristiansand og KS. FoU-prosjektene er redskap for storbyenes utvikling av kommunenes tjenesteyting og planlegging og for det strategiske interessearbeidet overfor regjeringen og Stortinget. Oslo kommunes byrådsavdeling for finans er sekretariat, og KS bidrar med det vesentlige av finansieringen.

Innenfor de prioriterte hovedområdene finner vi hele femten prosjekter for perioden 2012 - 2015. Her er en kort oversikt:

Befolkningsutvikling – drivkrefter og fremtidige utsikter

1. Stabilitet og endring i mønsteret for bruk av boliger blant innflyttere og utflyttere

Prosjektet skal analysere flyttemønstre, befolkningssammensetning og tetthet i storbyenes ulike boligområder. Prosjektet skal gjennomføres av NOVA med Lena Magnusson Turner som prosjektleder. Oslo samarbeider med en nettverksgruppe der alle fem byer deltar. Kontaktperson er Grethe Lied Felde fra Oslo kommune. (grethelied.felde@uke.oslo.kommune.no)

2. Behovsendring blant eldre og kommunal planlegging

Prosjektet skal forbedre byenes analysegrunnlag for planlegging av framtidig bolig- og tjenestebehov for eldre. Kristiansand kommune utvikler prosjektet i samarbeid med Trondheim og KS. Kontaktperson er Grete Sjøholt (Grete.Sjoholt@kristiansand.kommune.no).

Gode løsninger på bolig-, areal- og transportutfordringer

1. Boligbehov og ubalanser i storbyene

Prosjektet skal utvide kunnskapen om boligbehov og befolkningsutvikling. NOVA - Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og

aldring – gjennomfører prosjektet med en økonomisk ramme på 1,5 mill.kr. (eks. mva.) i løpet av 2014. Prosjektleder er Lena Magnusson Turner (lena.m.turner@nova.hioa.no). Oslo kommune er prosjektførende by, kontaktperson er Monica Lund (monica.lund@byr.oslo.kommune.no).

2. Boligbygging i storbyene – virkemidler og handlingsrom

Prosjektet ble gjennomført i 2013-14 av NIBR (Norsk institutt for by- og regionforskning) med Rolf Barlindhaug som prosjektleder. NIBR har undersøkt storbyenes mål, virkemidler og handlingsrom i boligpolitikken. Det er utbyggingspolitikken som har vært det sentrale temaet.

Å tilrettelegge for boligbygging som kan møte befolkningsveksten er et felles mål for utbyggingspolitikken i alle kommunene. Men kurvene for boligbygging i storbyene og befolkningsutvikling understreker utfordringen klart: Nivå og stabilitet i boligbyggingen er for dårlig til at boligdekningen opprettholdes på tidligere nivå. Spørsmålet er hvordan storbyene kan nå sine mål og møte etterspørselen etter bolig. Rapporten sier at handlingsrommet for kommunene i utbyggingspolitikken er innskrenket i løpet av de siste tiårene fordi:

- * Staten stiller i dag i svært beskjeden grad rimelige låne- og støtteordninger til disposisjon for kommunene i utbyggingspolitikken. For utbyggere og individuelle hushold er det Husbankens grunnlån til nye boliger, med noe lavere rente enn det en kan oppnå i private kredittinstitusjoner, som er statens bidrag

- * I tillegg har staten strammet inn kommunens handlingsrom for å gi nybyggingspolitikken en eksplisitt sosial profil.

EØS-regelverket har strammet betingelsene for kommunenes virksomhet, blant annet for noen typer samarbeid med boligbyggelag. EØS regelverket forbyr direkte subsidier gjennom offentlig tomtsalg til markedsaktører til nedsatt pris.

Bevilgning fra Program for storbyrettet forskning var 1 mill. kroner (eks.mva). Stavanger kommune har vært prosjektførende by. Kontaktperson Gunn Jorunn Aasland (gunn.jorunn.aasland@stavanger.kommune.no).

3. Transportløsninger i arealplanleggingen

Prosjektet gjennomføres av Urbanet analyse. Det har som overordnet målsetting å avdekke hvilke transportgevinster ulike arealstrategier kan gi, samt hvordan organisering og finansiering kan stimulere til mer effektive løsninger. Prosjektet har en budsjettamme på 1,5 millioner kroner (eks. mva.) og skal gjennomføres i 2014. Prosjektleder er Bård Nordheim - (bno@urbanet.no). Trondheim kommune er prosjektførende by, kontaktperson Tore Langmyhr - (tore.langmyhr@trondheim.kommune.no).

Næringsutvikling og verdiskaping

1. Verdiskapingsevnen i norske storbyregioner

Dette er en videreføring av et prosjekt som har vært gjennomført med jevne mellomrom siden 2001. Denne gangen ønsket en også å utvikle en ny metode for å kartlegge og måle verdiskapingsevnen. Programstyret for storbyrettet forskning har bidratt økonomisk med et tilskudd på 800.000 kr.

Rapporten dokumenterer at storbyregionene er Norges vekstmotorer, men også at ikke alle storbyregionene klarer å gi motoren nok drivstoff. Oslo-regionen sliter med å skape nok verdiskapingsvekst, mens storbyregioner med mye olje- og gass-relatert næringsliv kan vise til en imponerende verdiskapingsvekst de siste ti årene.

Rapporten viser også at det er produktivitetsveksten som er den viktigste kilden til verdiskapingsvekst. Fordi Osloregionen verken kan vise til høy produktivtetsvekst eller høy vekst i antall sysselsatte, blir hovedstadsregionens forsprang i verdiskaping redusert fra 2000-2012.

Dersom en region skal ha større verdiskapingsvekst per innbygger enn andre regioner, må den klare å levere flere varer og tjenester til et stort marked, ikke bare til lokalmarkedet.

Storbykommunene – store velferdsorganisasjoner med felles utfordringer

1. Kommunale investeringsprosjekter – en komparativ studie av kostnadsforskjeller mellom storbyene

Prosjektet skal øke kunnskapen om kostnadsnivå på nye skoleanlegg i storbyene. Studien skal gjennomføres av BDO med en budsjettamme på 950 000 kr (eks. mva.), og prosjektleder er Øyvind Sunde (oyvind.sunde@bdo.no). Prosjektførende by er Trondheim kommune som samarbeider med en nettverksgruppe for storbyene og KS. Kontaktperson er Silja Rønningsen (silja.ronningsen@trondheim.kommune.no).

2. Trives barn i store barnehager?

Prosjektet skal undersøke om de store barnehagene som er bygget de siste årene gir et godt tilbud til barn, særlig til de små barna. Funn fra undersøkelsen skal kunne bidra til kommunenes videre planlegging av barnehageutbygging. Prosjektet utføres av forskningsstiftelsen FAFO og prosjektleder er Jon Rogstad (jon.rogstad@fafo.no). Oslo er prosjektførende by og kontaktperson er Ragnhild Walberg (ragnhild.walberg@byr.oslo.kommune.no).

3. Ressursbruk og kvalitet i helse og omsorg

Prosjektet skal analysere storbyenes muligheter å forbedre sin drift i helse- og omsorgssektoren. Bakgrunn er at ASSS-tall viser store forskjeller mellom storbyene når det gjelder ressursbruk innen helse- og omsorgstjenester. Prosjektførende by er Kristiansand og kontaktperson er Kristin Skjelbred, (kristin.skjelbred@kristiansand.kommune.no).

4. Storbyenes samhandling med frivillig sektor

Prosjektet skal utforske i hvilken grad frivillighetens behov for forutsigbare rammevilkår og redusert byråkrati samsvarer med kommunens praksis og politikktutforming på frivillighetsområdet. Prosjektet utvikles av Kristiansand kommune i samarbeid med andre byer, og kontaktperson er Line Eidsvig (Line.Eidsvig@kristiansand.kommune.no)

Storbyenes sosiale ansvar og økonomiske utfordringer

1. Evaluering av introduksjonsprogrammet i storbyene

Storbyenes introduksjonsprogram er evaluert av analyseselskapet ideas2evidence. Bergen kommune har vært oppdragsgiver for evalueringen som også har omfattet Stavanger, Kristiansand, Trondheim og Oslo. Programmet er ulikt organisert i byene. Prosjektleder Skutlaberg sier at systematisk samarbeid med lokalt næringsliv og rekruttering av personale med særlig kunnskap om det lokale arbeidsmarkedet ser ut til å gi gode resultater.

Prosjektet vurderer relevante kvalitetsindikatorer for introduksjonsprogrammene. Bergen kommune har samarbeidet med en nettverksgruppe fra de fem storbyene og KS. Kontaktperson i Bergen er Sølve Sætre (Solve.Saetre@bergen.kommune.no) og prosjektleder har vært Linn Skutlaberg (Linn.Skutlaberg@ideas2evidence.com). Prosjektet er finansiert av Program for storbyrettet forskning med 800 000 kr (eks.mva.).

2. Unge sosialhjelpsmottakere i storbyene

Prosjektet skal undersøke hvilke faktorer som forklarer de store ulikhetene i forekomst av unge sosialhjelpsmottakere i storbyene. Prosjektet utvikles av Stavanger kommune i samarbeid med en nettverksgruppe der byene og KS er representert. Kontaktperson er Eli Karin Fosse (eli.karin.fosse@stavanger.kommune.no).

3. Terskler i barnevernet

Prosjektet skal undersøke om det er ulike terskler i barnevernet, både før barnevernet blir involvert, og underveis i det arbeidet barneverntjenesten i de store byene utfører. Målet med prosjektet er å få en bedre forståelse av hva som ligger til grunn for de valg som treffes og de vedtak som fattes i barnevernet. Prosjektet gjennomføres av AFI med Dag Ellingsen som prosjektleder (dag.ellingsen@afi.no). Oslo kommune er prosjektførende by og kontaktperson er Jan Motzfeldt Dahle (janmotzfeldt.dahle@byr.oslo.kommune.no).

4. Spesialundervisning i storby

Prosjektet skal undersøke drivere bak veksten i bruk av spesialundervisning og de relativt store variasjonene mellom storbyene (tildelingspraksis og organisering). Prosjektet utvikles av Stavanger kommune i samarbeid med andre byer og KS, og kontaktperson er Unni Lill Borg (unni.lill.borg@stavanger.kommune.no).

5. Samspill eller svarteperspill?

«Gode samarbeidsmodeller for tilbudet til mennesker med psykiske lidelser/rusproblematikk og alvorlige adferdsutfordringer» Program for storbyrettet forskning har støttet et prosjekt i regi av KS-FOU om ansvarsfordeling og gråsoner mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for mennesker med RoP-lidelser med voldsproblematikk. Prosjektet er gjennomført av AFI og rapporten ble presentert i august 2014. Rapporten er forfattet av Karen-Sofie Pettersen og Gudrun Rudningen.

6. Sosialt arbeid i NAV – organisatoriske betingelser

Prosjektet skal utforske betingelsene for sosialt arbeid som på en god måte kan følge opp målsetningene i loven som sosiale tjenester. Prosjektets utgangspunkt er at NAV-kontorene er ulikt organisert og at sosialt arbeid skal organiseres i et partnerskap mellom stat og kommune. Oslo kommune utvikler prosjektet i samarbeid med de andre storbyene og KS, og kontaktperson er Inger Elisabeth Salvesen (ingerelisabeth.salvesen@byr.oslo.kommune.no).

Referansekode i 'Helserådet': HPL 2015 -2

Stikkord: Storbyforskning

Hvilke planer har kommunene som hittil ikke har etablert øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Innen 2016 skal alle kommuner i landet ha et tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Ved utgangen av 2014 har 275 kommuner etablert et slikt tilbud. En ny kartlegging viser hvilke planer resten av kommunene har for å nå målet.

Det er forutsatt at alle kommuner skal ha etablert et tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen 2016, da den lovpålagte plikten trer i kraft. På oppdrag fra Helsedirektoratet har Deloitte gjennomført en kartlegging av hvilke planer de gjenstående kommunene har. Kartleggingen viser at ca. 40 nye kommuner planlegger å etablere et tilbud i løpet av 2015. I tillegg kommer sju kommuner som søkte om tilskudd i 2014, men av ulike årsaker har fått sine søknader overført til 2015. Av de resterende kommunene er det til sammen 26 kommuner som oppgir at de ikke har konkrete planer for etablering. Dette er i hovedsak kommuner i region Nord.

Deloitte har videre spurt om hvem som involveres i planleggingsprosessen. Av de kommunene som er i gang med planlegging oppgir 83 prosent at de involverer politisk og administrativ ledelse, virksomhetsledere o.l. 70 prosent av kommunene involverer fastlegene, mens rundt halvparten av kommunene involverer legevaksleger og sykehjemsleger. Bare 42 prosent av kommunene involverer leger i spesialisthelsetjenesten. I planleggingen av inklusjons- og eksklusjonskriterier for pasienter oppgir 35 prosent av kommunene at fastlegene er involvert, 23 prosent involverer kommunelegene mens 33 prosent av kommunene samarbeider med leger i spesialisthelsetjenesten om dette.

– Etablering av ø-hjelp døgnplasser innebærer en overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene og tilbudet skal utvikles gjennom et likeverdig samarbeid mellom de to partene og nedfelles i en samarbeidsavtale. Da er det overraskende at medisinsk kompetanse i spesialisthelsetjenesten i så liten grad blir tatt med i planleggingsprosessen, sier avdelingsdirektør Kristin Mehre i Helsedirektoratet.

Undersøkelsen har også kartlagt hvilke hovedutfordringer kommunene har erfart i etableringsprosessen. Seks punkter som ofte nevnes er:

- Bygging av lokaler / tilgang på egnede lokaler
- Samarbeidet med andre kommuner
- Finansiering
- Samarbeid med andre helsetjenester og med helseforetaket
- Politisk behandling / vedtak
- Tilgang på helsepersonell / bemanning / kompetanse

– Det er viktig at kommunene allerede i planleggingsprosessen involverer alle aktører som blir berørt av tilbudet. Kommunen og helseforetaket må anerkjenne at de er to likeverdige parter i utviklingen av tilbudet og de må sitte sammen gjennom hele planprosessen. Der det har oppstått problemer, ser vi veldig ofte at det ikke har vært nok oppmerksomhet på disse faktorene, sier Kristin Mehre.

Les [sluttrapporten om planer for etablering av øyeblikkelig hjelp tilbud her](#). (direkte klikkbar lenke)

Mer om [Omsorgstjenester](#) (klikkbar lenke)

Publisert: 04.12.2014

Referansekode i 'Helserrådet': HTJ 2015 – 2

Stikkord: Kommunale akutte døgnopphold. KAD.

Kommunenes erfaringer med bruken av øyeblikkelig hjelp døgnplasser

Kommunenes døgnplasser for øyeblikkelig hjelp har i hovedsak et belegg på mellom 30 og 50 prosent. Det viser en ny undersøkelse blant 30 slike tilbud som har vært i drift i minst ett år.

Formålet med undersøkelsen var å se på hvordan plassene brukes i dag, utviklingen i beleggsprosent siden oppstart, hvilke faktorer som påvirker bruken av plassene og tiltak som er igangsatt for å øke bruken. Deloitte har gjennomført intervjuundersøkelsen på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Undersøkelsen viser at beleggsprosenten i de aller fleste tilfellene har økt i tiden etter oppstart. I de undersøkte tilbudene lå beleggsprosenten hovedsakelig mellom 30 og 50 prosent. Det er stor variasjon mellom tilbudene, og belegget svinger også fra måned til måned.

Kommunene i undersøkelsen var relativt omforente om at det tar tid å forankre tilbudet hos innleggende leger. Det at leger ikke henviser til tilbudet forklares ofte med at legene glemmer at tilbudet eksisterer og i visse tilfeller er usikre på hvilken kompetanse som finnes på døgnenheten. Eksempelvis har turnusleger og vikarleger på legevakt gjerne liten kunnskap om de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene. Mange leger opplever også innleggelsesrutinene som tungvinte og velger heller å legge inn på sykehus.

De fleste kommunene i undersøkelsen har opplevd det som uproblematisk å rekruttere nødvendig kompetanse til tilbudet. Det gjelder særlig sykepleierkompetanse. Mange opplever det nye tilbudet som et svært attraktivt sted å jobbe.

De kommunene som ble intervjuet pekte på flere suksessfaktorer, blant annet:

- Jobbe grundig og kontinuerlig med informasjon og kommunikasjon ut til alle berørte.
- Bygge tillit til den kompetansen som finnes ved tilbudet, både hos de som skal legges inn og de som skal legges inn.
- Utarbeide enkle og tydelige kriterier for vurdering, innleggelse og behandling.

– Mange kommuner jobber godt med øyeblikkelig hjelp-plasser. Undersøkelsen gir god innsikt i hvilke forhold som påvirker bruken av plassene. Vi skal samle slike gode tiltak og erfaringer og sørge for at den kunnskapen spres til flere kommuner, sier avdelingsdirektør Kristin Mehre i Helsedirektoratet.

Mange kommuner har gjennomført eller igangsatt tiltak for å øke bruken av plassene. Eksempler på dette er:

- Kommuner som har etablert lokale tilbud, men samarbeider om interkommunal legevakt, har etablert felles innleggelseskriterier og – rutiner.
- Etablering av faste møteplasser med fastleger og legevaktsleger.
- Tilby turnusleger og vikarleger i legevakt å besøke ØHD-avdelingene for å bli kjent med tilbudet.
- Standardisering av scoring-/triageringsverktøy på tvers av tjenester og tjenestenivå bidrar til enklere kommunikasjon.
- Utarbeide standardmaler, blant annet til bruk ved innleggelse.
- Ansette en egen ressurs i etablerings- og startfasen for å sikre at arbeidet er helhetlig og godt koordinert.

Les [sluttrapporten for bruken av tilbudene her](#). (direkte klikkbar lenke)

Mer om [Omsorgstjenester](#) (klikkbar lenke)

Publisert: 04.12.2014

Referansekode i 'Helsedirektoratet': HTJ 2015 – 3

Stikkord: Kommunale akutte døgnplasser. KAD.



Kommunesektorens organisasjon 4.12.2014

Erfaringskonferanse 25.oktober om kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud - se innleggene

150 personer deltok på den fjerde erfaringskonferansen om kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

På erfaringskonferansen som ble arrangert av KS, Helsedirektoratet og Fylkesmann i Hordaland orienterte Helsedirektoratet om deres arbeid, og både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten presenterte erfaringer.

Innleggende ligger under og streaming av konferansen finner du her: <http://www.ustream.tv/channel/helsedirektoratet>

KONTAKTPERSONER FOR DENNE SAKEN (klikkbare lenker)

[Risnes, Torun](#) Helse og velferd
torun.risnes@ks.no

SENTRALE LENKER OG DOKUMENTER (lenkene nedenfor er direkte klikkbare)

- [Ouren, Helsedirektoratet](#)
- [Svendsen, Østre-Agder](#)
- [Wiklund, Fosen Helse](#)
- [Vadset, monitoreringsverktøy](#)
- [Winsents, driftsgruppemøter](#)
- [Nissen-Nygård, Bodø kommune](#)
- [Øygaarden, KØ-JØH](#)
- [Sperstad, HDS](#)

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2015 – 4

Stikkord: Kommunale akutte døgnplasser. KAD

DAGENS
Medisin

Nyheter 8.12.2014:

Hjemmebesøk ga færre innleggelser

Hjemmebesøk hos eldre en gang i måneden reduserte bruk av helsevesenet, viser svensk studie.

