

27. mai 2016, 24. årgang

# Helserådet

Nytt om samfunnsmedisin og  
folkehelsearbeid

- Komplett innholds-  
fortegnelse  
s. 2
- Hva er samfunns-  
medisin?  
s. 3
- Om ulikheter i helse  
s. 4
- Om betydningen av  
dagslys i skolene  
s. 6
- Helsebiblioteket er  
10 år!  
s. 13
- Folkehelsekonferansen  
2016  
s. 14
- Barn og unges miljø og  
helse  
s. 18



# Helserådet

## INNHold NR. 11/16

Hva er samfunnsmedisin? .....	3
En ny type helseulikhet .....	4
Åpner for å diskutere ulik tilgang til helsetjenester .....	4
Et veiskille: skal vi akseptere ulikheter i helse? .....	4
Innvandrerne levekår: Bedre integrert enn mor og far .....	5
Færre tar abort i rike land .....	6
Dagslys, utsyn og helse i nye og energieffektive skolebygg .....	6
Ingen beviser for helsefare ved å spise genmodifiserte vekster .....	12
To studier viser at zika-viruset krymper hjernen .....	12
Skiftarbeid gir tidligere aldring av hjernen .....	12
Helsebiblioteket 10 år! .....	13
Folkehelsekonferansen 2016 – Lokalsamfunn for framtida .....	14
Siste tilvekstliste fra biblioteket i Helsetilsynet .....	14
Fra Skadeforebyggende forum .....	16

## NYTT FRA WWW.FHI.NO, FOLKEHELSEINSTITUTTET

Rapport om barn og unges miljø og helse .....	18
Stabil andel barn med overvekt og fedme .....	18
Virksomhetsoverdragelse av Rettsmedisinske fag til Oslo universitetssykehus .....	21

### Helserådet

Nytt fra Helsebiblioteket, emnebibliotek samfunnsmedisin og folkehelse

Postboks 7004 St. Olavs plass, 0130 Oslo.

Utgiver: Helsebiblioteket, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

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

ISSN 0806 - 7457

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

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

Layout: ASAP Media

Distribusjon: som vedlegg til e-post til registrerte abonnenter. Sendes også ut gjennom allmennlegelisten *eyr* og egen distribusjonsliste i Helsedirektoratet.

Forsiden: Tidsskriftet Michaels forside nr. 2/16. Se side 3.

# Samfunnsmedisin

Tidsskriftet *Michael* som utgis av Det norske medisinske Selskab, har i sitt siste nummer en rekke artikler om *samfunnsmedisin* og andre relaterte emner. Nedenfor har 'Helserådet' den ære og glede å kunne få gjengi overskriftene på disse artiklene som alle er direkte klikkbare slik at de kan leses i sin helhet. Dette er verdifullt stoff som det er verdt å ta vare på og bruke når det gjelder å minne om betydningen av bred helsefaglig bakgrunn ved deltagelse i samfunnsplanlegging og samfunnsutvikling. 'Helserådet' ønsker *Michael* til lykke med utgivelsen!

Magne Nylenna

[Hva er samfunnsmedisin?](#)

*Michael* 2016;13: 79–85.

Øivind Larsen

[Samfunnsmedisin – ord og begreper](#)

*Michael* 2016; 13: 86–103.

Kristian Hagestad

[«Gå inn i din tid!»](#)

*Michael* 2016; 13: 104–109.

John Gunnar Mæland

[Samfunnsmedisin og folkehelsearbeid](#)

*Michael* 2016; 13: 110–119.

Ingrid Sivesind Mehlum

[Samfunnsmedisin og arbeidsmedisin](#)

*Michael* 2016; 13: 120–125.

Einar Braaten

[Samfunnsmedisin i lokalsamfunnet](#)

*Michael* 2016; 13: 126–134.

Astrid Nylenna

[Samfunnsmedisineren i den sentrale helseforvaltningen](#)

*Michael* 2016; 13: 135–141.

Henning Mørland

[Samfunnsmedisin som legespesialitet](#)

*Michael* 2016; 13: 142–145.

Kjell Haug

[Samfunnsmedisin i grunntutdanningen](#)

*Michael* 2016; 13: 146–151.

Knut Mork Skagen

[Studentundervisningen i samfunnsmedisin: Vennligst forstyr!](#)

*Michael* 2016; 13: 152–156.

Steinar Westin

[Samfunnsmedisinsk forskning](#)

*Michael* 2016; 13: 157–171.

Øivind Larsen

[Global samfunnsmedisin: WHO's oppgaver i endring](#)

*Michael* 2016; 13: 172–176.

Referansekode i 'Helserådet': MET 2016 – 16. Stikkord: Samfunnsmedisin. Michael.

## En ny type helseulikhhet

Selv om alle helsetjenester fremstår som viktige for den enkelte, kan ikke det offentlige prioritere alt. Hvis vi ikke aksepterer ulikhet i tilgang til lavt prioriterte tjenester, må vi enten finansiere dem for alle – eller forby dem for alle.

*Ole Frithjof Norheim, professor i medisinsk etikk ved Universitetet i Bergen & Adjunct Professor, Harvard Chan School of Public Health*

**DET ER BRED** faglig og politisk enighet i Norge om at vi skal ha likeverdig tilgang til helsetjenester og at de, i hovedsak, skal være offentlig finansiert. Samtidig er det ulik tilgang til noen få ikke-prioriterte eller lavt prioriterte tjenester som kosmetisk kirurgi, sterilisering, og in vitro-fertilisering – etter tre forsøk. Disse tilbudene må man betale selv, og dette er det bred aksept for.

Nå er vi i ferd med å få ulik tilgang til flere og flere tjenester. De som ikke får tilbud i Norge og som har råd til dette, kan reise til utlandet og betale selv for stamcelletransplantasjon ved multipel sklerose eller systemisk lupus erythematosus. Andre betaler for eksperimentell eller svært kostbar kreftbehandling i utlandet – eller ved private klinikker i Norge. Private helseforsikringer blir stadig mer populære, blant annet for kortere ventetid for utredning og operasjoner.

Se hele denne kronikken i Dagens Medisin ved å gå inn på

[http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/05/12/en-ny-type-helseulikhhet/?utm\\_source=apsis-anp-3&utm\\_medium=email&utm\\_content=unspecified&utm\\_campaign=unspecified](http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/05/12/en-ny-type-helseulikhhet/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified).

Se også artikkel i Dagens Medisin samme dag ved å gå inn på

[http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/05/12/-vi-ma-akseptere-ulik-tilgang-til-de-minst-viktige-helsetjenestene/?utm\\_source=apsis-anp-3&utm\\_medium=email&utm\\_content=unspecified&utm\\_campaign=unspecified](http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/05/12/-vi-ma-akseptere-ulik-tilgang-til-de-minst-viktige-helsetjenestene/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified).

Referansekode i 'Helserådet': ULI 2016 – 11. Stikkord: Prioritering.

.....

## Åpner for å diskutere ulik tilgang til helsetjenester

Slik svarer helsepolitikerne på Norheims utspill.

Øyvind Bosnes Engen, [oyvind.bosnes.engen@dagensmedisin.no](mailto:oyvind.bosnes.engen@dagensmedisin.no)

Ole Frithjof Norheim, professor i medisinsk etikk og leder av Prioriteringsutvalget, mener **vi er nødt til å akseptere ulik tilgang til de minst viktige helsetjenestene**. Dagens Medisin har spurt helsepolitikere på Stortinget om de vil åpne for ulik tilgang til lavt prioriterte helsetjenester.

Se hva politikere sier ved å gå inn på [http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/05/12/apner-for-a-diskutere-ulik-tilgang-til-helsetjenester/?utm\\_source=apsis-anp-3&utm\\_medium=email&utm\\_content=unspecified&utm\\_campaign=unspecified](http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/05/12/apner-for-a-diskutere-ulik-tilgang-til-helsetjenester/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified).

Referansekode i 'Helserådet': ULI 2016-12. Stikkord: Prioritering.

.....

## Et veiskille

– Er tiden inne for både å erkjenne og akseptere ulikheter i helse?

Markus Moe, [markus.moe@dagensmedisin.no](mailto:markus.moe@dagensmedisin.no)

**STORTINGSMELDINGEN** om prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten er varslet før sommeren. Et utkast av prioriteringsmeldingen er allerede sendt fra departementet til Høyre og Fremskrittspartiets helsefraksjoner på Stortinget.

Avdelingsdirektør Are Forbord i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har koordinert arbeidet internt. Nå skal stortingsgruppene bidra til å sette sitt politiske stempel på meldingen. Det blir en krevende oppgave. Som Kari Kjønaas Kjos (Frp), leder av helse- og omsorgskomiteen, tørrvittig formulerte det i en debatt i regi av TNS Gallup nylig: «Vi i Frp er ikke så glade i å prioritere».

**PROBLEMET** er bare at vi ikke har noe valg. Vi har ikke råd til alt. Dette er ikke noe nytt, kan man innvende. Lønning I (NOU 1987:23) og Lønning II (1997:18) beskrev utfordringene og dilemmaene. Prinsippene om tilstandens alvorlighet, tiltakets forventede nytte og at kostnaden bør stå i et rimelig forhold til tiltakets nytte, har vært gode og virket normdannende for norsk helsetjeneste.

I november 2014 kom det tredje prioriteringsarbeidet. UiB-professor Ole Frithjof Norheim ledet arbeidet bak «Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten» (NOU 2014:12). Arbeidet ble supplert med utvalgsrapporten «På ramme alvor – alvorlighet og prioritering», ledet av NTNU-professor Jon Magnussen, fra oktober 2015.

Se hele denne lederartikkelen i Dagens Medisin ved å gå inn på

[http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/05/12/et-veiskille/?utm\\_source=apsis-anp-3&utm\\_medium=email&utm\\_content=unspecified&utm\\_campaign=unspecified](http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/05/12/et-veiskille/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified)

Referansekode i 'Helserådet': ULI 2016 – 10. Stikkord: Prioritering.



**Statistisk sentralbyrå**  
Statistics Norway

*Innvandrerne levekår*

## Bedre integrert enn mor og far

Publisert: 9. mai 2016

Forfatter: Lars Østby

**Integreringen av innvandrere i Norge går rimelig bra. Norskfødte med innvandrerforeldre gjør det langt bedre enn foreldregenerasjonen. Det er likevel store forskjeller i for eksempel yrkesdeltaking og inntektsnivå mellom innvandrere fra ulike land.**

SSB skrev i vinter et «bakteppe» for integreringsmeldingen som Justisdepartementet planlegger å legge fram 11. mai 2016. Bakteppet tok særlig for seg innvandringsdemografi og innvandrerne levekår i Norge. I to artikler, [om demografi](#) og om levekår, presenterer vi en veldokumentert og litt mer omfattende versjon av dette bakteppet. Artiklene bør ses i sammenheng.

### Tidligere beskrivelser av innvandring og integrering

Disse to artiklene føyer seg inn i en tradisjon av brede beskrivelser som SSB har utgitt om innvandring og innvandrere. Den startet med Vassenden (red.) 1997, og det kom publikasjoner i serien Statistiske Analyser fram til 2010 (Henriksen et al. (red.) 2010). Spesialnumre av Samfunnsspeilet (2001/2; 2006/4; 2013/5) følger den samme tradisjonen, likeens Østby (2004; 2014, innledning til Høydahl (red.) 2014).

### Hvem regnes som innvandrere?

Befolkningsstatistikken baserer seg på den befolkningen som til enhver tid er registrert som bosatt i Det sentrale folkeregister (DSF). Her er det bare personer med lovlig opphold i Norge, og med intensjon om å bli boende her i minst seks måneder, som skal registreres (Skattedirektoratet 2007). Asylsøkere som venter på en avgjørelse, er derfor ikke med.

### Hva kjennetegner vellykket og mislykket integrering?

Kunnskap om [levetårene] til innvandrerne og deres norskfødte barn er et nødvendig grunnlag for å vurdere resultatene av den integreringspolitikk som føres, og for eventuelt å endre denne politikken. Informasjonen må legges til rette, slik at den viser reelle endringer i levetårene over tid og mellom grupper. Endringene skal ikke bare være resultat av at gruppene er ulikt sammensatt. Forskjellene i levetår mellom innvandrere, norskfødte barn med innvandrerforeldre og resten av befolkningen, innenfor relevante grupper, sier mye om hvor vellykket eller mislykket integreringen i Norge er.

Integrasjonen defineres som vellykket dersom urimelige og ikke selvvalgte forskjeller mellom minoritet og majoritet minker, over tid og mellom generasjoner. Det er altså observerte forskjeller i levetår det legges vekt på, eller sagt på en annen måte: Vi legger vekt på resultatulikhet, mer enn ulikhet i muligheter. Integrasjonen er mislykket om forskjellene på viktige områder øker, om innvandrerne og deres norskfødte barn vil utgjøre en økende permanent underklasse, og om det utvikler seg såkalte parallelsamfunn.

### **Fortsatt mange med uoppgitt utdanning blant innvandrerne**

Utdanning er et viktig mål på integrering. Gjennom deltakelse i utdanningssystemet skapes forutsetningene for arbeid og inntekt. Mange

innvandrere som kommer til Norge, har med seg en utdanning. Noen innvandrere kommer for å ta utdanning, andre (mange flyktninger) har behov for å ta mer utdanning i Norge, mens atter andre kommer som så unge at hele eller deler av deres utdanningsløp må tas i Norge. Kartleggingen av den utdanningen som innvandrerne har med seg, er mangelfull. Men det er tydelig at andelen med [høyere utdanning](#) er mindre i de fleste innvandrergupper enn den er i den øvrige befolkningen (SSB 2015 b). Innvandrerne deltar også sjeldnere i høyere utdanning enn andre i tilsvarende aldersgrupper (SSB 2015 c). Dette er som vi kan vente siden mange innvandrere, også i den alder da det er vanlig å ta høyere utdanning, kommer hit for å jobbe. Av 61 500 utenlandske statsborgere som innvandret i 2014, var to tredeler over 23 år (SSB 2015 a).

Se hele artikkelen fra Statistisk sentralbyrå ved å gå inn på <http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/bedre-integrert-enn-mor-og-far>.

Referansekode i 'Helserådet': ULI 2016 – 7. Stikkord: Innvandrere. Integrering.

## Færre tar abort i rike land (forskning.no 12.5.2016)

Siden 1990 har aborttallene falt 40 prosent i rike land. Mye skyldes antakelig at moderne prevensjonsmidler ble mer tilgjengelige i perioden. I utviklingsland er tallene imidlertid uendret, ifølge en ny studie. **NTB**.

Mellom 1990 og 2014 ble i gjennomsnitt 56 millioner aborter utført på verdensbasis hvert år, ifølge studien, som er publisert i det medisinske tidsskriftet The Lancet.