Målet med studien ved Lunds universitet var å undersøke om en intervensjon som gikk ut på å besøke skrapelige eldre hjemme kunne ha effekt på bruken av helsetjenester.

Studien ble gjennomført i en kommune i Sør-Sverige og inkluderte mennesker over 65 år som bodde i sine vanlige boliger. De var avhengig av hjelp til to eller flere av dagliglivets aktiviteter og hadde hatt minst to sykehusinnleggelser eller fire legebeføk året før.

Månedlig besøk i ett år

80 var med på intervensjonen og 73 i en kontrollgruppe. Den ettårige intervensjonen besto i hjemmebesøk minst en gang i måneden med saksbehandler. Det ble undersøkt gruppeforskjeller inndelt i halvår, fra før intervensjonen til 6-12 måneder etterpå.

Resultatene viste at intervensjonsgruppen hadde betydelige lavere antall sykehusinnleggelser og også et signifikant lavere antall besøk til leger i poliklinisk behandling seks til 12 måneder etter prosjektet var avsluttet.

Redusere belastning

Forskerne konkluderer med at månedlige hjemmebesøk har potensial til å redusere belastning på poliklinisk behandling og akuttinntak.

Kristine Askvik

redaksjonen@dagensmedisin.no

Denne artikkelen ser du også ved å gå inn på eller klikke på http://www.dagensmedisin.no/nyheter/hjemmebesok-ga-farre-innleggelser/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified.

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2015 – 5

Stikkord: Hjemmebesøk. Hjemmebaserte tjenester. Eldreomsorg.



Illustrasjonsfoto: Dfoto.

Seks av ti utelater spesialistene i øyeblikkelig hjelp-planlegging

Bare 42 prosent av kommunene involverer spesialisthelsetjenesten når de planlegger døgntilbud for øyeblikkelig hjelp.

Fra 1. januar 2016 blir det etter planen lovpålagt for alle landets kommuner å tilby døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. Ved utgangen av 2014 har 153 av 428 landets kommuner ikke etablert tilbudet.

– Bekymringsfullt

På oppdrag fra Helsedirektoratet har konsultentselskapet Deloitte kartlagt planene til kommunene som ennå ikke er i mål. I bare 42 prosent av kommunene der planleggingen av tilbudet er i gang, har spesialisthelsetjenesten vært involvert, viser kartleggingen.

– Dette bekymrer oss. Forsvarligheten av tilbudet, og hvilke pasienter som skal inn i det, er noe som skal inn i samarbeidsavtalen mellom helseforetaket og kommunen. Dette er noe begge parter må være enige om. Derfor er det viktig med god dialog mellom de to partene gjennom helse planleggingsprosessen, sier Helga Katharina Haug i Helsedirektoratet.

Til sammenligning har halvparten av kommunene involvert sykehjemmene, 57 prosent har involvert legevaktlegene, mens 70 prosent har involvert fastlegene.

Se hele artikkelen i Dagens Medisin ved å gå inn på eller klikke på http://www.dagensmedisin.no/nyheter/seks-av-ti-utelater-spesialistene-i-oyeblikkelig-hjelp-planlegging/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified.

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2015 – 6

Stikkord: KAD. Kommunale akutte døgnplasser.



Kommunesektorens organisasjon 1.12.2014:

Viktig med varig forbedring

NRK sender for tiden en serie nyhetsreportasjer om svikt i norsk eldreomsorg. Selv om Norge er i verdenstoppen i eldreomsorg – og det er viktig å minne om i denne sammenhengen – må vi innse at det gjøres feil også her.

Det er avgjørende at kommunene setter inn tiltak for varig forbedring når omsorgen svikter.

KS har nylig gitt innspill til Arianson-utvalget, et offentlig utvalg som vurderer oppfølging av alvorlige hendelser og mistanke om lovbrudd i helse- og omsorgstjenestene. I innspillet går vi gjennom tiltak som både staten og kommunene kan sette i verk for å heve den generelle kvaliteten, og dermed forebygge alvorlige hendelser i eldreomsorgen.



Innspillene finner du i lenkene på neste side. Der finner du også rapporten «Når omsorgen svikter», som Agenda Kaupang laget på oppdrag fra KS i 2012, samt saksutredningen og vedtaket fra KS' hovedstyre.

KONTAKTPERSONER FOR DENNE SAKEN (direkte klikkbare lenker)

[Gamme, Anne](#) Helse og velferd

anne.gamme@ks.no

[Hesselberg, Kari](#) Helse og velferd

kari.hesselberg@ks.no

[Solheim, Tone Marie Nybø](#) Helse og velferd

tone.marie.nybo.solheim@ks.no

SENTRALE LENKER OG DOKUMENTER (direkte klikkbare lenker)

- [Utvalg om oppfølging av alvorlige hendelser](#)
- [Hva skjer dersom omsorgstjenestene til eldre svikter](#)
KS Hovedstyre 4. september 2012
- [Pasientsikkerhet i kommunehelsetjenesten](#)
- [Når omsorgen svikter - rapport til KS](#)
Agenda Kaupang 2012
- [Forebygge alvorlig svikt i eldreomsorgen](#)
- [Samarbeid om etisk kompetanseheving](#)

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2015 – 1

Stikkord: Eldreomsorg.

TEMA • GPS-SPORING



Gir topp-karakter til GPS-omsorg

GPS-sporing av personer med demens sparer kommunen for store ressurser og får topp skussmål fra brukerne. Likevel har **YTTERST FÅ** kommuner testet teknologien.

BRUK AV ALARM I KOMMUNALE TJENESTER

♦ Etter helse- og omsorgstjenesteloven skal hvert enkelt brukstilfelle knyttes til **forvaltningsvedtak** (enkeltvedtak ved mer enn 2 uker).

♦ **Enkeltvedtak** skal alltid foreligge hvis pasienten mangler samtykkekompetanse.

♦ Varslingsutstyr kan **erstatte praktisk bistand**, for eksempel fast tilsyn.

♦ Beslutning om bruk av teknologi kan også gjøres **uavhengig av tildeling av tjenester**.



Brukere på åpen institusjon får større frihet når personalet kan spore dem via GPS-sender. Beboer ved Vardheim bo- og servicesenter Tor Anders Vistnes mener GPS-sporing er et godt tiltak.

FOTO: HUNG NGO

- Et kjempegodt tiltak, sier Tor Anders Vistnes. 67-åringen fra Randaberg har tilrettelagt bolig på Vardheim bo- og servicesenter og har fått en GPS-alarm fra kommunen.

Boksen er på størrelse med en liten mobiltelefon og kan henges i beltet, i en snor rundt halsen eller festes til rullatoren når Vistnes skal ut på tur. Med GPS-senderen trenger ikke brukerne noen ledsager. Hvis behovet oppstår, kan man trykke på en knapp og få toveis kontakt med den private alarmsentralen som kommunen for tiden tester. Når meldingen tikker inn, får sentralen vite nøyaktig hvor senderen befinner seg, og samtidig kan de sjekke behovet for å kontakte helsetjenesten eller i verste fall nødetatene.

- Ofte løser problemet seg ved at personalet stikker og henter brukeren i nabolaget, sier Anniken Bø, leder ved Vardheim.

Erfaringen så langt er at de 20 GPS-apparatene i prøveprosjektet i Randaberg har gitt både avlastning for personalet og opplevd trygghet for brukerne og deres pårørende.

- Avdelingen vår har åpne dører og eldre brukere med funksjonssvikt, kognitiv svikt eller demensdiagnose. Med to ansatte som har ansvar for hver sin avdeling hender det ofte at begge blir opptatt inne hos én person. Da kan en av de andre forlate leiligheten sin uten at vi vet hvor vedkommende er blitt av, sier Bø.

100.000 brukere

I fjor endret Stortinget loven om pasient- og brukerrettigheter slik at lokaliserings- og varslingsteknologi også kan gis til pasienter som mangler samtykkekompetanse, for eksempel personer med demens.

Til tross for at både Datatilsynet, Helsedirektoratet og brukernes og de ansattes organisasjoner går inn for teknologien, har relativt få kommuner kommet i gang.

Ifølge en ny rapport fra Helsedirektoratet vil 100.000 personer i Norge være i målgruppen for digital spo-

ring. Direktoratet oppgir samtidig at om lag 75.000 personer i landet lider av demens. Nasjonalforeningen for folkehelsen mener det er på høy tid å legge utstyret inn i tilbudet til hjelpemiddelsentralene og å bruke teknologien i helsetjenester for demente.

- Det store problemet fra brukernes side er å forstå hvordan en GPS virker, for personer med demens kan gjerne avvise nytt utstyr fordi det virker skremmende, sier Wenche Frogm Sellæg, nestleder i demensrådet i Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Hun mener nøkkelen til å ta i bruk utstyret er god forklaring og trygg oppfølging fra helsetjenesten og brukernes nærmeste. Da blir behovet mindre for å overstyre personens egne ønsker. Gevinsten for brukerne oppveier ulempene, mener Sellæg.

- Mange vandrer og vandrer på grunn av et kaotisk tankeliv, og den fysiske bevegelsen gir dem utløsning for uroen. Å komme seg ut er en fantastisk måte for personer med demens til å finne roen. Fysisk aktivitet påvirker også forløpet av sykdommen i positiv retning fordi brukeren får brukt sansene sine til å kjenne på varme og kulde og ta lyder og lukter fra naturen innover seg. Det skaper følelse av gjenkjenning og reduserer behovet for beroligende medikamenter.

Ønsker lavterskeltilbud

Randaberg startet sitt prøveprosjekt med GPS-sendere da kommunen for et par år siden skulle bytte ut de gamle trygghetsalarmene, som var knyttet til brukernes analoge telefonlinjer.

- Siden vi måtte ha et nytt system, valgte vi å lage våre egne kravspesifikasjoner. Da kom det opp at vi trenger GPS til brukere som har kognitiv svikt, men som allikevel er fysisk spreke, forteller Berit Immerstein, fagutvikler i Randaberg kommune. Hun satte sammen en gruppe med representanter for helse- og om-

>>>



Berit Immerstein i Randaberg kommune har samlet kommune og private aktører i et pilotprosjekt for GPS-sporing av eldre brukere.
FOTO: HUNG NGO

sorgstjenesten og administrasjonen i kommunen, leverandør av GPS-teknologi samt et alarmselskap.

- Situasjonen var at helse- og omsorgstjenesten brukte mye ressurser på å følge pasienter og brukere på tur. Samtidig hadde vi tilfeller hvor brukere vandret ut alene om natten, gjerne om vinteren og med lite tøy, og noen ganger ut i trafikken.

Valget sto mellom å bruke enda mer ressurser på å gå sammen med brukerne eller å innføre fysiske stengsler - alternativt å prøve ut GPS-teknologi.

- Vi ble pilot for en alarm med innebygget GPS som kan stilles inn til å gi beskjed når brukeren forlater et forhåndsbestemt område eller en innlagt rute, sier Immerstein.

De første 20 brukerne som fikk utstyret, beholdt samtidig sin gamle trygghetsalarm. Målet er å tilby GPS-alarm med like lav terskel som de gamle trygghetsalarmene. På Vardheim bo- og servicesenter har opplegget fungert over forventning.

- Pasientene mener jo selv at de ikke trenger noen til å følge dem ut, de ønsker å være selvstendige og ha minst mulig inngripen i bevegelsene sine. Med GPS kan vi imøtekomme disse ønskene bedre enn tidligere, sier leder Anniken Bø. Etter at de 20 GPS-

ANBEFALINGER FRA HELSEDIREKTORATET

Helsedirektoratet har nasjonalt ansvar for standardisering av velferdsteknologi. Direktoratet anbefaler kommunene å gå direkte til en fulldigital kommunikasjonsplattform som omfatter blant annet trygghetsalarmer.

Noen av direktoratets anbefalinger til mobile trygghetsalarmer:

- ♦ Bør ha innebygget GPS og mulighet for geofence - et tillatt bevegelsesområde før alarmutløsning.
- ♦ Brukerinnstillinger bør kunne reguleres både fra brukeren selv og fra alarmmottak eksternt.
- ♦ To-veis tale over internett.
- ♦ Batteri-backup for 48 timer hvis utstyret er koblet til strømmettet.
- ♦ Kontinuerlig kopling til alarmmottak.
- ♦ Sikring av gode mottaksforhold der brukeren befinner seg.



Ifølge leder Anniken Bø sparer GPS-sendere på Vardheim bo- og omsorgssenter i Randaberg for store ressurser.

FOTO: HUNG NGO

senderne er testet på brukere med forskjellig funksjonsnivå, er hun ikke i tvil om verdien av utstyret.

- GPS er et veldig godt verktøy for oss, sier Bø.

Utsetter sykehjem to år

Drammen har siden 2011 stått i spissen for prosjektet Trygge Spor, som prøver ut GPS-sporing og støttesystemer for fysisk aktivitet for personer med demens. Sammen med forskere fra SINTEF IKT og Bærum, Trondheim, Bjørn og Åfjord kommuner har Trygge spor dokumentert at sporingsteknologi dekker et reelt behov hos brukere av kommunale omsorgstjenester, men også hos personer som ikke bruker andre tjenester.

- Ved å gi GPS-utstyr forebyggende har pårørende opplevd stor avlastning, og det er sjelden brukeren faktisk utløser alarmen, sier rådgiver Sissel Eriksen i Drammen kommune.

Hun mener at lokaliserings- og varslingsteknologi

har en viktig funksjon som erstatning for praktisk tilsyn.

- En av de sikreste måtene å få tildelt sykehjemsplass på, er at eldre har gått seg bort og det har utløst leting og engstelse. Men akkurat disse personene har kanskje det største behovet for å være utendørs og kunne bo hjemme. Med en GPS-sender kan vi kanskje utsette sykehjemsplass for dem i to år.

Drammen har i dag 17 aktive brukere med GPS-alarm, men behovet er langt større.

- Kommunene trenger en holdningsendring for å ta i bruk mer GPS-teknologi i eldreomsorgen. Vi trenger også å rigge tjenestene for å ta i bruk teknologien, og da må kommunene opprette mottakssentraler, sier Eriksen.

ANDREAS HØY KNUDSEN, 452 21 426
andreas@nyhetstjenester.no

- En jungel av teknologiske løsninger

GPS-sporing stiller store krav til tilpassing men mangler **TEKNISKE STANDARDER** og leverandører som forstår kommunens behov, ifølge SINTEF-forsking.

Seniorforsker Tone Øderud ved SINTEF Teknologi og samfunn har forsket på bruk av GPS for lokalisering og varsling innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester, blant annet i prosjektet Trygge spor (se hovedsak).

Hun mener teknologien gir store muligheter, men at den samtidig kan by på utfordringer for saksbehandlere som ikke kan forventes å sitte med detaljkunnskap om de teknologiske mulighetene.

- Generelt står man overfor en jungel av teknologiske løsninger, men det er viktig å huske på at teknologien betyr 20 prosent og rutinene 80 prosent når kommunene skal treffe det riktige valget, sier Øderud.

Helsedirektoratet har fått ansvaret for å etablere nasjonale standarder for velferdsteknologi. I en rapport anbefaler direktoratet at kommunene snarest går over til heldigital kommunikasjon som omfatter blant annet trygghetsalarmer. Blant de anbefalte mini-



TILPASSING

Utfordringen er at teknologien ofte ikke er godt nok tilpasset brukernes og kommunenes behov

Tone Øderud,
Seniorforsker ved
SINTEF

mumskravene til utstyr er at mobile alarmer utstyres med GPS-sporing og mulighet til toveis tale over internett. I tillegg bør de være kontinuerlig koblet til alarmentral, samtidig som man må følge anbefalingen fra Datatilsynet om punktvis registrering framfor kontinuerlig overvåking.

Ingen standardløsning

På grunn av mangel på standarder for integrasjon og teknologi finnes det ikke løsninger som er leverandørnøytrale. Derfor må kommunene være ekstra påpasselige med at de anskaffer teknologi som er godt tilpasset det konkrete behovet hos deres enkelte brukere.

- Den vanskeligste utfordringen for kommunen er at de har ulike utfordringer knyttet til de ulike brukerne, for det finnes ikke noen standardløsning som passer for alle.

Øderud understreker at for å ta i bruk GPS for lokalisering krever individuell kartlegging og samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene og pårørende.

- Vi hører ofte klager på at omsorgsarbeidere mangler teknisk kompetanse, men jeg mener utfordringen er at teknologien ofte ikke er godt nok tilpasset brukernes og kommunenes behov.

En kommune som skal anskaffe digitalt alarmutstyr med GPS-sporing, trenger kunnskap på flere områder.

For det første må man kartlegge behovet, deretter må man få kunnskap om de ulike tekniske løsningene, og til sist må dette koples mot kunnskap om hvilke tjenester kommunen kan tilby.

- Klarer man å samle disse tre kunnskapsområdene og alle parter er enige, så er det fullt mulig å gjøre de rette valgene, sier Øderud.

Leverandørene

Leverandørene av velferdsteknologi kan i dag tilby alarmer som varsler for eksempel fall og hjertestans, man tilbyr fjernstyring av boligfunksjoner og sporing via GPS. Problemet er at leverandøren ikke alltid vet hva kommunene trenger.

- Med et par unntak har leverandørene ikke teknologi som er tilpasset, og kan lett overkjøre kommunene som ikke har nok kunnskap om teknologien. Leverandørene ønsker gjerne å hjelpe så godt de kan, men de mangler kunnskap om hva de skal levere, og da må helsetjenesten bidra med kunnskapen, sier Øderud.

ANDREAS HØY KNUDSEN
andreas@nyhetstjenester.no

Nyhetsbrev - folkehelsearbeid 5/2014

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

Tilskuddsordning "Aktivitet seniorer og eldre" 2015

Helsedirektoratet vil med dette informere om at tilskuddordningen «Aktivitet seniorer og eldre» for 2015 er [kunngjort på Helsedirektoratets hjemmeside](#). Målet med tilskuddsordningen er å motvirke ensomhet, passivitet og sosial tilbaketrekning og skape aktivitet, deltakelse, sosialt fellesskap og møteplasser. Målgruppen er seniorer og eldre som bor i eget hjem eller omsorgsbolig.

Mer informasjon om regelverket og søkerveilederen finner du i lenken over. Søknadsfristen er 19. januar 2015.

Kontaktpersoner: Christina Hildonen og Vlora Kabashi, Helsedirektoratet, avd. oppvekst og aldring. E-post: christina.hildonen@helsedir.no; vlora.kabashi@helsedir.no



Illustrasjonsbilde: © Linda Otterstedt/Johnér

100 millioner bevilges til økt rekruttering av psykologer i kommunene

Helsedirektoratet har kunngjort 100 mill kr i tilskudd med mål om å øke rekrutteringen av psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Psykologene skal bidra til å styrke det samlede og flerfaglige kommunale tilbudet innen psykisk helse- og rusfeltet. Det omfatter helsefremmende og forebyggende arbeid, øvrig folkehelsearbeid, utredning samt behandling og oppfølging. Psykologstillingen bør utformes slik at psykologens bidrag så langt som mulig omfatter hele spennet fra befolkningsrettet til individrettet arbeid. I 2014 mottok 165 kommuner til sammen 273 psykologstillinger. Det er en positiv utvikling, samtidig som vi ønsker flere kommuner velkommen til å søke. Flerfaglig og tverrsektorielt samarbeid, teamarbeid, brukerinvolvering, mestring og trivsel, arbeid på både individ- og systemnivå, herunder planarbeid er sentrale elementer i ordningen. Vi ser at stadig flere kommuner benytter psykologkompetansen inn i lokalt folkehelsearbeid. Barn og unge er en gruppe som prioriteres høyt. Det er en gledelig utvikling.

Søknadsfrist: **1. mars 2015**. [Les her for mer informasjon](#).

Trondheimserklæringen – nå i ferdig designet versjon



Erklæringen som ble utarbeidet på Nordisk folkehelsekonferanse i Trondheim har fått stor oppmerksomhet og ligger nå på konferansesiden i designet versjon på norsk og engelsk. Den finnes både i versjon for lesing på skjerm og en versjon som kan skrives ut og brettes til bruk på møter, konferanser eller liknende. Helsedirektoratet har fått henvendelser fra personer som ønsker å presentere erklæringen på aktuelle møteplasser. Vi

har derfor også utformet en PowerPoint-mal som alle er velkomne til å [laste ned](#) og bruke i sitt kommunikasjonsarbeid.

Kontaktperson: Tone P. Torgersen, Helsedirektoratet, avd. helse og levekår. E-post:

Tone.Poulsson.Torgersen@helsedir.no

Utvikling av erfaringer med lokalt folkehelsearbeid/nasjonal erfaringskonferanse 15.-16. juni 2015

Helsedirektoratet har igangsatt tre prosjekter for å dokumentere praksis, utvikle metodikk og spre eksempler fra lokalt folkehelsearbeid. Det er fylkeskommunene Østfold, Vestfold og Sør-Trøndelag som er prosjektansvarlige på hhv områdene helsekonsekvensutredning, oversikt over folkehelsen og oppfølging av folkehelsemål i økonomi- og virksomhetsplaner. Til hvert av prosjektene er det tilknyttet et forskningsmiljø. En av oppgavene til forskningsmiljøene er å fremskaffe et kunnskapsgrunnlag. Kunnskapsgrunnlaget på området oversikt over folkehelsen er ferdig og foreligger i [rapporten «Tilnærminger, modeller og verktøy i oversiktsarbeidet»](#) fra NIBR. Det planlegges en nasjonal erfaringskonferanse i Vestfold 15.-16. juni der arbeidet i prosjektene vil bli presentert. Det vil komme mer informasjon om og invitasjon til konferansen.

Aktivitetshåndboken trykkes opp!

Aktivitetshåndboken beskriver sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse og innefatter 33 kapitler, 14 generelle og 33 kapitler hvor fysisk aktivitet beskrives opp mot ulike lidelser. For å kunne få spre [Aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling](#) i trykket versjon, så har Helsedirektoratet laget en avtale med Fagbokforlaget slik at boken trykkes opp og distribueres til landets bokhandlere og blir tilgjengelig på nett. Boken har vært den mest nedlastede publikasjonen av alle Helsedirektoratets publikasjoner de siste to årene. Aktivitetshåndboken vil fortsatt kunne lastes ned gratis eller bestilles gjennom Helsedirektoratets nettsider, men man må betale for den trykte versjonen. Anbefalt utsalgspris i bokhandel vil være kr 249 kr. Det er allerede mulig å bestille boken på nett. Fra 9. januar 2015 finnes boken på lager.



Kontaktperson: Olov Belander, Helsedirektoratet, avd. miljø og helse. E-post: olov.belander@helsedir.no

Rusfagmagasin - med fokus på ungdom



RUSFAG er en felles publikasjon som utgis av de syv regionale kompetansesentrene på rusfeltet (KoRus). RUSFAGs temamagasin denne høsten setter fokus på ungdom og rus. KoRus har de siste årene gjennomført Ungdata-undersøkelser over hele landet. Dataene gir oss en unik innsikt i unges hverdagsliv. Ungdommene har fått benevnelsen «generasjon flink» og blir omtalt som familiekjære, de er opptatt av skolearbeid og de drikker mindre enn tidligere. Samtidig vet vi at frafallet fra videregående skoler er bekymringsfullt høyt flere steder i landet. At særlig unge jenter rapporterer om mange psykiske plager bekymrer også. Dette temaheftet setter fokus på ungdomstid og bruk av rusmidler. Hva vet vi, hvordan forstår vi, hva er eksempler på

gode tiltak i kommunene og hva kan være til hjelp for unge med rusproblemer? Heftet er gratis og kan bestilles fra det aktuelle regionale kompetansesenteret i den enkelte region. Les RUSFAG [her](#). Mer informasjon om KoRus [her](#).

Kontaktperson: Jon Nysted, Helsedirektoratet, avd. Levekår og helse E-post: jon@helsedir.no

Abonnementsordningen Skolefrukt – for alle grunnskoler

Alle grunnskoler i Norge kan delta i abonnementsordningen Skolefrukt. Gratisordningen for skoler med ungdomstrinn opphørte fra august 2014, og disse skolene deltar i den statlig subsidierte skolefruktordningen. Foresatte betaler for abonnement og elevene får utdelt Skolefrukt de dagene skolen har bestemt. Alternativt kan kommuner/skoler kjøpe inn frukt slik at det blir gratis for elevene. I begge tilfeller blir pris kr. 3,- per frukt eller grønnsak inklusive mva og frakt, og da har staten subsidiert hver enhet med kroner 1,-.

Frukt og grønt er sammen med melk og matpakke viktig for å sikre energi gjennom en lang skoledag. Skolefrukt er også et verktøy for å oppfylle myndighetenes retningslinjer for skolemåltidet. Frukt og grønt er viktig for elevenes helse på kort og lang sikt.

Helsedirektoratet anbefaler minst 5 porsjoner grønnsaker, frukt og bær om dagen, og halvparten bør være grønnsaker. Skolen legger kun inn litt informasjon i starten av hvert semester og mottar automatisk genererte lister over elever som blir påmeldt. Skolene får låne svalskep gratis og elever kan dele ut frukt/grønt til de som abonnerer. **Bli med:** Send en e-post til support@skolefrukt.no eller ring 815 20 123. www.skolefrukt.no

Kontakt: Prosjektleder for Skolefrukt Tore Angelsen: tore.angelsen@frukt.no

Nytt materiell om mat og helse i arbeidslivet



Måltider spist i løpet av arbeidsdagen har betydning for trivsel, kosthold og helse og kan forebygge sykdom. Folderen «Nasjonale anbefalinger for mat og drikke i arbeidslivet» bygger på Helse-direktoratets kostråd og erstatter «Anbefalinger for mattilbudet i kantiner og serveringssteder». Små grep for å tilby sunn mat og drikke» og en power-point presentasjon utgjør en opplæringspakke som belyser hvorfor og hvordan tilrettelegge for sunt tilbud ved ulike rammevilkår. Pakken er beregnet for de som jobber med mat, helse, personalpolitikk og ledelse i arbeidslivet og aktuelle utdanningsinstitusjoner. Anbefalte ernæringskriterier ved innkjøp/anbud kommer i 2015. Materialet blir tilgjengelig på www.helsedirektoratet.no i løpet av januar 2015 og kan bestilles hos Trykksak.

Helsedirektoratets nye materiell gjelder for arbeidslivet generelt, men er utviklet som ledd i oppdrag om å bidra til bedre mattilbud i kantiner/ kiosker på offentlige arenaer. Virksomheter som tilbyr måltider til brukere/pasienter har også ansatte som trenger mat og drikke og her kan det være hensiktsmessig å arbeide helhetlig med mat og måltider, jfr Kosthåndboken på våre nettsider.

Kontakt: Hanne Kristin Larsen, avd. Befolkningsrettet folkehelsearbeid,
e-post: Hanne.Kristin.Larsen@helsedir.no

Opptrykk av populært materiell om sunnere mat på farten

Helsedirektoratets [materiell](#) med tips for å tilby sunn mat på farten (salgsstedene) og for de som handler slik mat (forbruker), er igjen tilgjengelig. Mange handler hurtigmat – både på arbeid, på reiser og i fritiden. En del salgssteder tilbyr sunnere alternativer, men mye kan fortsatt gjøres. I en kartlegging fra 2012, svarer en drøy tredel at helse og sunnhet spiller stor rolle når de kjøper mat i bensinstasjoner, kiosker og/eller fastfoodsteder (Norstat 2012).

Kontakt: Hanne Kristin Larsen, avd. Befolkningsrettet folkehelsearbeid,
epost: Hanne.Kristin.Larsen@helsedir.no



Røykeslutt på Facebook

Helsedirektoratet gjennomfører en ny røykesluttkampanje ved nyttår. Kampanjen starter på tv i romjulen og fortsetter til slutten av januar. Involvering av røykere og eksrøykere er fortsatt



viktig, og kampanjen er fortellingsbasert med ekte personer som stiller opp i filmene og forteller om sin motivasjon for å slutte å røyke. [Facebook-siden](#)

[Slutta – din røykeslutt](#) er fortsatt et hovedelement.

Siden er en møteplass hvor de som har sluttet kan dele sine tips, og hvor de som vurderer å slutte kan

bli enda mer motivert. Kampanjen vil være synlig på tv, i radio, på Facebook og i ulike nettaviser og web-tv-kanaler. 15 prosent av den norske befolkningen røyker fortsatt daglig, andelen er lik for kvinner og menn. Nytt materiell i forbindelse med kampanjen kan bestilles på www.helsedirektoratet.no

Kontakt: Anne Kathrine Aambø, avd. Befolkningsrettet folkehelsearbeid. E-post:

Anne.Kathrine.Aambo@helsedir.no

Nyttige lenker - folkehelsearbeid

- Kommunetorget: <http://kommunetorget.no/>
- Helsedirektoratet:
<http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid/Sider/default.aspx>
- Folkehelseinstituttet (folkehelseprofiler og kommunehelse statistikkbank):
<http://www.fhi.no/helsestatistikk/folkehelseprofiler>
<http://khs.fhi.no/webview/>
- Helse- og omsorgsdepartementet
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/folkehelse.html?id=10877>
- Sunne kommuner:
<http://sunnekommuner.no/>
- Helserådet:
<http://www.helsebiblioteket.no/samfunnsmedisin-og-folkehelse/helser%C3%A5det/2014>

Forskning.no 7.12.2014:

Synes distriktpsikiatriske sentre er på rett vei

Fastleger mener de distriktpsikiatriske sentrene blir bedre og bedre. Med ett viktig unntak: Responsen på henvisninger.

En artikkel fra [Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten](#) (klikkbar lenke)

Et distriktpsikiatrisk senter (DPS) er et desentralisert tilbud til pasienter som sliter psykisk. Sentrene, som samarbeider blant annet med fastlegene, har de de spesialiserte sykehusfunksjonene i ryggen.

Etter fastlegenes vurdering har DPS-ene god kompetanse og utvikler seg i positiv retning. De vurderer likevel sentrenes respons på henvisninger som dårligere enn tidligere, blant annet hvorvidt sentrene tar henvisende leges vurderinger på alvor og i hvilken grad de avviser henviste pasienter.

Dette er blant resultatene fra en spørreundersøkelse om samarbeidserfaringer med distriktpsikiatriske sentre (DPS) som Kunnskapssenteret har gjennomført blant landets fastleger. Resultatene fra årets undersøkelse er sammenlignet med svarene fra tre tidligere undersøkelser.

Se hele artikkelen fra Forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/helsetjeneste-helseadministrasjon-psykiske-lidelser/2014/12/synes-distriktpsikiatriske-sentre-er-pa>.

Referansekode i 'Helserådet': PSY 2015 -1

Stikkord: DPS. Distriktpsikiatrisk senter.



Kommunesektorens organisasjon 3.12.2014:

Samarbeid mellom stat og kommune om rus og psykiatri

Forrige fredag avholdt KS Vestfold i samarbeid med Fylkesmannen i Vestfold et fredagsmøte der temaet var utfordringer i tjenesteområdet rus og psykiatri. Særlig forholdet mellom de statlige- og de kommunale aktørene sto sentralt.

Behandling av mennesker med fler-diagnoser er faglig krevende, men kan også være en utfordring rent organisatorisk. Skal den enkelte bli ivaretatt på tilfredsstillende vis, krever det tett samarbeid og god kommunikasjon mellom sykehusene og spesialisthelsetjenesten, og de kommunale helsetilbudene.

Nettopp dette er av de problemstillingene Siri Jensen snakket om. Hun har vært fagansvarlig for en nylig utgitt KS-FoU-rapport[1] som tar for seg rolle- og ansvarsfordeling når gruppen med RoP-lidelser (rus og psykiatri) skal ivaretas.

Sentralt i denne tematikken er samarbeidet mellom de statlige og de kommunale aktørene når pasienten skrives ut fra sykehus og skal hjem til kommunen. Det er en målsetting å skape en trygg og meningsfull hverdag for alle, og et uttalt ønske at de skal bo i hjemkommunen.

Jensen mente imidlertid at like mye som selve pasienten er det logistikken omkring det er viktig å konsentrere seg om. Det handler om å samstemme tjenestene opp mot hverandre, sa hun.

Se hele denne artikkelen fra KS ved å gå inn på eller klikke på <http://www.ks.no/tema/Innovasjon-og-forskning1/forskning-og-utredning/Artikler/Samarbeid-mellom-stat-og-kommune-om-rus-og-psykiatri/>.

Referansekode i 'Helserådet': RUS 2015 – 1

Stikkord: Rus og psykiatri.

Medfinansiering: Danske erfaringer

Av Hans Knut Otterstad, lege og helsetjenesteforsker, tidligere helsesjef og kommunaldirektør i Tønsberg

Etter sju år med medfinansieringsmodellen i Danmark tar spesialistene en stadig større del av pasientstrømmen – på bekostning av allmennlegene.

DEN NORSKE samhandlingsreformen for helsetjenestene fra 2012 bygger på den danske modellen som ble operativ fra 2007. Reformen er omdiskutert – også om modellen vil virke etter sin hensikt.

Prinsippet i Danmark er at kommunene skal medfinansiere innbyggernes bruk av sykehus- og spesialisttjenester. I modellen står helseøkonomi sentralt, og bygger på et rettferdighetsprinsipp. Kommuner skal betale for innbyggernes bruk av spesialistbehandling – både innleggelser og poliklinisk virksomhet – etter et takstsystem.

FINANSIERINGEN. I tillegg må det betales en døgnpris for «ferdigbehandlede» pasienter som blir overliggere – i Danmark heter det ikke «utskrivingsklare».

Se hele artikkelen i Dagens Medisin ved å gå inn på eller klikke på http://www.dagensmedisin.no/debatt/medfinansiering-danske-erfaringer/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified.

Referansekode i 'Helserådet': SAM 2015 – 1

Stikkord: Medfinansiering. Otterstad, Hans Knut.



Kommunesektorens organisasjon 10.12.2014:

Samhandlingsutfordringer mellom kommunesektoren og den regionale stat

Den regionale stat har geografiske grenser som går på tvers av kommune- og fylkeskommunegrensene. Dette kan være en utfordring for kommunene, og KS har satt i gang et FoU-prosjekt om nettopp dette.

Nylig ble det igangsatt et FoU-prosjekt der den såkalte regionale stat er studieobjekt. Den regionale statsforvaltning er en fellesbetegnelse på statlige enheter som ligger mellom nasjonalstaten og kommunene. Eksempel på institusjoner som er ivarettatt av det statlige forvaltningsnivå, uavhengig av kommune- og fylkesgrensene, er NVE, Kystverket, Barne-ungdoms og familieetaten og Husbanken.



- Nærmere 40 av statens regionale enheter er organisert på en annen måte enn det regionale folkevalgte nivået, og det skaper samhandlingsutfordringer, sier fagansvarlig i KS, Henning Berby.

For eksempel dekker etatens ansvarsområde ofte et geografisk område som er større enn fylkene. Ulik geografisk organisering kan være hensiktsmessig for den enkelte etaten, men kan både gi samhandlingsutfordringer både etatene- og kommunene i mellom.

Ønsker mer kunnskap om samhandlingsutfordringene

Prosjektet skal se nærmere på samhandlingsutfordringene mellom kommunene og de mange samarbeidspartene. I hvilken grad de kan relateres til organiseringen av den regionale stat skal også drøftes.

På områder der det kommunesektoren har mange samhandlingspartnere kan organiseringen være kilde til utfordringer. Dette skal vi se nærmere på i prosjektet, sier Berby.

Berby understreker at det finnes gode grunner til at regional stat er organisering nettopp slik det er. Det er ikke mål i seg selv at alle regionale statsetater skal ha en tilsvarende organisering som et regionalt folkevalgt nivå, forteller han.

De sentrale spørsmålene

Det er NIVI Analyse som har fått utredningsoppdraget som så vidt har kommet i gang. Prosjektleder, Jørund Nilsen, sier at de vil snakke med både kommuner, fylkeskommuner og stat for å få frem deres opplevelse av hvordan samhandlingen mellom stat og kommune foregår i dag.

- Vi vil få det konkret som mulig. Vi vil avdekke spørsmål som hva samhandlingsutfordringene egentlig består i, hvilke roller de ulike partene har, og hva man kan gjøre for at samarbeidet skal bli bedre, sier han.

Noe av problematikken er kjent fra før, eksempelvis at den regionale staten er organisert på en annen måte enn fylkene. Staten har organisert seg ut fra hva som er best for den enkelte sektoren, uavhengig av de fylkesvise grensene. Dette kan være hensiktsmessig for de regionale statenes virksomhet, men kan få negative konsekvenser for samarbeidet med kommunene og fylkeskommunene.

For å få avdekket problemstillingene skal de snakke både med kommuner, fylkeskommuner og med representanter fra regional statsforvaltning. Hvilke som skal involveres er enda ikke bestemt.

Utfordringer

Prosjektet er todelt, der man først identifiserer samhandlingsutfordringene, for deretter å gi forslag om alternative inndelinger for staten. Dette vil også være den mest krevende delen av prosjektet.

- Den kanskje største utfordringen kan være å komme med forslag til endringer i måten staten organiserer seg på, avslutter Nilsen. Prosjektet er nettopp igangsatt og skal være ferdig i februar januar 2015 (?).

KONTAKTPERSONER FOR DENNE SAKEN

[Wegling, Monica](#) Forskning, innovasjon og digitalisering
monica.wegling@ks.no

Referansekode i 'Helserådet': SAM 2015 – 2

Stikkord: Regional stat.

Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI), nyhetsbrev uke 48/2014:

Finsk utredning om risiko for kjemisk eksponering

Det finske Arbetshälsoinstitutet har gjennomført en utredning for å identifisere hvilke bransjer og arbeidsoppgaver der de ansatte er mest utsatt for eksponering for kjemiske stoffer. Høyest risiko for kjemisk eksponering er det i bygge- og gruvebransjen, og i arbeid med hardplaster.

Mest utsatt er de som arbeider med støvende byggearbeid, som f.eks riving av rørisolering, rensing av byggavfall eller betongsliping. Også de som arbeider med hardplaster, som ved laminering av båter, utsettes for potensielt farlig eksponering. I gruveindustrien forekommer eksponering for kvarts, men også dieselavgasser fra gruvemaskiner utgjør et problem. Ikke-industrielle yrker som har økt eksponering for kjemikalier er blant annet frisøryrket og bakeryrket, heter det i rapporten.