I løpet av denne perioden har de årlige aborttallene i industrialiserte land falt fra 46 til 27 prosent per 1.000 kvinner mellom 15 og 44 år. Dette skyldes i stor grad reduksjon i aborttallene i Øst-Europa som falt over 50 prosent da moderne prevensjonsmidler ble mer tilgjengelige.

Se hele artikkelen fra forskning.no ved å gå inn på <http://forskning.no/helse-svangerskap/2016/05/faerre-tar-abort-i-rike-land>.

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2016 – 8. Stikkord: Abort. Sosial ulikhet.

## Dagslys, utsyn og helse i nye og energieffektive skolebygg

**Dagslys og utsyn er nødvendig for helse, trivsel, produktivitet og læringsmiljø!**

Jan Vilhelm Bakke, Phd, overlege i Arbeidstilsynet.

(Red. anm.: i 'Helserådet' nr. 9/16, 29. april, hadde vi på side 8 en henvisning til en lysarkserie om ovennevnte tema som artikkelforfatteren noen dager tidligere hadde brukt på et foredrag i Arkitektenes Hus).

### Dagslys, utsyn og døgnrytme

Mange unge har nedsatt helse på grunn av døgnrytmeforstyrrelser. De naturlige svingningene i dagslys er viktigste fysiologiske stimulus for styring av døgnrytmen (Bakke & Nersveen 2013). Mangel på dagslys forstyrrer døgnrytmen, kan svekke helse, øke røyking, alkohol- og stoffmisbruk, depresjon, fedme og diabetes. Bygg med liten ytre overflate, stort volum og begrenset vindusareal reduserer varmetap og innstråling av for mye solvarme. Det sparer energi, men kan gi lang avstand til vinduene og lite daglys i de indre delene av lokalene. Dagslys er nødvendig for å styre døgnrytmen, «den biologiske klokken» og holde oss våkne, opplagte og friske. Vi har enda ikke dokumentasjon på at kunstig belysning kan erstatte dagslys. Vi kan kompensere manglende dagslys gjennom korte pauser en gang i timen for å få kontakt med dagslys ute eller større vindusflater i yttervegg. Men det krever at alle vet om det og tar hensyn til det. Dessverre blir det ofte glemt. Konsekvensene er lite kjent hos dem det gjelder.

**Utsyn** gir bedre evne og mulighet for å orientere seg i verden (geografisk og i rommet), særlig viktig ved kognitiv svikt, for eksempel ved utviklingshemming, hjerneskader, begynnende demens osv. Det er grunnleggende for mestring og kontroll og dermed for å oppleve «trygghet», trivsel, angstreduksjon og å dempe og forebygge psykiske problemer.

### Plan og bygningsloven er en viktig Helselov

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71>

- § 1-1. Lovens formål
  - «Loven skal fremme bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og framtidige generasjoner».
- § 3-1. Oppgaver og hensyn i planlegging etter loven
  - Innenfor rammen av § 1-1 skal planer etter denne lov:
- f) fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet
- h) fremme samfunnsikkerhet ved å forebygge risiko for tap av liv, skade på helse, miljø og viktig infrastruktur, materielle verdier mv



- § 29-5. Tekniske krav
  - Bygning med oppholdsrom for mennesker skal prosjekteres og utføres slik at krav til forsvarlig energibruk, planløsning og innemiljø, herunder **utsyn, lysforhold** (uthevet her), isolasjon, oppvarming, ventilasjon og brannsikring mv., blir oppfylt.

### Utredningsinstruksen

( <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/instruks-om-utredning-av-statlige-tiltak-utredningsinstruksen/id2476518/> )

krever utredning også av konsekvenser for helse. Fra 160216 er begrepet «helse» gått ut og det er i stedet etablert minimumskrav til utredning i form av seks spørsmål som skal besvares i alle statens utredninger:

1. Hva er problemet, og hva vil vi oppnå?
2. Hvilke tiltak er relevante?
3. Hvilke prinsipielle spørsmål reiser tiltakene?
4. **Hva er de positive og negative virkningene av tiltakene, hvor varige er de, og hvem blir berørt?** (uthevet her)
5. Hvilket tiltak anbefales, og hvorfor?
6. Hva er forutsetningene for en vellykket gjennomføring?

Spørsmål 4 synes særlig relevant for å kreve utredning av positive og negative konsekvenser for helse.

### For lite dagslys i moderne kompaktskoler og andre store energieffektive bygg

Arkitekt Leif Houck ved Universitetet for miljø og biovitenskap (UMB) undersøkte dagslysforholdene i 10 arkitektkonkurranser for skolebygg (Houck 2012, 2013). I åtte av disse hadde vinnerprosjektet det laveste løpemeter fasade per klasse. Tilgang til dagslys tapte i sju av ti vinnerprosjekter. Klasserommene er dype og smale med mindre vindusareal. Når kompaktskolene vant arkitektkonkurransene var det ikke fordi de har det beste læringsmiljøet.

Hensyn til dagslys og utsyn tapte mot hensyn til energieffektivitet. Det gjelder ikke bare skolebygg. Det er all grunn til å tro at dette er problemet i mange nye bygg og at utfordringene er størst i store bygg. Skolenes grupperom legges ofte i kjernen av bygget, dels med svært indirekte tilgang på dagslys og utsyn. Det er ofte der de mest sårbare elevene samles. Dype lyssjakter og indirekte tilgang til dagslys gjennom mange vindusvegger gir ofte for lite dagslys og utsyn. Selv om vi kan kompensere ved å ta pauser for å gå ut så er det sjelden at det skjer i praksis.

Forholdene i undervisningsarealene er verst for yrkesfag (Houck&Huynh 2015). Mens studieforberedende fag i all hovedsak har sin undervisning i rom med direkte tilgang på dagslys og utsyn, tilbringer flere klasser på yrkesfag hele dager, gjerne hele uken igjennom, i rom uten direkte utsyn eller uten dagslys. Utdanningsprogrammene Service og samferdsel, Design og håndverk, Bygg- og anleggsteknikk og Teknikk og industriell produksjon er de utdanningsprogrammene som kom klart dårligst ut.

Den norske «Sundhedsloven av 1860» krevde i §3 at Helserådet skulle overvåke forhold av betydning for helse, blant annet mangel på lys (Larsen 2010). I Storbritannia ble det i 1874 foreslått krav til dagslys med vinduer tilsvarende ca 20 % av gulvarealet (Robson 1874, Wu&Ng 2003). Det tilsvarer ca. 5% gjennomsnittlig dagslysfaktor. Disse anbefalingene ble stort sett implementert i Storbritannia og den vestlige verden for øvrig, inkludert Norge, og ble tillagt stor vekt. Dagens krav i Norge er 2 % gjennomsnittlig dagslysfaktor (TEK10 og Byggforsk Byggdetaljer 421.626).

Dagslysfaktor (DF) kan defineres som «dagslysbelysningen fra en jevnt overskyet himmel i et punkt på en flate innendørs angitt i prosent av den samtidige belysningen på en uskjermet horisontal flate utendørs» (Rauan 2013). Altså - **det relative dagslysnivået innendørs i forhold til dagslysnivået ute i det fri.**

«Dagslysinnfallet bestemmes av vinduets areal og plassering, skjerming fra terreng, andre bygninger o.l., rommets høyde og dybde samt refleksjonsegenskapene til de ulike overflatene i rommet». Det er ofte krevende å beregne (Byggforsk 2004), men under veiledningen til § 13-12 om lys, annet ledd, angis preaksepterte ytelser, også:

«Krav til dagslys kan verifiseres enten ved beregning som bekrefter at gjennomsnittlig dagslysfaktor i rommet er minimum 2 %, eller ved at rommets dagslysflate utgjør minimum 10 % av bruksarealet».