Norske forhold

- Data fra ulike norske kilder for kjemisk eksponering understreker at ansatte innen bygg-/anleggsvirksomhet og bergverksdrift også i Norge er høyt eksponert sammenliknet med ansatte innen andre næringsgrupper, forteller Steinar Aasnæs, avdelingsdirektør ved Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse (NOA) ved Statens arbeidsmiljøinstitutt.

- Basert på selvrapporterte data rapporterer norske yrkesaktive i bygg- og anleggsbransjen en høyere eksponering enn gjennomsnittet for en rekke kjemiske eksponeringsfaktorer, som for eksempel mineralstøv, metallstøv/-røyk, løse- og avfettingsmidler og organisk støv.

Mindre eksponering enn tidligere

Den nylig publiserte utredningen fra Finland viser at kjemisk eksponering i arbeidslivet i hovedsak dreier seg om arbeidsoppgaver som medfører eksponering for bl.a. løsemidler, bygningsstøv, kvarts, nikkel og dieselavgasser.

Risikoen for eksponering for kjemikalier er imidlertid mindre i dag enn før tusenårsskiftet. I dag er man mer bevisst på risikoen ved å eksponeres for kjemikalier. Man har også påvist at skadevirkninger kan opptre ved lavere konsentrasjonsnivåer enn tidligere antatt. På grunn av dette har det også vært en nedjustering av grenseverdiene for eksponering som arbeidsplassene skal forholde seg til.

Kunnskapen skal brukes videre

Utredningen fra det finske instituttet baserer seg på opplysninger i Arbetshälsoinstitutets register over eksponeringsnivåer, antall tilfeller av yrkessykdommer, og antall eksponerte pr yrke. Ved risikovurderingen så man på helserisiki og ulemper forårsaket av ulike agens.

Kunnskapen som legger grunn for utredningen kommer også til å ligge til grunn for utformingen av anvisninger og anbefalinger fra det finske Arbetshälsoinstitutet for håndtering av kjemisk eksponering og forebygging av helserisiko i de yrkene der risiko for eksponering er størst.

KONTAKT:
[Steinar Aasnæss](#)

Les mer på Arbetshälsoinstitutets nettsider:

[Risken för kemisk exponering är högst inom bygg- och gruvbranschen och vid arbete med hårdplaster](#)

Du får også tilgang til denne artikkelen ved å gå inn på eller klikke på
<http://www.stami.no/finsk-utredning-om-risiko-for-kjemisk-eksponering>.

Referansekode i 'Helserådet': ARB 2015 – 1

Stikkord: Kjemisk arbeidsmiljø.

Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) nyhetsbrev uke 50/2014:

Innaskjærs yrkesdykking under kontrollerte forhold, påvirker ikke hjernens funksjoner

I en ny studie fra Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) har yrkesdykkere som dykket til grunne dyp, blitt fulgt over en periode på 12 år. De ble undersøkt med tester som måler hjernens funksjoner i form av blant annet hukommelse, oppmerksomhet og reaksjonsevne.

Man fant ingen effekt på hjernens funksjoner hos dykkere som ikke hadde hatt trykkløst trykksykke. Men de som hadde hatt trykkløst trykksykke, gjorde det dårligere på en test for hukommelse, og de hadde også noen flere symptomer relatert til nervesystemet.

Se hele artikkelen fra STAMI ved å gå inn på eller klikke på
<http://www.stami.no/innaskjars-yrkesdykking-under-kontrollerte-forhold-pavirker-ikke-hjernens-funksjoner>.

Referansekode i 'Helserådet': ARB 2015 -2

Stikkord: Dykking.

Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI), nyhetsbrev uke 50/2014:

Sementarbeidere og lungefunksjon

I en nylig publisert studie fra Statens arbeidsmiljøinstitutt har forskere funnet at ansattes eksponering for sementstøv lå over et nivå som indikerer risiko for redusert lungefunksjon.

For mange av jobbgruppene (jobbtypene), men ikke alle, lå eksponeringen over et nivå som tidligere forskning og helseundersøkelser av arbeidere eksponerte for sementstøv har vist kan indikere risiko for redusert lungefunksjon.

– I dette prosjektet vil vi foreta en nærmere vurdering av helserisiko etter at den vitenskaplige analysen av fall i lungefunksjon over hele prosjektperioden er utført og publisert, sier Karl-Christian Nordby, avdelingsdirektør og forsker ved Statens arbeidsmiljøinstitutt. Det vi ser etter er redusert lungefunksjon og ulike luftveissymptom – og over tid hvorvidt dette kan bidra til utvikling av kols, sier Nordby videre.

Arbeidere i sementfabrikker blir utsatt for støv fra råstoffer hvor kalkstein og leire er hovedkomponenter samt for halvfabrikatet klinker, som er hovedbestanddelen av sement. Klinker produseres ved at de finmalte råstoffene varmes opp til 1450 °C. Inhalasjon av støv fra klinker i halvfabrikata og sement antas å være den viktigste årsaken til tap i lungefunksjon ettersom at det er sterkt alkalisk, noe som gir sementen irritative egenskaper.

Forskjellige undersøkelser har vist ulik risiko for påvirkning av luftveiene, og den samlede kunnskap har ikke vært entydig. På bakgrunn av dette ønsket CEMBUREAU (den Europeiske sementorganisasjonen) å få klarlagt mer nøyaktig hvorvidt eksponeringen kunne medføre risiko for fall i lungefunksjon og eventuelt hvilket nivå dette inntreffer ved.

Sementstøveksponering er et potensielt problem ikke bare hos sementprodusentene, men også hos sluttbrukere av tørr sement og i ut-

blandingsfabrikker for ferdigbetong. Mange av arbeidstakerne som kan være eksponerte for sementstøv finner vi i også i bygg- og anleggssektoren. Her inngår gjerne sementstøv i annen støveksponering.

Se hele artikkelen fra STAMI inkludert to relaterte originalartikler, ved å gå inn på eller klikke på <http://www.stami.no/sementarbeidere-og-lungefunksjon>.

Referansekode i 'Helserådet': ARB 2015 – 3

Stikkord: Sementarbeid.

Helse- og omsorgsdepartementet 4.12.2014:

Nye regler om merking av mat

Fra 13. desember 2014 blir det nye regler om merking av mat i Norge. Det nye regelverket om matinformasjon skal gjøre det enklere for forbrukerne å lese og forstå hva maten inneholder.

– Det nye regelverket skal gjøre det enklere for forbrukerne å vite hva maten inneholder. Det er viktig for at forbrukerne skal kunne ta gode og informerte valg, sier helse- og omsorgsminister Bent Høie.

Det nye regelverket stiller krav til at informasjon til forbrukerne om mat- og drikkevarer skal være eksakt, klar og enkel å forstå. Formålet er å gi forbrukerne et godt grunnlag for å foreta informerte valg og forhindre at forbrukerne villedes. Det nye regelverket viderefører kravene til merking som gjelder i dag, men innfører også enkelte nye krav.

Ett av de nye kravene er at det alltid skal gis informasjon om bestemte stoffer i mat- og drikkevarer som kan fremkalle allergier og intoleranse. Det vil fortsatt være krav om at merkingen skal være enkel å lese, men dette blir nå tydeliggjort med minstekrav til skriftstørrelse.

Fra 13. desember 2016 blir det også obligatorisk å merke alle ferdigpakkede mat- og drikkevarer med næringsdeklarasjon. Næringsdeklarasjonen skal inneholde informasjon om innhold av energi, fett, mettet fett, karbohydrater, sukkerarter, protein og salt.

Den nye matinformasjonsforskriften erstatter både merkeforskriften og næringsdeklarasjonsforskriften. Regelverket ble fastsatt i EU i 2011 og får virkning fra 13. desember 2014. Regelverket trer i kraft i Norge samtidig som i EU.

Matinformasjonsforskriften fastsetter det generelle regelverket om merking av mat- og drikkevarer, det vil si det regelverket som gjelder for merking av og informasjon om alle mat- og drikkevarer. I tillegg finnes det spesielle regler om merking som gjelder for nærmere avgrensede næringsmiddelgrupper.

Les mer om det nye regelverket på Mattilsynet sine sider. Her kan du også se eksempel på hvordan den nye merkingen vil bli. De viste lenkene er direkte klikkbare.

[Les mer om det nye regelverket for matinformasjon på Mattilsynet sine sider](#)

[Les forskriften for matinformasjon](#) (pdf)

[Les forordningen for matinformasjon](#) (pdf)

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2015 -1

Stikkord: Matmerking.

Forskning.no / NTB 12.12.2014:

Forskning på vevsprøver fra døde barn var ulovlig

Statens helsetilsyn fastslår nå at rettsmedisineres forskning på prøver fra døde barn uten å få foreldrenes samtykke på forhånd, var ulovlig.

Statens helsetilsyn er kommet til at det foreligger brudd på helseforskningsloven. For at Folkehelseinstituttet (FHI) skal kunne fortsette med forskningen, krever Helsetilsynet at pårørende blir informert om adgangen til å reservere seg mot forskning på organer fra sine døde barn, melder VG.

Den ulovlige prøvetakingen og forskningen har pågått i 30 år, ifølge VG, som først avslørte forholdene. Det er Rettsmedisinsk institutt, som nå er underlagt Folkehelseinstituttet som systematisk har tatt ut deler av hjerne, hjerte og andre organer fra 700 døde barnekropper til forskning.

Fra hjernen er det tatt ut 10-15 biter. Disse er blitt delt opp i rundt 2,5 centimeter lange og 2 millimeter tykke skiver og lagret til forskning. Det er også blitt tatt omfattende mengder vevsprøver fra lunger, nyrer, lever og andre organer fra de rettslig obduserte barna til forskning.

Dette er hele artikkelen fra Forskning.no. Du får også tilgang til den ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/forskningsetikk/2014/12/forskning-pa-vevsprøver-fra-dode-barn-var-ulovlig>.

Referansekode i 'Helserådet': HRE 2015 – 2

Stikkord: Obduksjoner.

Forskning.no 29.11.2014:

Dyreglede gir oss bedre helse

Kjæledyr gir ikke bare kos, men også mange helsefordeler.

Det kommer stadig studier som viser at dyr er viktig for helsen vår. En ny samlestudie spesifiserer at dyr kan gi mange fordeler for både unge og eldre.

Men ulemper finnes det også: Det kan være dyrt å ha kjæledyr, man kan få allergi mot pelsen, man kan bli bitt, og hundeeiere er mer utsatt for å falle når de er ute på tur, ifølge forskerne.

Det er gjort flere studier som antyder at hundene er det eneste dyret som har en betydelig innflytelse på eiernes helse, selv om andre kjæledyr er bra for oss, også. Dette er blant annet dokumentert av Deborah Wells, en psykolog ved Queens University i Belfast. Ifølge studien hennes har hundeeiere lavere blodtrykk og kolesterol, færre helseplager og alvorlige medisinske sykdommer. Hva det skyldes, er ikke helt klart, men en mulig forklaring kan ligge i at hunder er flinke til å fremme vår trivsel og skjerme oss for unødige stress.

Det kan også tenkes at hunder i seg selv trenger omsorg, og dette gjør at eierne for en mening med livet. Dessuten tvinger hundene sine eiere til å bli mer aktive, sammenlignet med andre kjæledyr. Med hjelp fra hunden, kan en person møte andre mennesker og komme i kontakt med ukjente folk.

Se hele artikkelen i forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/helse-dyreforsok-psykiske-lidelser-hus-og-hjem-psykologi/2014/11/dyreglede-gir-oss-bedre-helse-0>.

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2015 – 1

Stikkord: Dyr. Hunder.

NYHETSBREV FRA EMNEBIBLIOTEK FORGIFTNINGER

www.helsebiblioteket.no/forgiftninger

Nyhetsbrevet utgis av Emnebibliotek forgiftninger og kommer ut 2-4 ganger per år. På nettsiden Emnebibliotek forgiftninger finnes inngang til nyhetsbrevet i venstremenyen.

Innhold i nyhetsbrevet

1. Nye behandlingsanbefalinger fra Giftinformasjonen
2. Aktueltsaker siden forrige nyhetsbrev
3. Send forgiftningsepikriser til Giftinformasjonen
4. Diverse



Foto: Jartrud Wigen Skjerdal

1. Nye behandlingsanbefalinger fra Giftinformasjonen

Metoklopramid - behandlingsanbefaling ved forgiftning

Giftinformasjonen har utarbeidet en ny behandlingsanbefaling for metoklopramid.

<http://www.helsebiblioteket.no/forgiftninger/legemidler/metoklopramid-behandlingsanbefaling-ved-forgiftning>

Barbiturater – behandlingsanbefaling ved forgiftning

Giftinformasjonen har utarbeidet en ny behandlingsanbefaling for barbiturater. Samtidig er informasjon om fenobarbital fjernet fra den eksisterende behandlingsanbefalingen for eldre antiepileptika.

<http://www.helsebiblioteket.no/forgiftninger/legemidler/barbiturater-behandlingsanbefaling-ved-forgiftning>

Betablokkere – behandlingsanbefaling ved forgiftning

Giftinformasjonen har utarbeidet en ny behandlingsanbefaling for betablokkere.

<http://www.helsebiblioteket.no/forgiftninger/legemidler/betablokkere-behandlingsanbefaling-ved-forgiftning>

Petroleumsdestillater, aromatiske - behandlingsanbefaling ved forgiftning

<http://www.helsebiblioteket.no/forgiftninger/gasser-og-kjemikalier/petroleumsdestillater-aromatiske-behandlingsanbefaling-ved-forgiftning>

I tillegg er flere behandlingsanbefalinger gjennomgått/vurdert. Det er også gjort mindre endringer/oppdateringer som løpende vedlikehold av behandlingsanbefalingene.

Alle behandlingsanbefalinger

Totalt er det ca. 170 behandlingsanbefalinger i Emnebibliotek forgiftninger, fordelt på emnene:

- Gasser og kjemikalier: <http://www.helsebiblioteket.no/forgiftninger/gasser-og-kjemikalier>
- Legemidler: <http://www.helsebiblioteket.no/Forgiftninger/Legemidler>
- Næringsmidler: <http://www.helsebiblioteket.no/Forgiftninger/N%C3%A6ringsmidler>
- Planter: <http://www.helsebiblioteket.no/Forgiftninger/Planter>
- Rusmidler: <http://www.helsebiblioteket.no/Forgiftninger/Rusmidler>
- Sopp: <http://www.helsebiblioteket.no/Forgiftninger/Sopp>
- Stikk og bitt: <http://www.helsebiblioteket.no/forgiftninger/stikk-og-bitt>
- Ventrikkelskylling: <http://www.helsebiblioteket.no/Forgiftninger/Ventrikkelskylling>
- Brekningsfremkalling: <http://www.helsebiblioteket.no/Forgiftninger/Brekningsfremkalling>
- Kull: <http://www.helsebiblioteket.no/Forgiftninger/Kull>
- Antidoter: <http://www.helsebiblioteket.no/Forgiftninger/Antidoter>
- Annet: <http://www.helsebiblioteket.no/Forgiftninger/Annet>

Se: www.helsebiblioteket.no/forgiftninger

2. Aktueltsaker siden forrige nyhetsbrev

Petroleumsprodukter – flere behandlingsanbefalinger fra Giftinformasjonen

16.12.2014 Aromatiske og alifatiske hydrokarboner har forskjellig kjemisk grunnstruktur og forskjellig toksisitet. De nye behandlingsanbefalingene klargjør ventet symptombilde og aktuell behandling for de to kjemiske gruppene.

<http://www.helsebiblioteket.no/forgiftninger/aktuelt-arkiv/petroleumsprodukter>

Giftinformasjonen får ny organisasjonstilhørighet

16.12.2014 Fra 1. januar 2015 blir Giftinformasjonen en avdeling i Nasjonalt folkehelseinstitutt.

<http://www.helsebiblioteket.no/forgiftninger/aktuelt-arkiv/giftinformasjonen-far-ny-organisasjonstilhorighet>

Jule- og nyttårsforgiftninger

05.12.2014 Rundt juletider får Giftinformasjonen mange spørsmål om sesongrelaterte

produkter og planter.

<http://www.helsebiblioteket.no/forgiftninger/aktuelt-arkiv/jule-og-nyttarsforgiftninger%281%29>

Levometadon – dobbelt så toksisk som racemisk metadon

28.11.2014 Metadon foreligger vanligvis i racemisk form, men nå introduseres det et nytt og mer potent preparat. Oppmerksomhet kreves for å unngå overdoseringsuhell.

<http://www.helsebiblioteket.no/forgiftninger/aktuelt-arkiv/levometadon-dobbelt-sa-toksisk-som-racemisk-metadon>

Viktige endringer i behandlingsanbefalingene for akutte paracetamolforgiftninger

17.11.2014 Toksiske doser, risikofaktorer og behandlingsnomogrammet er noe av det som er endret i de nye behandlingsanbefalingene.

<http://www.helsebiblioteket.no/forgiftninger/aktuelt-arkiv/endrede-toksiske-doser-ved-akutte-paracetamol-forgiftninger>

3. Send forgiftningsepikriser til Giftinformasjonen

Epikrisene er viktige for å øke Giftinformasjonens erfaringsgrunnlag når det gjelder akutte forgiftninger. Vi oppfordrer behandlende lege og/eller sykehus til å sende anonymiserte epikriser om forgiftningstilfeller til Giftinformasjonen.

Epikrisene sendes til:

Giftinformasjonen, Helsedirektoratet, Pb 7000 St. Olavs plass, 0130 OSLO.

NB! Fra 1. januar 2015 blir Giftinformasjonen en avdeling i Nasjonalt folkehelseinstitutt. Fra da av blir postadressen:

Giftinformasjonen, Divisjon for miljømedisin, Nasjonalt folkehelseinstitutt, PB 4404 Nydalen, 0403 Oslo.

For mer informasjon: Se «Epikriser til Giftinformasjonen» under

<http://www.helsebiblioteket.no/forgiftninger/giftinformasjonen-22591300/epikriser-til-giftinformasjonen>

4. Giftinformasjonen får ny organisasjonstilhørighet

Se egen [nyhetssak](#) om flyttingen. Giftinformasjonen fortsetter med samme samfunnsoppdrag og døgnvakt som før, men flytter fra 1. januar 2015 over fra Helsedirektoratet til Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Hvordan abonnere på nyhetsbrev fra Emnebibliotek forgiftninger?

Meld deg på e-postliste for nyhetsbrev fra Emnebibliotek forgiftninger ved å sende e-post og skrive at du ønsker å motta nyhetsbrev. E-post: hks@helsebiblioteket.no

Bruk samme adresse om du vil melde deg av e-postliste for nyhetsbrev.

Send gjerne tips eller kommentarer til nyhetsbrevet, eller ønsker om nytt innhold i Emnebibliotek forgiftninger.

Ønsker du mer informasjon om Emnebibliotek forgiftninger og/eller Helsebiblioteket for øvrig:

Ta kontakt – vi prøver å imøtekomme ønsker om å komme på fagmøter og lignende.

E-post: hks@helsebiblioteket.no

For mer informasjon om behandlingsanbefalingene eller ved akutte forgiftninger:

Ring Giftinformasjonens døgnåpne rådgivningstelefon 22 59 13 00.

Forskning.no 28.11.2014:

Lufttørking av hendene sprer mye bakterier

Det er 27 ganger flere bakterier i luften rundt lufttørkere enn ved bruk av tørkepapir, ifølge britiske forskere.

Lufttørkere, som det finnes flust av på offentlige toaletter, tørker ikke bare hendene i blåsen. De sprer også en drøss med potensielt helse-skadelige bakterier rundt i luften.

Det er 27 ganger flere bakterier i luften rundt lufttørkeren enn ved bruk av tørkepapir, ifølge ny studie fra Leeds Universitet i England. I luftprøver tatt en og to meter unna tørkemaskinene, fant forskerne laktosebasiller. Disse bakteriene er ikke helsefarlige, men det at de spres i luften ved lufttørking, stadfester at skumlere bakterier også kan spres på samme måte.

Det var fremdeles bakterier i luften ved tørkemaskinene 15 minutter etter at testpersonene hadde tørket hender som var tildekt av laktosebasiller.

God hygiene er svaret

Mark Wilcox, professor ved School of Medicine og leder for forskningsteamet, påpeker at de nye funnene gir innsikt i hvordan bakterier blir spredd, og for hvor stor faren er for å bli syk.

- Neste gang du tørker hendene dine i tørkemaskin på offentlig toalett, sprer du muligens bakterier helt uten å vite det, sier Wilcox i en pressemelding.

Forskerne smurte inn hender til 60 testpersoner med laktosebasiller. De tok så 120 stikkprøver i luften nær lufttørkerne. De tok i tillegg separate tester med hender dekket med maling, for å undersøke spredningen av dråper. Dråpetesten viste at spredningen var verst ved bruk av lufttørkerne, framfor tørkepapir.

Nina Kristine Sorknes, seniorrådgiver ved Norsk folkehelseinstitutt, sier til forskning.no at det ikke er entydig hvilket tørkealternativ som er best. Noen studier viser bedre effekt med håndpapir enn lufttørkere, mens andre studier viser motsatt resultat.

En annen studie, også fra Storbritannia, viser at papir best fjerner bakteriene. (direkte klikkbar lenke). Bare halvparten så mange bakterier fantes på hendene etterpå, sammenlignet med å ikke tørke seg i det hele tatt.

Kraftig blås sprer sykdom

De britiske forskerne i den nye studien mener at lufttørkere er uegnet for bruk i helsevesenet. Der bør desinfisering av hendene være førstevalget.

Sorknes peker på at helsetjenesten anbefaler tørkepapir fremfor tørkemaskiner, fordi det tar for lang tid å få hendene skikkelig tørre og fordi den kraftige luftstrømmen kan blåse støv rundt, som også kan inneholde sykdomsfremkallende mikroorganismer.

- I helsesektoren er det godt nok med håndpapir, så der anbefaler jeg ikke tørkemaskinene. Jeg vil fortrinnsvis anbefale engangspapir av god kvalitet. Skal du få folk til å vaske og tørke seg skikkelig, må det være tilgang på skikkelig såpe og håndpapirer, sier Sorknes til forskning.no.

Referansekode i 'Helserådet': PER 2015 – 1

Stikkord: Håndvask.

Forskning.no 26.11.2014:

Unge pupper påvirkes av røyking

Pupper er umodne helt frem til første graviditet, så røyker du før du får ditt første barn, risikerer du brystkreft senere i livet.

- Det du gjorde tidlig i livet har en betydning senere, sier lege Eivind Bjerkaas.

Hans doktorgrad kan endelig dokumentere at røyking gir økt risiko for brystkreft, og at det er ungdomsrøykingen, tobakkinntaket før første graviditet, som er spesielt farlig.

- Man har ikke trodd at røyking var farlig med tanke på brystkreft, men det er det. At det i tillegg er spesielt farlig for unge damer, er ikke godt kjent og derfor oppsiktsvekkende.

Umodne pupper

Et kvinnebryst ses nemlig på som umodent helt frem til det skal amme sitt første barn. I perioden fra første menstruasjon til første fødsel,

er kvinnebrystet spesielt sårbart mot giftstoffene som er i røyk.

– I mikroskop kan man se at cellene i kvinnebrystet har en høy aktivitet helt frem til første amming. Brystet er under utvikling, celledelingen går fort, og hvis man da utsetter seg for giftstoffer, kan ting fort gå galt, forteller Bjerkaas som disputerte ved Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT i oktober.

I og med at kvinner i dag gjerne venter til de er i midten av 30-årene med å få sitt første barn, er perioden med umodne bryst spesielt lang.

Se hele artikkelen i forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/royking-kreft/2014/11/unge-pupper-pavirkes-av-royking>.

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2015 – 1

Stikkord: Røyking. Brystkreft.

Forskning.no 5.12.2014:

Røyking ødelegger y-kromosomet til menn

Kan forklare hvorfor røyking gir flere typer kreft hos menn, ikke bare i lungene.

Y-kromosomet er den delen av arvestoffet som gjør menn til menn. Våren 2014 ble det klart at hvis y-kromosomet ødelegges, så øker faren for kreft i alle deler av kroppen. Ødelagte y-kromosomer har vært regnet som en naturlig forandring som rammer gamle menn. Nå viser en ny studie at også røyking ødelegger y-kromosomene i blodceller.

Motiverer til å slutte

– Denne oppdagelsen kan være veldig overbevisende for å motivere røykere til å slutte, sier Lars Forsberg fra Uppsala universitet. Forsberg leder studien, som er publisert i tidsskriftet Science. Les hele artikkelen fra forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/helse/2014/12/royking-odelegger-y-kromosomet-til-menn>.

Referansekode i 'Helserådet': TOB 2015 – 1

Stikkord: Kromosomfeil. Y-kromosomfeil.



Cochrane-oversikt

Flere barn får vaksine etter opplæring

Publisert 24.11.2014 11:58

Informasjon og opplæring om barnevaksinasjon rettet mot lokalsamfunn kan føre til at flere barn får vaksine. Slik konkluderer en ny Cochrane-oversikt gjort av forskere ved Kunnskapssenteret.

I Norge er det stor oppslutning om barnevaksinasjonsprogrammet, selv om noen er skeptiske til vaksiner. I mange andre land er situasjonen at man ikke har tilgang på vaksiner eller mangler informasjon om vaksinasjon.

Forskerne i Cochrane-samarbeidet har sett på tiltak for å bedre informasjon og kunnskap om barnevaksinasjon i lokalsamfunn i lav- og middelinntekts land.

Flere barn får vaksine

– Vi fant at informasjons- og opplæringstiltak kan forbedre kunnskapen om vaksine og om sykdommer som kan forebygges med vaksine. Tiltakene kan også endre holdningene til vaksiner til å bli mer positive blant småbarnsforeldre. Disse funnene er imidlertid usikre, sier forsker og prosjektleder for oppsummeringen Ingvil Sæterdal.

– Men, vi kan med større sikkerhet si at tiltakene faktisk fører til at flere barn får vaksine, fortsetter hun.

Tiltakene

Forskerne identifiserte to studier, fra India og Pakistan, som sammenlignet typer av tiltak.

Ett tiltak var å oppfordre familier, lærere, barn og landsbyledere til å delta på informasjonsmøter om barnevaksinasjon, der de også kunne stille spørsmål. Et annet tiltak var å invitere vel ansette personer til å diskutere vaksinedekning i eget lokalsamfunn. De skulle også diskutere kostnader og fordeler ved barnevaksinasjon, og de ble spurt om å lage lokale handlingsplaner, dele informasjon og fortsette diskusjonen i lokalsamfunnet.

Begrenset kunnskapsgrunnlag

Oversikten gir begrenset grunnlag for å ta informerte beslutninger om implementering av denne typen tiltak. Tiltakene kan kreve store ressurser når de skal nå større populasjoner. Derfor må man vurdere kostnadseffektiviteten før slike tiltak tas i bruk.

– Hvis slike tiltak skal implementeres i lokalsamfunn, bør det samtidig gjøres en evaluering slik at vi kan bygge kunnskap om disse tiltakene, avslutter Sæterdal.

Cochrane-oversikten [Interventions aimed at communities to inform and/or educate about early childhood vaccination](#) (direkte klikkbar lenke)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 3

Stikkord: Vaksinasjon. Vaksinasjonsopplæring. Cochrane.



Oppdatert 01.12.14 Nyheter

– Prioriter dem som ikke har kontroll over hiv-smitten!

Store rus- og psykiatriproblemer blant de dårligst stilte hiv-pasientene, forteller infeksjonslege Bente Magny Bergersen.

Ifølge overlege Bente Magny Bergersen i infeksjonsmedisinsk avdeling ved Oslo universitetssykehus er det nå slik at det store flertallet av hiv-smittede lever godt med sykdommen. Dermed bør hiv-behandlingen framover konsentrere seg om segmentet blant hiv-smittede som håndterer sykdommen dårlig.

Slik lyder Bergersens budskap på et debattmøte i dag, i anledning verdens aidsdag, der hun tar opp utfordringer knyttet til behandlingen av hiv-pasienter i framtida.

– Det er en gruppe på mellom 10 og 20 prosent av de hiv-smittede som har problemer med å ta vare på seg selv, og som ikke klarer å kontrollere sykdommen. I denne gruppen er det større smittefare. Mange har rusproblemer, psykiske lidelser og store psykososiale utfordringer. Noen av dem mangler også oppholdstillatelse, og har derfor færre rettigheter, sier hun.

Se hele artikkelen i Dagens Medisin ved å gå inn på eller klikke på http://www.dagensmedisin.no/nyheter/-prioriter-dem-som-ikke-klarer-a-handtere-hivsmitten/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 8

Stikkord: Hiv. Rus. Psykisk lidelse.



Helsedirektoratet

Beredskap mot ebola

Helsedirektoratet har i samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt utarbeidet en nasjonal beredskapsplan mot ebola. Planen skal støtte sykehus og kommuner i beredskapsarbeidet.

– Det er svært lite sannsynlig at vi får spredning av ebola i Norge, men vi kan ikke utelukke at vi får enkelttilfeller. Fordi ebola er en svært alvorlig sykdom, er det viktig at helsetjenesten er godt forberedt. Ebolaplanen et viktig verktøy i beredskapsarbeidet, sier helsedirektør Bjørn Guldvog.

Den nasjonale ebolaplanen er et verktøy for dem som har ansvar for planlegging av beredskap i sykehus og kommuner.

Planen beskriver blant annet:

- Hvem som har ansvar for hva ved mistanke om eller bekreftet ebola
- Rutiner for varsling, transport og isolering
- Rutiner for samarbeid mellom ulike aktører

Ebolaveilederen

Den nye ebolaplanen må ses i sammenheng med [ebolaveilederen](#) (direkte klikkbar lenke) som Folkehelseinstituttet publiserte i høst.

Veilederen er laget for dem som skal behandle pasienter ved mistanke om eller bekreftet ebola.

Veilederen gir detaljerte råd blant annet om diagnostikk, behandling, smittevern, transport og anbefalt utstyr. Den inneholder også råd til helsepersonell og andre som har vært i ebolarammede områder, og til helsepersonell som har behandlet ebolasyke i Norge.

CBRNe-senteret (CBRNe står for Chemical, Biological, Radiological, Nuclear and explosives) har utarbeidet [faglige råd for prehospita håndtering av pasienter med mistanke om eller bekreftet ebola](#) (direkte klikkbar lenke)

Disse rådene er en del av veilederen.

Sentralisert behandling

Det er i dag en sentralisert modell for behandling av ebola. Pasienter skal fortrinnsvis behandles ved Oslo Universitetssykehus. Oslo universitetssykehus har også et team som kan rykke ut og bistå sykehus ved behandling lokalt. Tilsvarende har Folkehelseinstituttet et team som kan rykke ut og bistå sykehus og kommuner med smitteoppsporing og kommunikasjonstiltak

Gjelder fra 10. desember

Planen er foreløpig og sendes på høring nå, men på grunn av den aktuelle situasjonen gjelder planen fra 10. desember 2014.

Planen kommer til å inngå som del av et overordnet planverk mot alvorlig smittsomme sykdommer som skal være ferdig sommeren 2015.

Helsedirektoratet ber nå om innspill på de tiltakene som er beskrevet i planen og på hva som eventuelt mangler. Frist for å gi innspill er 1. februar 2015.

Mer om [Ebola](#) (klikkbar lenke)

Publisert: 11.12.2014 Endret: 11.12.2014

MER HOS OSS

- [Ebolaplanen](#) (klikkbar lenke)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 -16

Stikkord: ebola



Einar Braaten: Kommunelegens blogg 29.11.2014:

Vil du blive noget, må du lære noget

Noen ganger leser jeg bare noe som får det til å klikke på plass i hodet mitt! Jeg har jobbet med å lage folkehelseplan i begge kommunene jeg jobber i. Folkehelseloven bestemmer at vi skal undersøke og følge opp hva som kan være viktige forbedringsområder i kommunen. I begge Eikerkommunene har vi mange ungdommer som slutter før de har fullført videregående skole. I forslagene til folkehelseplan for begge kommuner er øverste prioriterte tiltak arbeidet med å øke trivsel, forebygge mobbing og finne tiltak som gjør at barn synes det er morsomt og interessant å gå på skolen.

Thomas Nordahl er professor i pedagogikk på høgskolen i Hedmark. Han har skrevet en kjempegodt innlegg i Tidsskrift for Den norske legeforening med overskriften: "[Skolens betydning for det videre livsløpet](#)" (direkte klikkbar lenke). Hele artikkelen er en meget god begrunnelse for å fokusere folkehelsearbeidet i våre kommuner på barna: barnehagen og grunnskolen.

Les artikkelen! Her noen gullkorn jeg mener er viktigst fra Nordahls artikkel:

"Dagens foreldre kan være helt sikre på én ting – at barna deres kommer til å måtte leve av skolegangen sin. Barnas videre utdanning, arbeidsdeltakelse, helse og sosiale deltakelse er avhengig av hvordan de mestrer skolen"

"Av dem som ikke kommer gjennom videregående opplæring med studie- eller yrkeskompetanse, er om lag 20 % i Nav som 25-åringer."

"Livsløpet avgjøres ikke først og fremst i den videregående opplæringen – det er grunnskolen som er marginaliseringsgeneratoren i samfunnet."

"Videre vet vi at kun 13 % av dem som går ut av grunnskolen i Norge med lavere karakterer enn 3 i gjennomsnitt, mestrer videregående opplæring"

"Om vi fikk 100 ekstra ungdommer gjennom videregående opplæring og inn i arbeidslivet, ville besparelsene være på 40 millioner kroner per år i 42 år."

"Læring gir opplevelsen av å være del av et fellesskap, og mestring gir motivasjon og lyst til å lære mer."

"Aldri tidligere har læreren vært viktigere for de unges fremtid enn i dag. I skolen foregår det mye lærings- og helsefremmende arbeid, og når lærerne lykkes, er skolen utvilsomt den viktigste forebyggende arenaen i samfunnet".

Dette synes jeg er så godt skrevet om begrunnelsen for at vi i våre kommuner må satse på barnehage og skoler for å bedre nesten alle sider av folkehelsen til vår befolkning! Det viser det lange strekket vi må jobbe i for å utligne sosiale forskjeller og bidra til at dagens barn kan unngå mange av de sosiale, psykiske og fysiske helseplagene vi ser i befolkningen i dag!

Det er desideret den viktigste artikkelen i Tidsskriftet på lenge! (sjøl om det står bakerst i siste utgave, på side 2224!).

Referansekode i 'Helserådet': UNG 2015 -1

Stikkord: Sosial ulikhet i helse. Braaten, Einar.

Forskning.no 1.12.2014:

Oppfølging av overvektige barn ga suksess

En artikkel fra UiT Norges arktiske universitet.

To år med tett oppfølging reduserte overvekten hos barn i Finnmark. Aller størst var effekten hos gruppen som i tillegg fikk møte andre familier med overvektproblematikk.

– Min studie viser at alle kommuner må gi barn med overvekt et ordentlig tilbud – så tidlig som mulig.

Det sier overlege Ane Kokkvoll ved Finnmarkssykehuset. Hun har i sin doktorgrad ved UiT - Norges arktiske universitet, hatt fokus på barnefedme, som er et økende problem i dagens samfunn.

Hun tok utgangspunkt i en undersøkelse i Finnmark som viste at blant førskolebarn født i 1999 og 2000 slet 16 prosent av guttene og 22 prosent av jentene med overvekt eller fedme. Noe som er høye tall sammenlignet med andre studier i landet gjort på samme tid, ifølge Kokkvoll.

Se hele artikkelen fra forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/overvekt/2014/11/oppfolging-av-overvektige-barn-ga-suksess>.

Referansekode i 'Helserådet': UNG 2015 – 2

Stikkord: Overvekt.

DAGENS
Medisin

Nyheter 9.12.2014:

Fedme hos mor koblet til økt spedbarnsdødelighet

Forskere har analysert sammenhengen mellom mødres BMI og risikoen for spedbarnsdødelighet.

I en artikkel publisert i [British Medical Journal \(BMJ\)](#) (klikkbar lenke) har svenske forskere, i en kohortstudie basert på opplysninger fra det medisinske fødselsregisteret, analysert data om én million kvinner og deres 1,8 millioner barn.

BMI og risiko

Barna ble født i perioden 1992 og 2010.

Forskerne har sett på sammenhengen mellom mødrene kroppsmasseindeks, BMI, og risikoen for spedbarnsdødelighet.

Alle mødrene var 33 prosent overvektige – de hadde en BMI på, eller over, 25.

Økende BMI var koblet til økt spedbarnsdødelighet fra 2,4 tilfeller per 1000 blant normalvektige kvinner (BMI fra 18,5 til 24,9) – til 5,8 tilfeller per 1000 kvinner med fedme målt ved BMI på 40 eller høyere.

For tidlig fødsel

Ifølge Läkartidningen har man i tidligere forskningsprosjekter vist at forhøyet BMI hos kvinner øker risikoen for blant annet en for tidlig fødsel.

Anne Grete Storvik

anne.grete.storvik@dagensmedisin.no

Hele artikkelen fra Dagens Medisin er gjengitt her. Du finner den også ved å gå inn på eller klikke på

http://www.dagensmedisin.no/nyheter/fedme-hos-mor-koblet-til-okt-spedbarnsdodelighet/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified

Referansekode i 'Helserådet': UNG 2015 – 4

Stikkord: Fedme. Spedbarnsdødelighet. Dagens Medisin.

Gemini.no – Forskningsnytt fra NTNU og SINTEF 28.11.2014

Ensomhet gir frafall i skolen

Elever som ikke har venner eller som opplever liten sosial støtte fra læreren sin, dropper oftere ut av videregående skole.

Hele 30 prosent av elevene som begynner på videregående skole i Norge, har ikke fullført utdanningen etter fem år.

Noen av dem prøver, men stryker på eksamen. Andre trenger mer enn fem år på å fullføre. Rundt 17 prosent av elevene bestemmer seg rett og slett for å slutte før de er ferdige med skolegangen.

Forskere ved Pedagogisk institutt, NTNU, ønsket å se nærmere på årsakene til at disse elevene mister interessen for skolen. De fant ut at ensomhet er den klart viktigste årsaken til elevens intensjon om å slutte i videregående skole.