### Hva vet vi i dag om betydningen av dagslys og søvnforstyrrelser

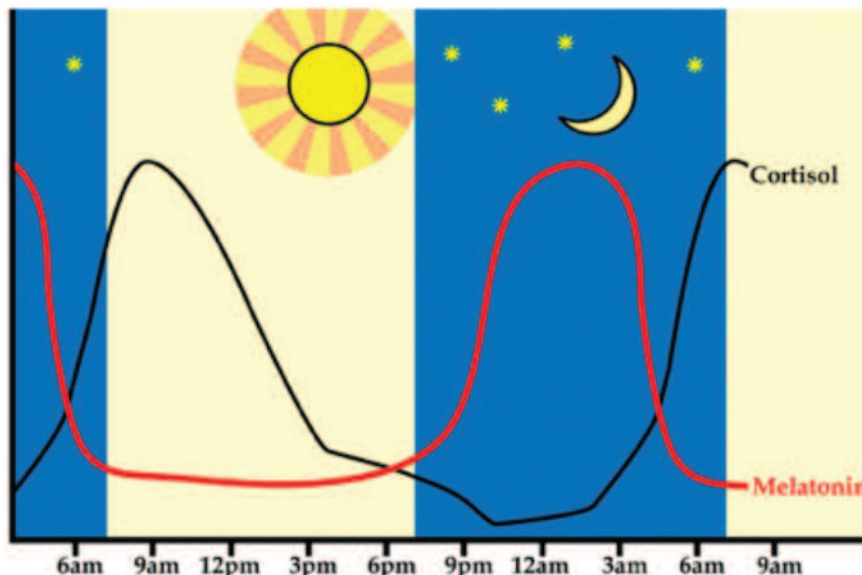
Mennesket er et «dagdyr» med en biologisk klokke som synkroniserer de biologiske funksjonene slik at funksjoner forbundet med aktivitet foregår på dagtid og funksjoner forbundet med hvile foregår om natten (Dumont & Beaulieu 2007, Bjorvatn & Pallesen 2009). Misforhold mellom den interne biologiske klokken og ønsket søvnrytme er hovedårsak til de fleste døgnrytmerelaterte søvnforstyrrelser og kan også være involvert i forstyrrelser av stemningsleiet. Siden lys er det viktigste miljøstimulus for timing av den biologiske klokken i forhold til dag-natt syklus, kan manglende eller uheldig lyseksponering bidra til døgnrytmelidelser.

Bevissthet og våkenhet påvirkes sterkt ved lysstimuli gjennom øynene og til dypere deler av hjernen hvor det har kraftig påvirkning og regulerer det humane circadian-systemet, den biologiske klokken, som i sin tur har regulerende virkning på nesten alle vev i kroppen (Brainard & Hanifin 2005, Dumont & Beaulieu 2007). Vi har lenge visst at «staver og tapper» i netthinnen (retina) mottar lys (fotoreseptorer) som inngår i dannelsen av synsinntrykk. I 1998 ble det avdekket ytterligere et system for oppfatning av lys i netthinnen. Det inngår ikke i bildedannelse, men sender signaler inn til det epifysen som styrer den biologiske klokken. Disse cellene bruker et eget fotopigment, melanopsin, som har en maksimal følsomhet i den blå delen av spekteret, rundt 480 nm. Dagslys reduserer dermed utskillelse av søvnfremmende melatonin fra epifysen og styrer vår biologiske klokke og døgnrytmen.

Tidligere har vi ikke hatt eksponering for kunstig lys som inneholder blått lys i bølgelengder rundt 480 nm og som dermed kan blokkere/for-  
sinke dannelsen av søvnfremkallende melatonin fra episyfysen. Moderne diodeteknologi har både gitt oss belysning og skjermteteknologi  
der slikt lys nå er helt vanlig. Hvordan kan det påvirke søvnrytme og folkehelse?

Lys kan utløse termofysiologiske responser med endring av temperaturopplevelse, hvilestoffskiftet og termisk komfort (Te Kulve et al  
2016). Blått lys om kvelden hindrer naturlig nedsettelse av kjernetemperatur. Rødere lys gir fornemmelse av høyere temperatur. Også  
synsintrykk kan endre fornemmelse av termiske omgivelser.

Dette er kunnskaper som kan bidra både til bedre folkehelse og lavere energiforbruk.



Figur (<http://www.thepaleomom.com/2014/02/regulating-circadian-rhythm.html>)

Misforhold mellom den interne biologiske klokken og ønsket søvnrytme er hovedårsak til de fleste døgnrytmerelaterte søvnforstyrrelser og kan også være involvert i forstyrrelser av stemningsleiet. Melatonin er «hvile-/restitusjonshormon», kortisol er et «aktivitets- og yt-  
elseshormon».

Utilstrekkelig eller dårlig søvn og søvnighet er hyppige problemer særlig hos barn og unge og det påvirker læring, hukommelse og skole-  
prestasjoner (Dewald et al 2010). Det er økende evidens for at utilstrekkelig søvn bidrar til den pågående epidemien av fedme hos barn  
og unge (Cauter & Knutson 2008). Både søvnighet, søvnkvalitet og søvnlangde påvirker skoleprestasjoner, og effektene er størst hos de  
yngste og større på gutter enn på jenter (Dewald et al 2010). En rekke forhold bidrar til dette inkludert tilgang til dagslys, men vi har  
fortsatt behov for mer kunnskap om hvor mye de ulike faktorene betyr og hvilke forebyggende og helsefremmende tiltak som er mest ef-  
fektive (Dumont & Beaulieu 2007, Dewald et al 2010).

Personer som fikk mesteparten av dagslyset om morgenen, hadde signifikant lavere Body Mass Index (BMI) enn de som fikk mest dagslys  
senere på dagen (Reid et al 2014). Budskapet er at vi bør få mer sollys mellom kl 8 og 12 på formiddagen. 20-30 minutter med morgenlys  
kan være nok til å påvirke BMI.

I California var utviklingen i tester av elevenes skoleprestasjoner fra høst til vår 15-23 % bedre i klasserommene med best tilgang på  
dagslys sammenlignet med de som hadde dårligst tilgang (Nicklas & Bailey 1997, Hescong et al 2002).

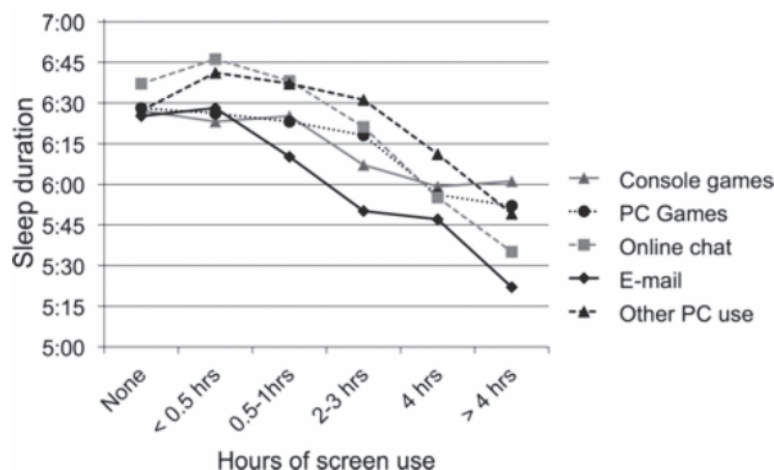
Det fysiske læringsmiljøet forklarte 16 % av variasjonen i elevenes læringsutvikling i lesing, skriving og matematikk i en studie av 153  
klasserom i 27 skoler med 3766 elever (Barrett et al 2015). Av de ti parameterne som prosjektet forsket på, hadde syv tydelige effekter på  
elevenes læring i barneskolen: lys, temperatur, luftkvalitet, eierskap, fleksibilitet, kompleksitet og farger. Størst betydning for læring  
hadde lys, temperatur og luftkvalitet.