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

http://gemini.no/2014/11/ensomhet-gir-frafall-i-skolen/?utm_source=RSS+Nyhetsbrev&utm_campaign=b032220ae7-RSS_EMAIL_CAMPAIGN&utm_medium=email&utm_term=0_de4d883975-b032220ae7-68291033

Referansekode i 'Helserådet': UNG 2015 – 3

Stikkord: Drop out. Frafall i skole.

Forskning.no 15.12.2014:

Kutt i støtte til alenemødre ga dårligere skoleresultater for barna

Da støtten til alenemødre ble kuttet på slutten av 90-tallet, kom flere av dem ut i jobb. Det gikk imidlertid ut over barna deres, som ifølge ny forskning viser at barna fikk vesentlig dårligere karakterer.

En artikkel fra

[Norges Handelshøyskole](#) (klikkbar lenke)

På slutten av 1990-tallet ble overgangstøtten til aleneforeldre kuttet kraftig. Før reformen kunne de motta økonomisk støtte inntil det yngste barnet var 10 år og skulle begynne i 3. klasse.

Rundt 60 prosent av alenemødrene fikk denne støtten i en kortere eller lengre periode. Etter reformen falt andelen til 30 prosent.

På papiret ser altså dette ut som en vellykket reform.

Ble sosialklienter istedet

Men i sin doktoravhandling viser Katrine Holm Reiso at mange enslige mødre byttet over til alternative trygdeytelser. De ble ikke selvfor-
sørgende selv om de forsvant ut av statistikken for overgangsstønad.

– Mange ble sosialklienter eller mottok andre typer stønader. Det skjedde en trygdesubstitusjon, sier Reiso, som er tilknyttet Institutt for
samfunnsøkonomi og The Center for Empirical Labor Economics (CELE).

I avhandlingen ønsket hun også å se på langtidseffektene av reformer i velferdssystemet.

Hva har det å si for barna, når mødre ikke lenger har rett til overgangsstønad og må over på sosialhjelp eller er mye borte fra hjemmet
på grunn av jobb?

Se hele artikkelen fra Forskning.no ved å gå inn på eller klikke på
<http://forskning.no/skole-og-utdanning-velferdsstat/2014/12/barna-gjor-det-darligere-pa-skolen> .

Referansekode i 'Helserådet': ULI 2015 -1

Stikkord: Alenemødre. Skoleprestasjoner.

Forskning.no 15.12.2014:

Smarte folk overlever oftere hjerteinfarkt

Folk med høy intelligens overlever oftere hjerteinfarkt enn folk med lav intelligens, ifølge en ny norsk-svensk studie.

[Studien](#) (klikkbar lenke) er basert på 1.923 svenske menn som fikk hjerteinfarkt mellom 1991 og 2007.

– Vi fant at det var en sammenheng mellom økt dødelighet som følge av diagnosen og lavere intelligens, sier psykolog og doktorstipendiat
Alma Sörberg Wallin ved Karolinska institutet til [Dagens Medisin](#) (klikkbar lenke).

Forskerne fant imidlertid ingen sammenheng mellom intelligens og tilbakefall.

– Selv om vi vet at personer med høyere intelligens har en mer positiv risikoprofil, som at de røyker mindre og har en bedre sosioøkonomisk
situasjon, reduserte ikke dette tilbakefall, sier Wallin.

Det er hele artikkelen i Forskning.no. Du får også tilgang til den ved å gå inn på eller klikke på
<http://forskning.no/helse/2014/12/smar-te-folk-overlever-oftere-hjerteinfarkt> .

Referansekode i 'Helserådet': ULI 2015 – 2

Stikkord: Hjerte- og karsykdom. Intelligens.

Forskning.no 8.12.2014:

Noroviruset endelig fanget

Norovirus er en riktig rojal plage som herjer hele verdens befolkning med sine elleville kuler av oppkast og diare.

Viruset står bak over en million sykehusinnleggelser og mer enn 200 000 dødsfall i året. Og selv om de aller fleste overlever elendigheten,
kan man jo bare gjette seg til hvor mye den ørlille plageånden koster samfunnet.

Dermed tvinger også spørsmålet seg fram: Hvorfor i all verden har ingen funnet opp en medisin? Eller en vaksine?

Se hele artikkelen fra Forskning.no ved å gå inn på eller klikke på http://forskning.no/2014/12/noroviruset-endelig-fanget?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified .

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 17

Stikkord: Noro-virus.

Ti ting du bør vite om narasin og kylling

I fjor gikk det med 12,5 tonn av førtilsetningen narasin i norsk kyllingsproduksjon. Her får du svar på hva dette betyr for kyllingen og deg som spiser den.

Hvor risikabelt er det å spise kylling som er tilsatt narasin, og hva er egentlig dette middelet?

Debatten har gått høyt om norsk kyllingproduksjon etter at flere forskere har gått ut i mediene og advart mot å spise kylling.

Vi har bedt forskere ved NMBU som har forsket på fôr, antibiotika og dyrevelferd om å gi oss en oversikt over hva som er fakta og hva som eventuelt kan gjøres for at vi som forbrukere kan være sikre på at kyllingen vi spiser er trygg.

Forskerne vi har spurt er Yngvild Wasteson, Henning Sørum, Trine L'Abée-Lund, Olav Reksen, Randi Moe og Lucy Robertson. De har laget en liste med ti punkter som du bør kjenne til rundt fjørfeproduksjon og bruk av narasin.

Se hele artikkelen fra forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/mat-veterinaermedisin/2014/12/ti-ting-du-bor-vite-om-narasin-og-kylling>.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 12

Stikkord: Narasin. Kylling.



Blogger 8.12.2014:

Vaksiner i kampen mot resistens

En satsing på vaksiner og utvikling av nye behandlingsmetoder for infeksjoner er helt nødvendig for å ta opp kampen mot antibiotikaresistens, skriver Karita Bekkemellem.

Økt utbredelse av antimikrobiell resistens og utilstrekkelig forebygging av infeksjoner har skapt et sterkt behov for både global og nasjonal handling. Vi mener derfor det er helt riktig å fremme en nasjonal handlingsplan på dette området.

Se hele blogginnlegget ved å gå inn på eller klikke på http://www.dagensmedisin.no/blogg/karita-bekkemellem/vaksiner-i-kampen-mot-resistens/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 13

Stikkord: Vaksiner. Antibiotikaresistens.

Camilla Stoltenberg æresdoktor

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113064>.

Folkehelseinstituttets direktør hedret av Københavns Universitet.

-Jeg synes selvsagt det er stas at arbeidet jeg brenner for blir satt pris på, men denne utmerkelsen er først og fremst en ære for fagfeltet jeg representerer. Folkehelse når sjelden helt opp i vurderingen av ærespriser i medisin, sier Stoltenberg.

Men for ledelsen ved det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Københavns Universitet var den erfarne forskeren og professoren et naturlig valg som æresdoktor. De peker på at Stoltenberg er en sterk stemme som har brukt sin kunnskap til å løfte fram viktige samfunnsmessige problemstillinger.

Hedres for MoBa

De la særlig vekt på Stoltenbergs banebrytende arbeid med Den norske mor og barn-undersøkelsen (MoBa) til grunn i tildelingen av den høyeste akademiske utmerkelsen man kan få. Stoltenbergs forskning på utviklingsforstyrrelser hos barn er av stor internasjonal betydning. Hun roses også for sitt mangeårige engasjement for innvandrerhelse.

Dekan Ulla Wewer understreket i ærestalen at Stoltenbergs arbeid har vært til stor inspirasjon, og at Københavns Universitet ser fram til å fortsette det gode samarbeidet de har hatt med henne gjennom mange år.

Hovedpersonen selv er opptatt av at hun ikke er alene om arbeidet hun hedres for.

-Jeg har samarbeidet med mange dyktige kolleger, som har lagt et godt grunnlag for videre forskning og helseanalyse. Jeg vil veldig gjerne dele æren med dem, sier en ydmyk Stoltenberg.

En sterkere stemme

Da Stoltenberg begynte å studere medisin på slutten av 1970-tallet var hun opptatt av å forene samfunnsvitenskap og medisin. Stor nysgjerrighet, kombinert med et sterkt samfunnsengasjement, gjorde at forskning ble et naturlig valg videre. I 30 år har hun viet sin karriere til å øke egen og andres kunnskap.

Men selv om både Stoltenberg og hennes kolleger i Norge og verden over har gjort mye på kort tid, er det fortsatt mange ubesvarte spørsmål som krever en snarlig løsning. Folkehelsedirektøren er blant annet bekymret over at det ennå ikke finnes en god løsning på den store folkehelseutfordringen som overvekt og fedme representerer. For Stoltenberg og hennes forskningskolleger vil det være en fallitterklæring dersom slankeoperasjoner blir framtidens løsning på det økende samfunnsproblemet.

-Jeg skal bruke utmerkelsen til å sette folkehelseforskningen behørig på kartet, lover den nyutnevnte æresdoktoren.

Føre var-forskning

-Hva skal til for å komme nærmere en løsning på folkehelseutfordringene vi står overfor?

-Det er to store ting. Vi må finne ut hvilke tiltak som favner bredt i samfunnet. Ved å gjøre det på en metodologisk sterk måte, som er vel så bra som klassiske kliniske utprøvinger av folkehelse tiltak, kan folkehelse styrke sin posisjon. For det er en type kunnskap som det er stort behov for, understreker Stoltenberg, og fortsetter:

-Det andre er å bruke ressursene som finnes i store befolkningsundersøkelser, registre og biobanker. Det er helt avgjørende for å gjøre nye oppdagelser som kan føre oss videre. Det kan være oppdagelser om genetiske årsaksfaktorer, kosthold, fysisk aktivitet eller infeksjoner som årsak til sykdom og død.

Folkehelsesjefen understreker at mye av styrken til MoBa er et resultat av at deltakerne i studiene må svare på spørsmål om sykdom før den melder seg. Hun peker på at resultatene MoBa har gitt, og kommer til å gi framover, viser at vi trenger å handle mer proaktivt i folkehelsearbeidet. Fordi kunnskap om våre vaner og uvaner i dag kan gi oss viktige svar på hvorfor vi senere utvikler en sykdom eller ikke.

-Jeg ønsker at vi i større grad enn i dag blir bedt om å dele informasjon om våre levevaner, som for eksempel røyking, snusbruk, kosthold og fysisk aktivitet, når vi er hos legen. Dersom vi kan klarer å kombinere dette med helseundersøkelser hvor man går mer i dybden vil vi få langt bedre informasjon og oversikt, noe som kan gi oss mange svar på kort tid.

Publisert: 28.11.2014, endret: 01.12.2014, 15:33

Mini-CV

Camilla Stoltenberg har studert sosiologi og medisin ved Universitetet i Oslo, og medisinsk antropologi ved University of California.



Camilla Stoltenberg ble kreert til æresdoktor ved Københavns Universitet. Seremonien ble holdt i forbindelse med universitetets årsfest.
Foto: Jens Fink-Jensen

Hun har tatt doktorgrad om spredbarsdød, sosial ulikhet og inngifte i innvandrergupper. Stoltenberg har også vært gjesteforsker ved Colombia University.

Referansekode i 'Helserådet': RED 2015 – 1

Stikkord: Stoltenberg, Camilla.

Norovirusseongen er like om hjørnet

Helseinstitusjoner bør være forberedt på norovirus-utbrudd

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113122>.

Med høsten og vinteren kommer utbrudd med norovirusenteritter, særlig ved kommunale helseinstitusjoner. Man kan i de nærmeste ukene forvente utbrudd av viruset i helseinstitusjoner. Beste forebyggende tiltak ved slike utbrudd er god håndhygiene, dvs. hyppig håndvask med såpe og rennende vann. Alkoholbasert hånddesinfeksjon har mindre effekt mot norovirus.

Norovirus er svært smittsomt og så lite som 10-100 viruspartikler er tilstrekkelig til å forårsake sykdom. Nærdråpe- og kontaktsmitte er de vanligste smittemåtene ved utbrudd i institusjoner. De syke er mest smittsomme mens de har oppkast og diaré, men de er også smittsomme i en kort periode før symptomstart og et par dager etter tilfriskning.



Norovirus er den klart vanligste årsak til utbrudd av smittsomme sykdommer i helseinstitusjoner. I 2013 ble det til Folkehelseinstituttet system for utbruddsvarsling (Vesuv) meldt 72 utbrudd i helseinstitusjoner forårsaket av norovirus. Av disse var 56 i sykehjem, og ca. 67 prosent av utbruddene i sykehjem ble rapportert i vintermånedene januar, februar og mars. Det er antagelig en betydelig underreportering av slike utbrudd ved sykehjem.

Forebyggende tiltak i helseinstitusjoner

Folkehelseinstituttet har utarbeidet brosjyre med informasjon og veiledning om håndtering av slike utbrudd i kommunale helseinstitusjoner:

- [Norovirus i kommunale helseinstitusjoner \(pdf\)](#) (klikkbare lenke)

Det viktigste forebyggende tiltaket for ved utbrudd i helseinstitusjoner er god hånd- og kjøkkenhygiene. Med god håndhygiene menes hyppig håndvask med såpe og rennende vann. Ved norovirusutbrudd er det spesielt viktig med mekaniske rengjøring med såpe og vann for å fjerne virus. Studier har vist at alkoholbasert hånddesinfeksjon har mindre effekt mot norovirus. Se også [råd til befolkningen om forebygging av omgangssjuka som skyldes norovirus](#). (klikkbare lenke)

Ved mistanke om norovirusinfeksjon er det viktig at man, for å hindre videre smittespredning, raskt iverksetter tiltak. Det viktigste enkelttiltaket ved siden av skjerpet håndhygiene er isolasjon av den eller de som er syke. Ledelsen ved institusjonen, smittevernpersonale og kommunelegen bør informeres raskt og det bør defineres en person som er ansvarlig for utbruddshåndteringen.

Varsling om utbrudd

Ved mistanke om utbrudd av norovirus ved en helseinstitusjon skal man varsle kommunelegen og Nasjonalt Folkehelseinstitutt gjennom system for utbruddsvarsling (Vesuv), www.vesuv.no. Hvis det har gått mer enn fire dager fra siste syke pasient eller ansatt ble symptomfri, til neste sykdomstilfelle, varsles det som to separate utbrudd. Utbrudd på flere avdelinger på samme helseinstitusjon, der man regner det som lite sannsynlig at smitte har skjedd mellom avdelingene, varsles som separate utbrudd.

Publisert: 03.12.2014, endret: 15.12.2014, 13:06

Se også: (direkte klikkbare lenker)

- [Guidelines for the management of norovirus outbreaks in acute and community health and social care settings \(England, 2012\)](#)
- [Updated Norovirus Outbreak Management and Disease Prevention Guidelines \(CDC, 2011\)](#)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015- 10

Stikkord: Noro-virus.

Hivsituasjonen i Norge hittil i 2014

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113071> .

Foreløpige tall fra Folkehelseinstituttet viser en relativ stabil hivsituasjon i Norge selv om det ligger an til en moderat økning i diagnostisert hivtilfeller i 2014 i forhold til 2013. Kondombruk, økt testaktivitet og flere hivsmittede på effektiv behandling er de viktigste forebyggende tiltakene.

Blant menn som har sex med menn (msm) holder hivtallene seg vedvarende høye. Blant innvandrere smittet heteroseksuelt før ankomst til Norge fortsetter trenden med færre påviste hivpositive, mens blant heteroseksuelt smittede bosatt i Norge vil hivtallene for 2014 bli på nivå med gjennomsnittet de siste årene.

Det er hittil i 2014 meldt 193 nye hivtilfeller til Folkehelseinstituttet, 143 menn og 53 kvinner. I tillegg er det påvist 30 hivtilfeller ved laboratoriene som legene ennå ikke har meldt til MSIS, og som foreløpig ikke er inkludert i hivstatistikken. Dersom denne utviklingen holder seg ut 2014 vil det bli diagnostisert omlag 250 nye tilfeller i år mot 233 i 2013.

Totalt er det per 28.11.14 meldt 5567 hivtilfeller i Norge, 3761 menn og 1806 kvinner.

Tabell 1. Hivinfeksjon i Norge etter smitemåte og diagnoseår (Meldt MSIS per 28.11.14)												
Smitemåte	<05	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	Total
Heteroseksuell	1434	134	165	141	185	171	157	155	142	123	102	2908
- smittet mens bosatt i Norge	485	33	42	41	46	44	57	46	46	31	38	909
- smittet før ankomst Norge	949	101	123	100	139	127	100	109	96	92	64	1999
Homoseksuell	964	56	90	77	92	88	85	97	76	98	84	1808
Sprøytemisbruk	501	20	7	13	12	11	11	10	11	8	5	609
Via blod/-blodprodukt	46	0	0	0	0	10	0	0	0	0	1	48
Fra mor til barn	35	5	6	9	4	4	1	4	7	1	3	79
Annen/ukjent	63	4	9	8	6	9	4	2	6	3	1	115
Total	3043	219	277	248	299	284	258	268	242	233	196*	5567

* Representerer kun meldte tilfeller frem til 28. november 2014. Det er i tillegg diagnostisert 30 hiv tilfeller i 2014 som legene ennå ikke har meldt til MSIS.

Tidlig diagnostikk og god oppfølging

- Vi regner med at de mange nysmittede med høye virusmengder i blodet som ikke kjenner sin hivstatus, er en viktig faktor for de høye smittetallene blant msm. Tidlig diagnostikk er derfor et viktig tiltak, sier seniorrådgiver Øivind Nilsen ved Avdeling for infeksjonsovervåking.

- Dette gjelder selvsagt ikke bare i forhold til msm, men hos alle som kan ha utsatt seg for hiv smitte, sier han.

Tidlig diagnose ved hivinfeksjon har stor betydning for å hindre videre smittespredning både ved å gi effektiv behandling som fører til sterkt redusert smittsomhet og ved god smittevernveiledning og oppfølging. Det anslås at minst 500-700 personer i Norge er hiv-smittet uten å vite det. Det såkalte mørketallet består særlig av menn som har sex med menn, heteroseksuelt smittede menn og en del innvandrere som ikke har blitt fanget opp av tilbudet om hivtest ved ankomst til Norge. Alle som har vært i en risikosituasjon for hiv-smitte bør ta en hiv test og det er viktig at fastlegene er mer aktive i å kartlegge mulig smitterisiko og evt. tilby sine pasienter å få tatt en hivtest. Folkehelseinstituttet har denne uken, som i fjor, deltatt sammen med andre norske aktører i en europeisk kampanje for økt hivtesting i befolkningen.

Denne kampanjen og mer informasjon om hiv-testen og hiv-testing finner du her: (direkte klikkbare lenker)

- [Snakk om hiv. Ta en hiv test!](#)
- [Ønskelig med mer hivtesting i primærhelsetjenesten](#)

Menn som har sex med menn

Antall hivtilfeller blant msm vil i 2014 trolig komme opp mot samme høye nivå som i 2013. På denne tid i fjor var det til sammenligning meldt 75 tilfeller blant msm.

- Menn som har sex med menn er den desidert mest smitteutsatte gruppe i Norge både i forhold til hiv, gonorré og syfilis, sier Nilsen. Han har jobbet med hiv overvåkingen i Norge siden starten i 1986 og følger den epidemiologiske situasjonen tett for alle de tre sykdommene.

Heteroseksuell smitte

Blant innvandrere fra områder med høy forekomst av hiv fortsetter trenden med lavere hivtall. Dette er en naturlig følge av at det de siste årene har kommet færre asylsøkere fra land med høy hivforekomst til Norge i forhold til toppårene 2008-2009. I likhet med msm, må flyktninger, asylsøkere og familiejenforente fra land med høy hivforekomst, fortsatt gis høy prioritet i hivarbeidet.

Blant heteroseksuelle som er smittet mens de er bosatt i Norge vil det i 2014 bli påvist fler hiv positive enn i 2013, men på nivå med gjennomsnittet for de siste fem årene. Det er så langt i år meldt 38 hivtilfeller i denne gruppen, 25 menn og 13 kvinner. Blant heteroseksuell ungdom i Norge påvises hiv fortsatt sjeldent.

Andre

Forekomsten av hiv blant stoffmisbrukere i Norge holder seg fortsatt på et stabilt lavt nivå med rundt ti påviste tilfeller i året. Mor/barn smitte er under god kontroll i Norge. De tre barna meldt med hivinfeksjon i 2014 er alle innvandrere smittet i høyendemisk fødeland. Det ene tilfellet meldt smittet ved blodtransfusjon antas smittet i utlandet for mange år siden.

Statistikk for hiv/aids og andre seksuelt overførbare infeksjoner oppdateres daglig og er fritt tilgjengelig for alle på www.msis.no. Publisert: 28.11.2014, endret: 03.12.2014, 07:55

Se også: (direkte klikkbare lenker)

- [Joint press release on HIV and AIDS in Europe, ECDC 2014.pdf](#)
- [Om hivinfeksjon - informasjon og hjelp til å orientere seg for deg som har fått en positiv hivtest](#)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 6

Stikkord: Hiv. Aids.

Nytt revidert opplag av heftet «Om hivinfeksjon»

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113092>.

Informasjonsheftet er først og fremst beregnet for personer som nylig har mottatt en positiv hiv-test. Det legges spesielt vekt på fakta om hiv, utvikling av hivinfeksjon og behandling. I tillegg inneholder heftet ulike temaer som kosthold, reiser og vaksinasjoner samt spørsmål om sikrere sex og seksualitet.

"Om hivinfeksjon" omhandler i tillegg lover og rettigheter, og gir konkrete svar på hvor det er mulig å henvende seg for å få hjelp og råd. Heftet kan også være nyttig for familie og venner til personer med hivinfeksjon samt helsepersonell og andre som arbeider i fagområdet. Heftet er gratis og kan bestilles fra publikasjonssenteret.

Engelsk utgave av heftet kommer om kort tid.

Publisert: 01.12.2014, endret: 01.12.2014, 13:30

Se også: (klikkbare lenke)

- [Om hivinfeksjon - informasjon og hjelp til å orientere seg for deg som har fått en positiv hivtest](#)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 11

Stikkord: Hiv.

Verdens aidsdag 2014 markeres flere steder i Norge

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113078>.

(Red. anm.: dette var en artikkel som ble publisert 28.11.2014/endret 03.12.2014. Artikkelen orienterte om arrangementer i forbindelse med Verdens aidsdag den 1. desember. Artikkelen inneholder noen referanser som gjengis nedenfor her).

Se også: (direkte klikkbare lenker)

- [HivNorge](#)
- [NyePluss](#)
- [Om hivinfeksjon - informasjon og hjelp til å orientere seg for deg som har fått en positiv hivtest](#)
- [Verdens aidsdag \(nettside for den norske VAD-komiteén\)](#)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 5

Stikkord: Hiv. Aids.

Utbrudd av pest på Madagaskar

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113023> .

Det har nylig oppstått et utbrudd av pest på Madagaskar. Verdens helseorganisasjon (WHO) melder at over 100 personer er smittet og 40 døde. Det første tilfellet var identifisert 31. august, og antallet har økt hurtig. To prosent av tilfellene er såkalt pneumonisk pest (lungepest) – som er den mest alvorlige formen for pest.

Det er til nå rapportert om smittetilfeller i 16 distrikter, i syv regioner på Madagaskar. To av tilfellene er i hovedstaden, Antananarivo, og på grunn av byens høye befolkningstetthet og svake helsesystemer er det en risiko for at det kan bli hurtig spredning der. De nasjonale myndighetene på Madagaskar jobber aktivt med å iverksette tiltak for å få kontroll over utbruddet. Sammen med blant annet WHO og Røde kors har de blant annet distribuert personlig beskyttelsesutstyr, insektmidler og antibiotika i de aktuelle områdene.

Reise til Madagaskar?

WHO anbefaler ingen reiserestriksjoner til Madagaskar basert på dagens informasjon. Skal du reise til Madagaskar er det viktig å forebygge loppebitt.

- [Lopper reiseråd](#)

Pest

Pest er en sjelden sykdom i våre dager, og forekommer ikke i Norge. Selv om forekomsten har økt noe de siste årene, rapporteres det kun om 3000-4000 tilfeller per år på verdensbasis, i overveiende grad byllepest. Pest forekommer først og fremst i landlege strøk i deler av Afrika, Asia, Sør-Amerika og sørvest i USA. Madagaskar er i dag det landet i verden som har flest antall pesttilfeller årlig. Små lokale utbrudd av lungepest kan forekomme, som for eksempel i Kina i 2009 og Peru i 2010.

Pest er en sykdom som forårsakes av en bakterie som heter *Yersinia pestis*, som vanligvis finnes blant ville gnagere. Den smitter mellom dyr via infiserte lopper. Mennesker som blir bitt utvikler vanligvis en byllepest (bubonisk pest) som forårsaker en karakteristisk hoven lymfekjertel (derav «byll»). Hvis bakterien når lungene, utvikler pasienten en lungebetennelse (lungepest) som deretter kan smitte mellom mennesker ved hosting (dråpesmitte). Byllepest smitter ikke direkte mellom mennesker.

Byllepest kan behandles med antibiotika. Bakterien er følsom for flere typer antibiotika, og behandling bør igangsettes så tidlig som mulig i sykdomsforløpet. Dersom pasienten har lungepest er det ofte et raskt og alvorlig forløp med høy dødelighet. Tidlig behandling er helt sentralt.

Publisert: 26.11.2014, endret: 27.11.2014, 09:32

Se også: (De viste lenkene er direkte klikkbare).

- [Smittevernveilederen - Pest - veileder for helsepersonell](#)
- [WHO: Plague – Madagascar](#)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 -1

Stikkord: Pest. Madagaskar.



Illustrasjon: Svartrotte

Økning i forekomst av enterovirus D68 rapportert fra flere land

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=112985> .

Fra august i år har enkelte land, først og fremst USA og Canada, meldt om økning av sykdom som skyldes enterovirus D68. De fleste pasientene har hatt luftveissymptomer, mens noen i tillegg har hatt nevrologiske symptomer med varierende grad av lammelser. Amerikanske helsemyndigheter melder at det fortsatt er uklart om det er en sammenheng med D68-infeksjon og lammelser. Det er også påvist enkelte sykdomstilfeller i Norge denne høsten som kan være forårsaket av enterovirus D68.

- Noen har sammenlignet dette med polio. Men selv om enterovirus D68 tilhører samme gruppe virus som poliovirus, er det ikke polio, og Norge er fortsatt poliofritt, sier overlege Trude Arnesen i Avdeling for infeksjonsovervåking ved Folkehelseinstituttet.

I Norge har vi en kontinuerlig overvåking av akutte slappe lammelser hos barn under 15 år. Vi samler inn disse dataene slik at vi fortsatt kan være sikre på at poliovirus ikke sirkulerer i landet.

Enterovirus er en stor og vanlig gruppe av virus, med flere enn 100 forskjellige varianter. De fleste gir ufarlige symptomer som for-

kjølelse. Andre kan potensielt gi mer alvorlig sykdom. Barn med astma ser ut til å være mer utsatt for alvorlig forverring av sin sykdom.

Enterovirus har i USA vanligvis blitt påvist hos barn og ungdom og som oftest milde symptomer som feber, luftveissymptomer, og kroppssmerter. I sjeldne tilfeller har enterovirus D68 gitt et mer alvorlig sykdomsbilde, med symptomer fra luftveiene eller nevrologiske symptomer.

Enterovirus smitter fra avføring via hender til mat (fekal oral smittevei), samt ved hoste (dråpesmitte). God hånd- og hostehygiene reduserer smitte, sier Arnesen.

Forekomst i Norge

Enterovirusinfeksjoner er ikke meldingspliktige i Norge, med unntak av mistenkt eller bekreftet poliomyelitt eller ved påvisning av virus i spinalvæske. Som følge av meldingene fra USA og andre land har oppmerksomheten for å diagnostisere denne undergruppen av enterovirus økt, og ved flere sykehus har man nå tilgjengelig diagnostikk for å påvise enterovirus i luftveisprøver.

- Vi har også fått varslert tilfeller av pasienter med lammelser i Norge som har testet positivt på EV D68 i luftveissekret. I samarbeid med Oslo universitetssykehus, Ullevål, har referanselaboratoriet ved Folkehelseinstituttet utviklet et diagnostisk screeningverktøy for hurtig påvisning av disse virusene. Slik spesifikk metode har ikke vært tilgjengelig tidligere, og med økt testmulighet vil det bli påvist tilfeller man ikke tidligere så, understreker overlege Arnesen. Viruset har sporadisk også vært påvist tidligere år ved hjelp av andre mer tidkrevende metoder.

Indikasjon for enterovirus D68-testing er alvorlig luftveisinfeksjon, f.eks barn som krever sykehusbehandling pga pusteproblemer, hvor andre vanlige luftveisagens har blitt utelukket.

Behandling

Det finnes ingen helbredende behandling for EV D68 ut over generell støttebehandling, inkludert fysioterapi. Forebyggende tiltak er god hånd- og hostehygiene. Det finnes ingen vaksiner. Folkehelseinstituttet følger situasjonen nøye, og etablerer metoder for videre karakterisering av virus i pasientprøver.

Publisert: 25.11.2014, endret: 28.11.2014, 15:58

Se også: (klikkbar lenke)

- [Rapid Risk Assessment fra Det europeiske smittevernsenteret \(ECDC\) 25.11.14.pdf](#)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 2

Stikkord: Enterovirus. D68.



Illustrasjonsfoto: Colourbox.com. Enterovirus – et tarmvirus

Verdens aidsdag 1. desember

Informasjonsmaterieell om BCG-vaksinasjon

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113053>.

BCG-vaksine tilbys i barnevaksinasjonsprogrammet til barn med mor eller far fra land hvor det er høy forekomst av tuberkulose. Fra midten av oktober 2014 skal BCG-vaksinen gis på helsestasjonen når barna er om lag 6 uker gamle. Folkehelseinstituttet har utarbeidet informasjonsmaterieell om administrasjon av vaksinen.

Det er opprettet en egen nettside om BCG-vaksinasjon med informasjon om injeksjonsteknikk og andre aspekter ved BCG-vaksinasjon. I tillegg er det laget en instruksjonsfilm som viser riktig administrasjonsmåte.

- [Vaksinasjon mot tuberkulose \(BCG\)](#)
- [Injeksjonsteknikk ved BCG-vaksinasjon – film for helsepersonell](#)

Det er også laget en ny brosjyre til foreldre med informasjon om BCG-vaksine. Denne er flerspråklig og kan bestilles eller lastes ned på nettsiden:

- [Vaksinasjon av barn mot tuberkulose - BCG vaksine](#)

Foredrag om flytting av BCG-vaksinasjon i barnevaksinasjonsprogrammet:

- [Forelesning om flytting av BCG-vaksinasjon til 6 uker \(pdf\)](#)

Det er ingen endring i hvilke barn som skal få tilbud om BCG-vaksine i program. Informasjonsmateriellet er ment til helsepersonell som er involvert i vaksinasjonsarbeidet, men kan også brukes av andre som ønsker informasjon.

Publisert: 27.11.2014, endret: 03.12.2014, 09:47

Se også: (De øvrige viste lenkene er direkte klikkbare).

Land med høy forekomst av tuberkulose: gå inn på eller klikk på:
<http://www.fhi.no/tema/tuberkulose/land-med-hoy-tuberkulose-forekomst> .

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 4

Stikkord: BCG-vaksinasjon. Tuberkulose.

Ingen grunn til kyllingpanikk

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113098> .

Hvis man følger gode rutiner for kjøkkenhygiene, er det ikke farlig å spise kylling. Det er viktig at vi er nøye med å vaske hender etter å ha tatt i rått kjøtt og holde redskaper som har vært benyttet til rått kjøtt adskilt fra andre matvarer.

Vi kjenner ikke til at nordmenn er blitt syke av antibiotikaresistente bakterier fra norsk kylling. Vi vet samtidig at ikke alle er like flinke med kjøkkenhygiene, og derfor ønsker vi å undersøke den eventuelle betydningen slike resistente bakterier har for menneskers helse. Det pågår en studie der Folkehelseinstituttet er prosjektleder. Det er ikke kunnskapsgrunnlag i dag for å anbefale folk å slutte å spise kylling.

Folkehelseinstituttet er ikke bekymret for at det skal være en direkte effekt på menneskers helse som følge av bruk av Naracin i fjørfenæringen. Naracin er viktig for å ivareta god dyrehelse, slik dagens industrielle produksjon av kyllingkjøtt foregår. Det er viktig å redusere all bruk av stoffer som kan bidra til endringer i ulike økologiske miljø. Samtidig ser Folkehelseinstituttet positivt på at Vitenskapskomiteen for mattrygghet skal vurdere de fremtidige helseeffektene av naracinbruk, og at man forsøker å erstatte bruk av slike midler med andre tiltak.

Hvis du vil vite mer om hvordan du beskytter deg mot uønskede bakterier i fjørfe, kan du lese en god beskrivelse på Matportalen:

- [Ikke farlig å spise kylling](#) (Matportalen) (direkte klikkbar lenke)

Publisert: 01.12.2014, endret: 10.12.2014, 09:35

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 7

Stikkord: Kylling. Naracin.

Ny rapport:

Meningokokksykdom i Norge og anbefalinger for bruk av meningokokkvaksiner

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113104> .

Rapporten inneholder reviderte anbefalinger for bruk av meningokokkvaksiner i Norge.

En arbeidsgruppe ved Folkehelseinstituttet har vurdert hvilke risikogrupper som bør anbefales meningokokkvaksine, hvilken vaksine som bør brukes til de ulike risikogruppene og hvor mange doser som trengs for primærvaksinasjon.

Rapporten kan bestilles eller lastes ned: (direkte klikkbar lenke)

- [Meningokokksykdom i Norge og anbefalinger for bruk av meningokokkvaksiner](#)

Publisert: 02.12.2014, endret: 03.12.2014, 07:37

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 -9

Stikkord: Meningokokkinfeksjoner



Vaksinasjonsråd - World Scout Jamboree Japan 2015

51

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113198>.

Jamboree, speiderbevegelsens største arrangement, arrangeres i Japan sommeren 2015. Leiren er for ungdom 14-17 år. Om lag 850 norske ungdommer skal delta på leiren. Vaksineavdelingen har fått flere henvendelser fra helsepersonell om vaksinasjon av speidere som skal på leiren.

Generelt om reisevaksiner til Japan

Ingen vaksiner er obligatoriske ved innreise til Japan. Folkehelseinstituttet anbefaler oppdatert vaksinasjon mot difteri, stivkrampe, kikhoste og polio. Ved opphold i områder med dårlige hygieniske og sanitære forhold og / eller nær kontakt med lokalbefolkning bør vaksine mot hepatitt B, japansk encefalitt og skogflåtteencefalitt (TBE) vurderes.

Vaksinasjon av ungdom som skal på verdensspeiderleir i Japan

I følge sekretariatet i Norges speiderforbund har leirarrangøren ikke gått ut med spesifikke vaksineanbefalinger for deltagerne.

Speiderne skal bo tett og treffe speidere fra hele verden, og noen kan ha med seg sykdommer hjemmefra. Det foreligger ennå ingen fullstendig oversikt over hvilke land som skal delta på leiren. På forrige verdensspeiderleir var det deltakere fra drøyt 140 land. På speiderleir er det generelt enkle forhold rundt matlaging og sanitærforhold. Det er derfor aktuelt å tilby speiderne vaksiner som ellers ikke er anbefalt ved reise til Japan.

Ungdommer som ikke har fulgt norsk vaksinasjonsprogram kan trenge vaksine mot difteri, stivkrampe, kikhoste og polio, samt meslinger, kusma og røde hunder.

TBE-virus forekommer i Hokkaido nord-øst i Japan, men ikke sør-vest i Japan hvor leirplassen (Kirara-hama) ligger. Det er derfor ikke aktuelt å tilby speiderne TBE-vaksine.

Følgende vaksiner er aktuelle å tilby til ungdom som skal delta på leiren i Japan:

Japansk encefalitt-vaksine

Japansk encefalitt er en virussykdom som overføres fra dyr til mennesker ved myggstikk. Ett enkelt stikk av infisert mygg er nok til å overføre smitte. De fleste som smittes får subklinisk infeksjon eller mild sykdom, men om lag 1 av 250-500 utvikler encefalitt (hjernebetennelse).

De fleste reisende til Asia har lav risiko for å få sykdommen, men opphold utendørs, spesielt i nærheten av rismarker og etter solnedgang, medfører økt risiko. Risikoen er høyest for dem som bor i lengre perioder på landsbygda i områder med rismarker og grisehold. I Japan forekommer sykdommen særlig i perioden april til november. Smitterisikoen reduseres ved generelle tiltak mot myggstikk, det vil si heldekkende klær og myggmiddel på åpen hud. Det er viktig å beskytte seg mot myggstikk hele døgnet. Vaksine mot Japansk encefalitt kan også vurderes.

I Japan inngår vaksine mot japansk encefalitt i barnevaksinasjonsprogrammet. Vaksinen anbefales som reisevaksine til personer som i sykdomsperioden skal oppholde seg i Japan 3-4 uker eller mer, utenfor storby. Hvis risikoen for smitte er spesielt høy bør vaksinasjon vurderes også for kortere opphold. Vaksinen kan vurderes til speidere som skal på jamboree i Japan.

Vaksinasjonen består av to doser med minst 28 dagers mellomrom. Hos barn og ungdom er det foreløpig ikke dokumentert beskyttelse utover 7 måneder etter 2. dose, så vaksinasjon bør ikke starte for tidlig.

- [Japansk encefalittvaksinasjon - veileder for helsepersonell](#)
- [Utenlandsreiser og smittevern - veileder for helsepersonell](#)
- [Ixiaro - vaksine mot japansk encefalitt \(Legemiddelverket\)](#)

Hepatitt A- og hepatitt B-vaksine

Hepatitt A-virus forårsaker akutt leverbetennelse. Smitte skjer vanligvis via forurenset drikkevann eller mat, men det kan også forekomme kontaktsmitte og seksuell smitte. Utenlandsreiser er den vanligste indikasjonen for hepatitt A-vaksine, men vaksinen anbefales normalt ikke ved reise til Japan siden forekomst av sykdommen er lav.

Hepatitt B-virus forårsaker akutt leverbetennelse som kan føre til kronisk bærertilstand. Virus finnes hovedsakelig i blod og andre kroppsvæsker, og smitter ved blodkontakt og seksuell kontakt. Hepatitt B-vaksine er blant annet aktuell for reisende som kan komme til å ha ubeskyttet sex eller komme i kontakt med helsevesenet (pga. grunnsykdom eller ulykke). Forekomsten av hepatitt B varierer betydelig mellom land og verdensdeler. Forekomsten i Japan er medium/høy.