### Nyere kunnskaper

10 000 norske 16-18-åring i Hordaland 2012 opparbeidet i løpet av uka en gjennomsnittlig søvnmangel på to timer som de ikke klarer  
å ta igjen i helgen (Hysing et al 2013).

«Forsinket søvnfasesykdom» (Delayed Sleep Phase Disorder, DSPD) karakteriseres ved at det ikke er mulig å fremskynde søvnfasen med  
enkle tiltak, men at den kan påvirkes av kombinert behandling med melatonin og lys (Saxvig et al 2013, Wilhelmsen-Langeland et al  
2014). Hyppigheten av DSPD anslås til 7-15% hos tenåringer og svekker læring, hukommelse og skoleprestasjoner. Det er størst effekt hos  
de yngste og største effekt hos gutter enn hos jenter.



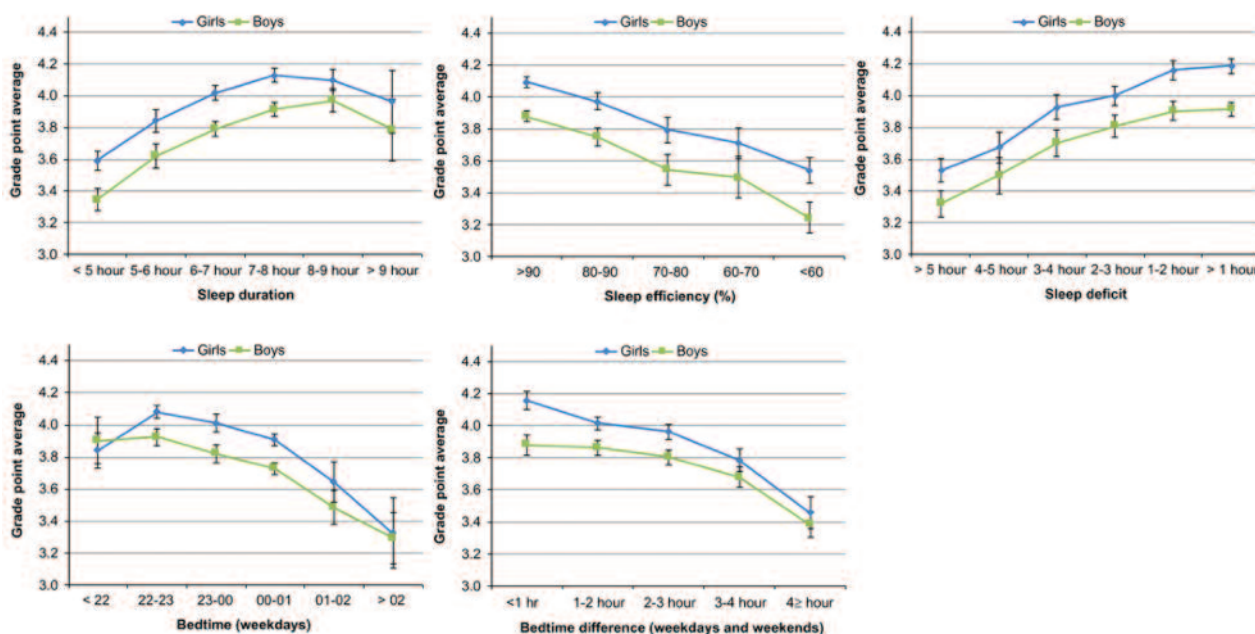


Figur fra Hysing et al 2015A

Tid brukt på skjermt teknologi var assosiert med redusert søvnslengde. Nesten alle var eksponert den siste timen før sengetid (Hysing et al 2015A). Det var dose-respons sammenheng mellom varighet av søvn og bruk av skjermt teknologi. Figuren viser assosiasjon mellom PC-bruk og risiko for mindre enn fem timers søvn ( $OR=2.70$ ;  $CI\ 2.14 - 3.39$ ), og tilsvarende lavere odds for 7-8 timers søvn ( $OR=1.64$ ;  $CI\ 1.38 - 1.96$ ). Risikoen for selvskading er fire ganger høyere blant ungdom med søvnmvansker og større blant jenter enn gutter (Hysing et al 2015B).

Blåfilterapp siste timene på kvelden før nattero kan hjelpe noe. Eksempel: «Bluelight Cut by ELECOM APPS» (Free) for Iphone and Ipad (fra App store).

I en norsk-svensk studie av 15-16-åringer hadde 50% nøytral døgnrytme, 37% kveldsrytme (natterangler) og 13 % morgenfugler (Lundgren et al 2015). Morgenfuglene og de nøytrale rapporterte at de spiste oftere frokost enn natteranglerne og pusset oftere tennene sine to ganger daglig. Natteranglerne hadde nesten fire ganger så stor risiko for hull i tennene som morgenfuglene.



Figur: Søvn og skoleresultater hos 16-19 år gamle norske skoleelever (Hysing et al 2016)

Figuren viser hvordan skoleresultatene er sterkt knyttet til søvnslengde (optimalt 7-8 timer), søvnkvalitet, søvnmangel, leggetid (optimalt 22-23) og lite avvik mellom leggetid i helg sammenlignet med leggetid på ukedager (Hysing et al 2016).

### Behov for en egen folkehelsepolitikk for søvnhelse?

Nyere forskning viser at ikke bare tilgang til dagslys, men mange andre forhold i våre moderne samfunn forstyrrer døgnrytme og helse. Søvnforstyrrelser skader helse og øker risiko for feilhandlinger og ulykker. I økende grad etterspørres en mer bevisst og målrettet folkehelsepolitikk på dette feltet (Barnes & Drake 2015). Forholdene karakteriseres som en «søvnkrise» som påvirker folkehelse spørsmål med effekter på kognitiv funksjon, mental helse, fysisk helse, arbeidsevne og sikkerhet. Barnes & Drake anbefaler å etablere nasjonale standarder for skoletid, strengere arbeidstidsregler, oppheve sommertid (ved overgang til sommertid gir søvnforstyrrelser en rekke negative konsekvenser for helse, mer ulykker og feilhandlinger), informere allmennheten om effekter på søvn av bruk av elektroniske medier, og bedre tilgang til poliklinisk undersøkelse og behandling av søvnforstyrrelser.



Figur. Plakater om friske barns sengetid - Barnas Vel. Fotografert av Dr. Carl Schjøtz, 1923

<http://digitaltmuseum.no/021016116277>. En senere versjon var i bruk på 1950-tallet signert Den Norske Nationalforening For Folkehelsen (Foto Trond Nordvik). Disse rådene kunne vært effektive mot de store utfordringene som Hysing et al 2016 nå påviser hos 16-19 år gamle norske skoleelever.

#### Litteratur

Bakke JV, Nersveen J. Ikke glem dagslys og utsyn! Helserådet 2013; 12. 14. juni 2013, 21. årgang. Side 8-11. Helserådet 2013; 12 kan lastes ned fra <http://www.helsebiblioteket.no/samfunnsmedisin-og-folkehelse/helseradet>

Barnes CM, Drake CL. Prioritizing Sleep Health: Public Health Policy Recommendations. *Perspect Psychol Sci.* 2015 Nov;10(6):733-7. doi: 10.1177/1745691615598509.

Barrett P, Davies F, Zhang Y, Barrett L. The impact of classroom design on pupils' learning: Final results of a holistic, multi-level analysis, *Building and Environment* 2015; 89: 118-133.

Bjorvatn B, Pallesen S. A practical approach to circadian rhythm sleep disorders. *Sleep Med Rev.* 2009 Feb;13(1):47-60.

Brainard GC, Hanifin JP. Photons, clocks, and consciousness. *J Biol Rhythms* 2005;20:314-25.

Byggforsk 2014. Beregning av gjennomsnittlig dagslysfaktor og glassareal. Byggdetaljer 421.626. ISSN 2387-6328. SINTEF Byggforsk. Publisert Høst 2014

Cauter EV, Knutson KL. Sleep and the epidemic of obesity in children and adults. *European Journal of Endocrinology* (2008) 159 S59-S66.

Dewald JF, Meijer AM, Oort FJ, Kerkhof GA, Bogels SM. The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: a meta-analytic review. *Sleep Med. Rev.*, 2010, 14: 179-189.

Dumont M, Beaulieu C. Light exposure in the natural environment: relevance to mood and sleep disorders. *Sleep Med.* 2007 Sep;8(6):557-65

Heschong, L., Wright, R. L., & Okura, S. (2002). Daylight impact on Human Performance in School. *Journal of the Illuminating Engineering Society* (Summer), 101-114.

- Houck LD 2012. Dagslysets kår blant vinner- og taperprosjekter i arkitektkonkurranser om nye skoler. IMT-rapport nr 46/2012. Universitetet for miljø- og biovitenskap UMB. ISSN 1503-9196.  
[http://www.skoleanlegg.utdanningsdirektoratet.no/uploads/Artikler\\_vedlegg/Dagslys%20rapport%20Houck.pdf](http://www.skoleanlegg.utdanningsdirektoratet.no/uploads/Artikler_vedlegg/Dagslys%20rapport%20Houck.pdf)
- Houck LD 2013. Skolelys i mørke skoler? Dagslysets kår i skolekonkurranser. Arkitektur 2/13: 16-27.  
<http://www.arkitektur.no/arkitektur-n-nr-02-2013>
- Houck LD, Huynh N. Forskning. En lysende framtid for alle? ARKITEKTUR N nr. 7 2015, s 30-41.
- Hysing M, Pallesen S, Stormark KM, Jakobsen R, Lundervold AJ, Sivertsen B. Sleep and use of electronic devices in adolescence: results from a large population-based study. BMJ Open. 2015A Feb 2;5(1):e006748. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006748.
- Hysing M, Sivertsen B, Stormark KM, O'Connor RC. Sleep problems and self-harm in adolescence. Br J Psychiatry. 2015B Jul 23. pii: bjp.bp.114.146514.]
- Hysing M, Harvey AG, Linton SJ, Askeland KG, Sivertsen B. Sleep and academic performance in later adolescence: results from a large population-based study. J Sleep Res. 2016 Jan 30. doi: 10.1111/jsr.12373.
- Larsen Ø. Sundhetsloven 150 år. Lov og forarbeider. Michael Quarterly. Publication Series of The Norwegian Medical Society. Det Norske Medisinske Selskab. ISBN 978-82-92871-98-0. Michael 2010; 7: Supplement 8; 119-20 [http://www.dnms.no/index.php?supp\\_id=107086&a=4](http://www.dnms.no/index.php?supp_id=107086&a=4)
- Lundgren AM, Öhrn K, Jönsson B. Do adolescents who are night owls have a higher risk of dental caries? – a case-control study. Int J Dent Hyg. 2015 Jul 22. doi: 10.1111/idh.12165.
- Nicklas, MH, Bailey GB. (1997). Student Performance in Daylit Schools: Innovative Design. Analysis of the performance of students in daylit schools. <http://www.innovativedesign.net/files/Download/Analysis%20of%20Student%20Performance%20in%20Daylit%20Schools.pdf>
- Rauan, Benedicte N (2013). Forutsetninger for godt dagslysdesign - og utfordringer med å få dette til i moderne bygg. Lysdesign i Multiconsult. Aksess 090516:  
[http://www.isiaq.no/Portals/22/Tilgjengelige\\_filer/Fagm%C3%B8te%20juni2013/Rauan%20NIO%202013-06-06.pdf](http://www.isiaq.no/Portals/22/Tilgjengelige_filer/Fagm%C3%B8te%20juni2013/Rauan%20NIO%202013-06-06.pdf)
- Reid KJ, Santostasi G, Baron KG, Wilson J, Kang J, et al. (2014) Timing and Intensity of Light Correlate with Body Weight in Adults. PLoS ONE 9(4): e92251. doi:10.1371/journal.pone.0092251
- Robson ER. School architecture: being practical remarks on the planning, designing, building and furnishing of school-houses. London: John Murray, 1877 (2nd ed.). 440 sider <https://archive.org/details/schoolarchitectu00robsuoft> . (Lighting, s 168-179, Windows, s 223 – 227)
- Saxvig IW, Wilhelmsen-Langeland A, Pallesen S, Vedaa O, Nordhus IH, Bjorvatn B. A randomized controlled trial with bright light and melatonin for delayed sleep phase disorder: effects on subjective and objective sleep. Chronobiol Int. 2014 Feb;31(1):72-86. doi: 10.3109/07420528.2013.823200. Epub 2013 Oct 21.
- Te Kulve M, Schellen L, Schlangen LJ, van Marken Lichtenbelt WD. The influence of light on thermal responses. Acta Physiol (Oxf). 2016 Feb;216(2):163-85. doi: 10.1111/apha.12552. Epub 2015 Aug 6.
- TEK 10. DIBK:Veiledning om tekniske krav til byggverk (TEK10) [https://www.dibk.no/no/old-dxp/Veiledning-om-tekniske-krav-til-byggverk/Se § 13-12. Lys](https://www.dibk.no/no/old-dxp/Veiledning-om-tekniske-krav-til-byggverk/Se%20§13-12.Lys)
- Wilhelmsen-Langeland A, Saxvig IW, Pallesen S, Nordhus IH, Vedaa Ø, Lundervold AJ, Bjorvatn B. A randomized controlled trial with bright light and melatonin for the treatment of delayed sleep phase disorder: effects on subjective and objective sleepiness and cognitive function. J Biol Rhythms. 2013 Oct;28(5):306-21. doi: 10.1177/0748730413500126.
- Wu W, Ng E. A review of the development of daylighting in schools. Lighting Res. Technol., 2003; 35(2), 111-125.  
<http://www.labcon.ufsc.br/anexos/33.pdf>



#### Mer om Carl Schjøtz ( [https://snl.no/Carl\\_Schi%C3%B8tz](https://snl.no/Carl_Schi%C3%B8tz) )

Carl Schjøtz (1877 – 1938), født i Hamar, norsk lege, bror av J. H. Schjøtz. Dr.med. 1918. Samme år ble han sjef for skolelegevesenet og sunnhetsinspektør for barneforsorgen i Oslo. Professor i hygiene og bakteriologi 1931–38. Schjøtz utførte en rekke omfattende og betydningsfulle undersøkelser over skolebarns helse og gjorde mye for skolehygienens utvikling. Han innførte bl.a. «skolefrokosten» (Oslofrokosten).