Hepatitt A-vaksine og hepatitt B-vaksine (eventuelt i kombinasjon) kan vurderes til speidere som skal på jamboree i Japan, hvor de vil treffe ungdommer fra hele verden.

Både hepatitt A-vaksine, hepatitt B-vaksine og hepatitt A+B-vaksine har egen barnedose til personer under 16 år (0,5 ml) og voksendose til personer som har fylt 16 år (1 ml).

Etter én dose hepatitt A-vaksine varer beskyttelsen minst et års tid. Fullvaksinering mot hepatitt A består av 2 doser med minst 6 måneders intervall mellom dosene.

Fullvaksinering mot hepatitt B består av 3 doser (0, 1, 6 md), hvor 2 doser gir kortvarig beskyttelse. Kombinert hepatitt A+B-vaksine gis etter samme skjema som hepatitt B-vaksine, og 2 doser gir kortvarig beskyttelse.

- [Hepatitt A-vaksinasjon - veileder for helsepersonell](#)
- [Hepatitt B-vaksinasjon - veileder for helsepersonell](#)
- [Havrix - vaksine mot hepatitt A \(Legemiddelverket\)](#)
- [Engerix B - vaksine mot hepatitt B \(Legemiddelverket\)](#)
- [Twinrix - vaksine mot hepatitt A+B \(Legemiddelverket\)](#)

Meningokokk ACWY-vaksine

Meningokokker spres ved kontakt- eller dråpesmitte, oftest fra personer som har bakteriene i halsen. Meningokokkinfeksjon opptrer typisk som invasiv sykdom med meningitt (hjerne-hinnebetennelse) og/eller septikemi (blodforgiftning). Sykdommen kan i løpet av få timer utvikle seg til en livstruende tilstand. Ungdom er en av aldersgruppene med høyest forekomst av meningokokksykdom.

Folkehelseinstituttet anbefaler generelt at all ungdom i alderen 16–19 år vurderer å vaksinere seg mot meningokokk ACWY-sykdom. Denne generelle anbefalingen gjelder også for speidere som skal delta på leiren i Japan. Yngre ungdommer (14–15 år) som skal delta på leiren bør også vurdere å ta vaksinen. Beskyttelsen varer i flere år, og ungdommer som vaksineres nå kan regne med å ha beskyttelse ut russetiden.

Vaksinasjon består av én dose.

- [Meningokokkvaksinasjon - veileder for helsepersonell](#)
- [Menveo - Meningokokk ACWY-vaksine \(Legemiddelverket\)](#)
- [Nimenrix - Meningokokk ACWY-vaksine \(Legemiddelverket\)](#)

Publisert: 10.12.2014, endret: 10.12.2014, 15:55

Alle de viste lenkene i denne artikkelen er direkte klikkbare.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 15

Stikkord: World Scout Jamboree Japan. Speiderleir.

Rutiner ved rettsmedisinske obduksjoner

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113237>.

Den rettsmedisinske obduksjonsvirksomheten ved Folkehelseinstituttet (FHI) har fått medieoppmærksomhet i dag. Bedre informasjon til pårørende om rutiner ved disse obduksjonene er både ønskelig og nødvendig.

Folkehelseinstituttet gjennomfører hvert år ca. 900 rettsmedisinske obduksjoner. En rettsmedisinsk obduksjon utføres på begjæring fra påtalemyndigheten (oftest politiet).

– Vi jobber med å forbedre informasjonen til de pårørende ved slike obduksjoner, sier Bjørn Magne Eggen, direktør i divisjon for rettsmedisinske fag ved FHI.

Politiet styrer informasjonen

En rettsmedisinsk obduksjon skal fastslå dødsårsak og gi en vurdering av skader og eventuelle sykkelige forandringer opp mot et hendelsesforløp. Dette betyr også at en rettsmedisinsk obduksjon ofte vil innebære flere ulike undersøkelsesmetoder.

Om politiet begjærer en rettsmedisinsk obduksjon, blir det ikke gjort sykehusobduksjon. Resultatene fra en rettsmedisinsk obduksjon blir overlevert politiet. Det er også politiet som i den enkelte saken godkjenner om og når en rettsmedisiner kan informere de pårørende. Rapporten fra den rettsmedisinske obduksjonen inngår i det saksmaterialet politiet har.

– Det er politiet som avgjør hvilken informasjon som kan gis til de pårørende, når, og av hvem, sier Eggen.

Den generelle pårørendeinformasjonen som er tilgjengelig i dag består av to ulike brosjyrer: (lenkene er direkte klikkbare)

- [«Den siste legeundersøkelsen, En orientering til pårørende om obduksjon»](#) - Dette er en brosjyre utgitt av Den norske patologi forening (del av Legeforeningen) i 2008.
- [«Krybbedød»](#) - En informasjonsbrosjyre utgitt av Landsforeningen Uventet Barnedød.

Ny veileder på vei

– Vi ser at det er behov for bedre informasjon. Helsedirektoratet utarbeider nå en veileder for informasjon ved obduksjon av barn.



Denne kommer også vi til å benytte. I tillegg er vi i gang med å utarbeide en egen informasjonsbrosjyre om rettsmedisinske obduksjoner; denne vil nærmeste pårørende få utdelt i forbindelse med obduksjonen, sier Eggen.

Han ønsker at denne kan gis til eller sendes de pårørende sammen med dødsattesten.

– Vi vil også gjennomgå informasjonen på nettsidene våre, om rettsmedisinske obduksjoner og hva som skjer med døde som er obdusert. Ett viktig punkt i dette er at hjernen ikke begraves sammen med den døde, sier han.

Før den kan undersøkes må hjernen fikseres, noe som tar flere uker, og også undersøkelsene etter dette tar tid.

– I Norge er det vanlig med begravelse innen syv til ti dager. Da er ikke hjernen undersøkt, og kroppen vil måtte begraves uten hjernen. Dette gjelder for om lag en tredjedel av alle obduksjoner hos oss, sier han.

Fakta om rettsmedisinske obduksjoner

- Ved rettsmedisinske obduksjoner sikres det rutinemessig prøvemateriale til mikroskopiske vevsundersøkelser. Andre kompletterende undersøkelser kan være rettstoksikologiske analyser av blod eller andre kroppsvæsker med tanke på påvirkning av rusmidler eller legemidler
- Ved om lag en tredjedel av obduksjonene er det nødvendig med tidkrevende undersøkelse av hjernen, og i enkelte tilfeller må også andre organer gjennomgå tilsvarende tidkrevende undersøkelse.
- I de tilfellene der det er behov for tidkrevende spesialundersøkelse av enkelte organer, blir den avdøde utlevert til begravelsesbyrået for bisettelse uten at disse organer er satt tilbake. Disse organene blir senere kremert og asken blir nedsatt anonymt i en minnelund.
- Det kan ta lang tid (ofte opp til 3 måneder) innen alle prøvesvar er kommet inn, og rettspatologen kan utarbeide den endelige konklusjonen.

Mer informasjon

Pårørende som ønsker mer informasjon om enkeltsaker kan henvende seg til divisjon for rettsmedisinske fag på tlf: 21077676.

Les også: [Spørsmål og svar om rettsmedisinske obduksjoner](#) (klikkbar lenke)

Publisert: 12.12.2014, endret: 17.12.2014, 09:38

Se også: (klikkbar lenke)

- [Rettspatologi - fakta om rettsmedisinske obduksjoner](#)

Referansekode i 'Helserådet': HRE 2015 – 1

Stikkord: Obduksjoner.

Registerstatistikk:

Statistikk frå Hjarte- og karregisteret for 2013

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113218>.

Nærare 330 000 pasientar fekk hjelp for hjarte- og karsjukdom i sjukehus i 2013. Av desse var det om lag 10 000 som vart innlagde med hjerneslag, 12 000 som vart innlagde med akutt hjarteinfarkt og 8000 som vart innlagde med hjertesvikt som den viktigaste årsaka.

[Hjarte- og karregisteret](#) (klikkbar lenke) vart oppretta i 2012 og gir statistikk for alle som er i kontakt med spesialisthelsetenesta for hjarte- og karsjukdom. Spesialisthelsetenesta omfattar polikliniske konsultasjonar eller innlegging i sjukehus, og konsultasjonar hos avtalespesialistar.

Nærare 330 000 fekk hjelp i spesialisthelsetenesta i 2013

Årsstatistikken for 2013 viser følgjande tal:

- 327 845 pasientar var i kontakt med sjukehus og poliklinikkar for ein hjarte- og karrelatert sjukdom i 2013.
- Av desse pasientane var 133 780 (41 prosent) òg i kontakt med sjukehus og poliklinikkar for slik sjukdom i 2012, medan 194 065 (59 prosent) vart registrerte for første gong i Hjarte- og karregisteret i 2013.

Data frå avtalespesialistar er ikkje med i statistikken for 2012 og 2013. Når desse vert tekne med, reknar ein med at talet på pasientar i Hjarte- og karregisteret vert noko større.

Nesten 120 000 vart innlagde i sjukehus

Nesten 120 000 vart innlagde i sjukehus i 2013. Desse fordeler seg slik:

- 9 730 pasientar med hovuddiagnosen akutt hjerneslag
- 11 749 pasientar med hovuddiagnosen akutt hjarteinfarkt
- 8 003 pasientar med hovuddiagnosen hjertesvikt

Sjå også artikkel med statistikk over koronare bypassoperasjonar (klikkbar lenke): [4900 bypassoperert i 2012-2013](#).

Finn fleire tal i [statistikkbanken til Hjarte- og karregisteret](#) (klikkbar lenke). I statistikkbanken kan du finne tal for ulike aldersgrupper, og du kan skilje mellom pasientar som har hatt ein tilstand som hovuddiagnose eller bidiagnose.

Kva døyr hjarte- og karpasientar av?

Av dei vel 500 000 som vart registrerte i Hjarte- og karregisteret i toårsperioden 2012 - 2013, døydde nesten 1 av 20 i løpet av 2013. Som ein kunne vente er hjarte- og karsjukdom ei vanleg dødsårsak i denne pasientgruppa, meir enn 1 av 3 hjarte- og karpasientar (36,7 prosent) døyr av sjukdomen, sjå tabell 1 nedanfor.

I tillegg er det ein vesentleg del som døyr av sjukdomar knytt til røyking. Tala viser at til saman døydde nesten 12 prosent av kols, strupekreft eller lungekreft.

Tabell 1: Dei 10 vanlegaste dødsårsakene i 2013 blant pasientar som var i kontakt med sjukehus eller poliklinikk for hjarte- og karrelaterte sjukdomar i 2012 eller 2013. Tabellen følgjer den europeiske kortlista for dødsårsaker. Kodene i parentes viser til det internasjonale kodeverket for sjukdomar (ICD).

Underliggjande dødsårsak	Antall døde	Prosent*
Iskemisk hjertesjukdom (I20-I25)	3 100	13,0
Karsjukdomar i hjernen (I60-I69)	2 053	8,6
Andre hjertesjukdomar (ekskl. revmatiske hjarte- og hjarteklauffsjukdomar) (I30-I33, I39-I52)	2 039	8,6
Andre sjukdomar i sirkulasjonsorgana (I00-I99)	1 543	6,5
Kroniske sjukdomar i nedre luftvegane ekskl. astma (J40-J44, J47) (kols)	1 410	5,9
Vondarta svulst i strupe, luftør, bronkie og lunge (C32-C34) (strupe- og lungekreft)	1 408	5,9
Lungebetennelse (J12-J18)	756	3,2
Andre vondarta svulstar (C00-C97) (kreft utanom dei som er nemnde)	767	3,2
Vondarta svulst i tjuktarm (C18)	692	2,9
Vondarta svulst i lymfatisk og bloddannande vev (C81-C96) (blod- og lymfekreft)	622	2,6

*Prosent av dødsfall med kjend dødsårsak

Ikkje alle som døyr av hjarte- og karsjukdom er i kontakt med spesialisthelsetenesta i tida før dei døyr. I 2013 døydde 3 824 personar av hjarte- og karsjukdom utan å ha vore innom poliklinikk eller sjukehus i 2012 eller 2013. Blant desse var det fleire eldre og fleire kvinner enn blant dei døde som hadde vore i kontakt med spesialisthelsetenesta.

Publisert: 12.12.2014, endret: 15.12.2014, 17:15

Referansekode i 'Helserådet': HST 2015 – 1

Stikkord: Hjerte- og karsykdommer.

Nye mål for bedre drikkevann i Norge

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=111043>.

Regjeringen har nå vedtatt nye nasjonale mål i overensstemmelse med WHO's protokoll for vann og helse. Denne protokollen var den første internasjonale avtalen vedtatt for å oppnå tilstrekkelig forsyning av rent drikkevann og tilfredsstillende sanitære forhold for alle. Partene forplikter seg til å sette nasjonale mål for å oppnå dette.

Protokollen forplikter nasjonale myndigheter til å påse at de fastsatte målene oppfylles, og målene vil ha betydning både for vannverkene og for offentlig forvaltning som skal følge dem opp. Mye av dette er arbeid som Mattilsynet, Folkehelseinstituttet og andre myndigheter allerede gjør, men hvor det nå er satt tydelige forventninger til måloppnåelse med gitte frister i perioden fram til 2020.

Illustrasjonsfoto: Colourbox.com



Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

Folkehelseinstituttet vil i samarbeid med Mattilsynet fremskaffe bedre oversikt over små vannforsyningssystemer og fortsatt ha fokus på ledningsnett og vannbehandling. Dessuten vil man legge til rette for at befolkningen får lett tilgang til informasjon.

Det vil settes økt oppmerksomhet på vannverkene og deres forpliktelser til å sørge for at folk til enhver tid får rent vann.

- For større vannverk er hovedproblemet ofte et gammelt eller for dårlig ledningsnett for drikkevann og avløp. Tiltak må blant annet settes i verk for å ta igjen etterslep når det gjelder vedlikehold og utskifting av ledningsnettet.
- Flere steder er det avdekket at beredskapen mot uønskede hendelser er for dårlig.
- Virkningene av klimaendringene forventes å forsterke en del problemer på vann- og avløpsområdet:
 - o Flom er blant annet vanligere enn før og dette øker mulighetene for at urensset avløpsvann går i overløp og at større mengder forurenset vann slippes ut gjennom renseanlegg. I den grad utslippene skjer til drikkevannskilder vil dette gi økte utfordringer for vannverkene.
 - o Effektene av større utslipp av avløpsvann er også dårligere vannkvalitet til rekreasjon, friluftsliv og som råvann til matproduksjon.
 - o I tillegg til denne type utslipp vil økt avrenning fra landarealer også føre med seg smittestoffer, partikler og organisk materiale (humus). Mange vannverk vil derfor kunne få behov for ytterligere vannbehandling.

Noen problemstillinger og tiltak i de nye målene

Avdeling for mat, vann og kosmetikk ved Folkehelseinstituttet gir råd til sentrale, regionale og lokale helse- og forurensningsmyndigheter. Rådgivningen omfatter vannkvalitet generelt, samt vannforsyningssystemer fra kilde til sluttforbruker og teknisk vannhygiene.

- En viktig del av arbeidet fremover vil bli å se på hvilke tiltak vannverkene bør fokusere på. Det allerede eksisterende vannverksregisteret gir oss blant annet grunnlag for å vurdere svakheter i systemene. En klar utfordring er dårlig kvalitet på ledningsnettet flere steder i landet, sier seniorrådgiver Jens Erik Pettersen i Avdeling for mat, vann og kosmetikk.

Han nevner også satsingen på informasjons- og rådgivningsarbeid til de små vannforsyningene som ikke er konsesjonspliktige. I Norge får om lag 600 000 mennesker vann fra slike.

- Vi er i gang med å utarbeide råd til disse nå. Intensjonen er å bistå dem med et godt kunnskapsgrunnlag for vurdering av vannkilder og leveranse av best mulig vannkvalitet, sier han.

Målsettingene vil være til hjelp for myndighetene og fagorganene i deres arbeid med å ha oversikt over tilstanden og fremdriften innen de sektorene som arbeider med vann, helse og miljø. For å kunne vurdere virkningen av iverksatte tiltak er det også viktig å ha gode systemer for å kartlegge sykdom og utbrudd forårsaket av drikkevann.

- Vi har begrenset kunnskap om hvor mange som blir syke av drikkevannet i Norge, så ett av de nasjonale målene har fokus på å kartlegge dette bedre. Noen av målene som er satt går på å utvikle bedre metoder og systemer for avdekking og innrapportering av tilfeller med vannbårne sykdommer eller sykdomsutbrudd, sier seniorrådgiver Karin Nygård i Avdeling for infeksjonsovervåking ved Folkehelseinstituttet.

- Mattilsynet: [Nasjonale mål for vann og helse \(PDF\)](#) (klikkbar lenke)

Rent vann er en internasjonal utfordring

Folkehelseinstituttet har også en rolle også i det internasjonale arbeidet med protokollen, og har sammen med Hviterussland, forpliktet seg til å ta ansvar for deler av arbeidsprogrammet i WHO/FNs Protocol on Water and Health for perioden 2014-2016.

- Folkehelseinstituttet vil bidra til kapasitetsbygging og utvikling av støtteverktøy innen sykdomsovervåking og utbruddsopklaring. Slik vil man kunne styrke landenes kompetanse på disse feltene, sier Nygård.

Instituttet vil også gi støtte til etablering av kostnadseffektiv og risikobasert overvåking av drikkevannskvaliteten. Arbeidet utføres i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet.

- [WHO Protocol on Water and Health](#) (klikkbar lenke)

Prosessen videre

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) er ansvarlig departement ovenfor WHO/UNECE for Norges oppfølging av Protokoll for vann og helse. De nasjonale målene er imidlertid utarbeidet i samråd med de øvrige berørte departementene. I løpet av høsten vil det bli utarbeidet en plan for hvordan sentrale myndigheter skal informere om disse målene og om hvordan behovet for rapportering skal bli ivarettatt. Kommuner og andre aktuelle aktører må imidlertid allerede nå legge disse nasjonale målene til grunn for sitt arbeid.

Publisert: 10.07.2014, endret: 10.07.2014, 13:37

Se også: (klikkbare lenker)

- [Mattilsynet: Nå blir det strengere krav til rent vann](#)
- [Mattilsynet: Protokoll om vann og helse](#)
- [WHO Protocol on Water and Health](#)

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2015 – 2

Stikkord: Drikkevann.

Boostrix polio ikke tilgjengelig i 1-pakning

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113180>.

Vaksinen Boostrix polio, som brukes til oppfriskningsvaksinasjon mot difteri, stivkrampe, kikhoste og polio, er for tiden ikke tilgjengelig i 1-pakning. Vaksinen er tilgjengelig i 10-pakning (kr 2198,41 inkl. legemiddelavgift og mva), med utløpsdato 31.8.2016. Vaksineforsyningen gjør ikke anbrudd.

Boostrix polio i 1-pakning blir sannsynligvis tilgjengelig igjen i februar 2015.

Oppdatert informasjon om tilgjengelige preparater og priser finnes på våre nettsider

<http://www.fhi.no/tjenester/vaksinedistribusjon>

Publisert: 09.12.2014, endret: 09.12.2014, 13:53

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 -14

Stikkord: Boostrix.