Bilde: <http://www.tannvern.no/index.php/styreledere>

Referansekode i 'Helserrådet': MHV 2016 – 25. Stikkord: Dagslys. Læringsmiljø. Skoler.

# Ingen beviser for helsefare ved å spise genmodifiserte vekster

(forskning.no 18.5.2016)

En bred gjennomgang av forskning på genmodifiserte vekster fant ingen beviser for at det er farlig å spise dem. **NTB**

Resultatene av gjennomgangen er lagt fram av US National Academies of Sciences og tar for seg to tiår med forskning. Selv om det ikke ble funnet beviser på at det er farlig å spise slik mat, advarer rapporten mot risiko knyttet til resistens hos insekter og ugress.

– Vi gravde dypt i litteraturen for å se på dataene om genmodifiserte og tradisjonelle planter med friske øyne, sier Fred Gould, som har ledet komiteen som står bak gjennomgangen og rapporten.

Han innrømmer at både data og følelser rundt det kontroversielle emnet «har skapt et forvirrende landskap». Målet med den nye rapporten er å gi en uholdt oversikt, sier Gould.

Se hele denne artikkelen fra forskning.no inkludert en del relatert materiale ved å gå inn på <http://forskning.no/genmodifisert-mat/2016/05/ingen-beviser-helsefare-ved-spise-genmodifiserte-vekster>.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016 – 38. Stikkord: Genmodifisert mat.

## To studier viser at zika-viruset krymper hjernen (forskning.no 13.5.2016)

Det har manglet direkte forskningsresultater. Nå viser forsøk at infeksjon med zika-viruset ga musunger tegn på mikrocefali.

**Ingrid Spilde**, journalist

Det er mye som tyder på at det myggoverførte zika-viruset kan gi misdannelser på foster.

For det første skjedde det et utbrudd av zika-infeksjoner samtidig med en enorm økning i tilfeller av mikrocefali hos nyfødte.

I områdene der zika-feberen hadde rast, rapporterte brasilianske helsemyndigheter om en 20-dobling av barn født med den karakteristiske forminskede hjernen.

Prøver har også påvist viruset både i fostervannet, i morkaken til infiserte nybakte mødre og i blodet til syke spedbarn. Dette tyder på at viruset kan overføres fra mor til barn før fødselen, noe som igjen støtter hypotesen om at zika-infeksjon hos mora kan gi mikrocefali hos barnet.

Men hittil har forskerne manglet direkte beviser.

Denne uka kommer det imidlertid resultatene fra to ulike forskningsprosjekter, som har forsøkt å finne slike beviser.

Se hele artikkelen fra forskning.no ved å gå inn på <http://forskning.no/svangerskap-sykdommer-virus-barn-og-ungdom/2016/05/studier-viser-zika-viruset-krymper-hjernen>.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016 – 65. Stikkord: Zika-virus. Misdannelser.

## Skiftarbeid gir tidligere aldring av hjernen (forskning.no 18.5.2016)

Skiftarbeidere gjør det dårligere enn andre på en test som måler svekking av tenkeevnen.

**Anne Lise Stranden**, journalist.

Det viser en studie fra universitetet i Uppsala som er publisert i *Neurobiology of Aging*. Forskere har mistenkt at skiftarbeid kan føre til kognitive forstyrrelser hos mennesker, men hittil har bevisene spriket.

Forskerne brukte en test som er vanlig for å undersøke svekket evne til å analysere og konsentrere seg. De fleste bruker lengre tid på å fullføre testen, jo eldre de blir.

Men i tillegg fant forskerne ut at deltakerne over 45 år løste oppgavene tregere hvis de jobbet skift.

Se hele artikkelen fra forskning.no inkludert en del relaterte artikler ved å gå inn på <http://forskning.no/forebyggende-helse-hjernen-arbeid/2016/05/skiftarbeid-gir-tidligere-aldring-av-hjernen>.

Referansekode i 'Helserådet': ARB 2016 – 10. Stikkord: Skiftarbeid.



# Helsebiblioteket fyller 10 år

Fri tilgang til nyttig og pålitelig kunnskap for helsepersonell i 10 år!



Helsebiblioteket.no helsepersonell fri tilgang til to av verdens mest brukte kliniske oppslagsverk, en stor samling tidsskrifter, de mest sentrale databasene innenfor medisin og helsefag, og mye annet.

Eksempler på mye brukte oppslagsverk er UpToDate, BMJ Best Practice og Micromedex. Blant databasene finnes både MEDLINE, EMBASE og Cinahl. Vi abonnerer på omtrent 2500 tidsskrifter, inkludert British Medical Journal, New England Journal of Medicine, JAMA, The Lancet og Annals of Internal Medicine.

I tillegg til å gi tilgang til lisensbelagte ressurser, publiserer vi norskprodusert innhold som prosedyrer fra Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer, metodebøker og veiledere fra ulike ekspertmiljøer og nasjonale retningslinjer fra Helsedirektoratet – og mye annet. Innen retningslinjer dekker vi fagfelt som akuttmedisin, barn og unge, kreft, indremedisin og legemidler.

## Enkel tilgang

De fleste ressursene er fritt tilgjengelige for alle som kommer fra en norsk IP-adresse, men noen er forbeholdt helsepersonell og krever innlogging. Sykehus og helseinstitusjoner er ofte automatisk innlogget. Er du ikke automatisk innlogget, kan du registrere deg som bruker på Helsebiblioteket.no og logge deg på med brukernavn og passord. Registrering og bruk er gratis.

På Helsebiblioteket finner du over 30 ulike emneinnnganger der vi har samlet innhold basert på utvalgte temaer og fagfelt. En av de første emneinnngangene som ble etablert, var Samfunnsmedisin og folkehelse. Andre eksempler er Psykisk helse, Legemidler, Fysioterapi, Allmennmedisin og Kreft.

## Nyttige verktøy for mobil

Vi har også apper som er gratis tilgjengelig for nedlasting for iOS- og Androidenheter. For deg som arbeider med legemidler, kan appen «Legemiddelutregning» være nyttig. Dette er en pedagogisk kalkulator som hjelper deg med å beregne riktig medisinmengde med utgangspunkt i ordinasjonen og aktuell legemiddelform. En annen populær app er «Legevakthåndboken». Arbeider du med barn, kan appen «Pediatri» som bygger på veilederne Generell veileder i pediatri og Akuttveileder i pediatri, være til nytte i din praksis.

## Besøk av Helsebiblioteket.no?

Helsebiblioteket holder foredrag, kurs og sender ut skriftlig informasjon til helsepersonell for at alle skal bli kjent med mulighetene de har via Helsebiblioteket.no

Ønsker du besøk av oss, kontakt oss gjerne på e-post: [redaksjonen@helsebiblioteket.no](mailto:redaksjonen@helsebiblioteket.no) eller på telefon 464 00 486.

Referansekode i 'Helserådet': RED 2016 – 9. Stikkord: Helsebiblioteket.

For 10 år siden var det svært ulik tilgang på kunnskapskilder i helsetjenesten, både mellom de store universitetssykehusene og lokalsykehusene, og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. De største sykehusene hadde tilgang til både tidsskrifter, databaser og oppslagsverk, mens helsepersonell i kommunehelsetjenesten nesten ikke hadde tilgang til noe av dette.

For å bedre denne situasjonen, ble Helsebiblioteket.no lansert 6. juni 2006. Visjonen var at gjennom å gi enkel tilgang til nyttig og pålitelig kunnskap, kunne man også bidra til å heve kvaliteten på helsetjenestene.

Helsebiblioteket er offentlig finansiert og er siden 1. januar 2016 en del av Folkehelseinstituttet.

## Stor økning i innhold på 10 år

Både bruken og mengden innhold har økt i løpet av de ti årene Helsebiblioteket.no har eksistert. I dag gir



## Folkehelsekonferansen 2016

### LOKALSAMFUNN FOR FRAMTIDA SAMARBEID PÅ TVERS FOR HELSE OG TRIVSEL!

17.-18. oktober 2016, Scandic Havet, Bodø

Konferansen begynner 17. oktober kl. 12.00 og slutter 18. oktober kl. 14.00

God helse skapes der vi lever livene våre.  
Hvordan kan vi samarbeide på tvers av sektorer for  
å skape lokalsamfunn som er gode å leve i?



#### FOLKEHELSEKONFERANSEN ER DEN STØRSTE AV SITT SLAG

I NORGE, og er en viktig kontakt  
- og læringsarena for ansatte i  
kommuner og fylkeskommuner,  
politikere, forvaltere, forskere,  
studenter, helsepersonell, frivil-  
lige og andre med interesse for  
folks helse, trivsel og levekår.



For mer informasjon, program og påmelding:  
[www.folkehelsekonferansen.no](http://www.folkehelsekonferansen.no)

Folkehelseforeningen



SUNNE KOMMUNER



Helsedirektoratet

## HELSETILSYNET

19.5.2016

### Siste tilvekstliste fra biblioteket i Helsetilsynet

Fredag fremmes det et lovforslag som gjør det mulig å opprette et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).  
Bøker, rapporter og nettdokumenter registrert i biblioteket 19. april – 19. mai.



#### Sosiale tjenester

**Forsøk med NAV-veiledere i videregående skole: en underveisevaluering/** Angelika Schafft, Sverre-Erik Mamelund  
Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet (AFI), 2016  
[Lenke til dokumentet](#)

**Betingelser for sosialt arbeid: en case- og surveystudie fra fem storbyer og syv storbykontorer/** Knut Fosseth, Eric Breit, Elin Borg  
Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet (AFI), 2016  
[Lenke til dokumentet](#)

**Arbeidsrettet brukeroppfølgning : "place then train" i kvalifiseringsprogrammet i Nav?/** Øystein Spjelkavik  
Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet (AFI), 2016  
[Lenke til dokumentet](#)



#### Tverrfaglig, annet

**Kultur og systemer i læring: en kunnskapsoversikt om organisatorisk læring og sikkerhet/** Ragnar Rosness, Torstein Nesheim, Ranveig Kviseth Tinmannsvik  
Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn, 2013  
[Lenke til dokumentet](#)

**Sosiale forskjeller i unges liv: hva sier Ungdata-undersøkelsene?/** Anders Bakken, Lars Roar Frøyland og Mira Aaboen Sletten  
Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA, 2016  
[Lenke til dokumentet](#)

**Kunnskapsgrunnlag barnefattigdom**  
Oslo: Bufdir, 2016  
[Lenke til dokumentet](#)



**Insatser mot barnfattigdom/** Tone Fløtten, Anne Skevik Grødem, Karin Källsmyr

Stockholm: Nordens Välfärdscenter, 2016

[Lenke til dokumentet](#)

2016/20

**Endringskynisme og kunsten å skape god endringspraksis/** Oscar Amundsen, Trond Kongsvik

Oslo: Gyldendal akademisk, 2016

**Resultatdokumentation og evaluering – Håndbog for sociale tilbud**

København: Socialstyrelsen (Danmark), 2016

[Lenke til dokumentet](#)

**Barn, miljø og helse: risiko- og helsefremmende faktorer**

Oslo: Folkehelseinstituttet, 2016

[Lenke til dokumentet](#)

2016/22

**Barnekonvensjonen: barns rettigheter i Norge/** Njål Høstmælingen, Elin Saga Kjørholt og Kirsten Sandberg (red.)

Oslo: Universitetsforlaget, 2016

**Risiko 2016: Kan sikkerhet styres?**

Sandvika: Nasjonal sikkerhetsmyndighet, 2016

[Lenke til dokumentet](#)



### Barnevern

**Barn i familjehem: forslag på tiltak som skulle gjøre skillnad for samhällets mest utsatta/** Titti Mattsson & Bo Vinnerljung

Stockholm: SNS förlag, 2016

[Lenke til dokumentet](#)

**Riskbaserad tillsyn av familjehemsvård**

Stockholm: Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO), 2016

[Lenke til dokumentet](#)

**Bruken av private aktører i barnevernet – ansvar på avveie?/** Tyra Ekhaugen og Ingeborg Rasmussen

Oslo: Vista analyse as, 2016

[Lenke til dokumentet](#)

**Hensyn til kultur - til barnets beste? : en analyse av 17 barnevernssaker om omsorgsovertakelse og plassering av minoritetsbarn/**

Sanne Hofman

Oslo: Universitetet i Oslo. Avdeling for kvinnerett, barnevern, likestillings- og diskrimineringsrett, 2010

[Lenke til dokumentet](#)

**Terskelen for omsorgsovertakelse: en analyse av rettspraksis/** Liselotte Paulsen

Tromsø: UiT Norges arktiske universitet, 2015

[Lenke til dokumentet](#)



### Helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenester

**"Vi kan ju inte hjälpa dem om vi inte frågar vad de vill ha hjälp med": en rapport om brukarmedverkan på verksamhetsnivå inom psykiatri, missbruks- och beroendevården/** Tomas Bons, Marianne Paunia

Tumba: FoU Södertörns, 2016

[Lenke til dokumentet](#)

Htll/rapport

**Oppfølging av varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten – et relevant bidrag i pasientsikkerhetsarbeid?: status og erfaringer 2015 fra Undersøkelsenheten i Statens helsetilsyn**

Oslo: Statens helsetilsyn, 2016

[Lenke til dokumentet](#)

**Stärkt stöd till barn som anhöriga: – Resultat och slutsatser från fem års utvecklingsarbete**

Stockholm: Socialstyrelsen, 2016

[Lenke til dokumentet](#)

2016/21

**Barn, vold og traumer: møter med unge i utsatte livssituasjoner/** Carolina Øverlien, Mona-Iren Hauge, Jon-Håkon Schultz (red.)

Oslo: Universitetsforl., 2016

**Tolkar i hälso- och sjukvården och tandvården – Kartläggning våren 2016**

Stockholm: Socialstyrelsen, 2016

[Lenke til dokumentet](#)

**Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända – Delrapport 2016**

Stockholm: Socialstyrelsen, 2016

[Lenke til dokumentet](#)**Å favne bredt og treffe rett : en sammenfatning av satsingen under Demensplan 2015/ Linda GjØra**

TØnsberg: Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, 2016

[Lenke til dokumentet](#)**Oppsummering av forskning, artikler og rapporter fra omsorgsfeltet (årlig)**

Oslo: Helsedirektoratet

[Lenke til dokumentet](#)

2016/23

**Practicing patient safety in psychiatry/ Geetha Jayaram**

New York: Oxford University Press, 2015

**Produktivitetskillnader mellom akutsjukhus i Norden / Clas Rehnberg**

Stockholm: Svenskt Näringsliv, 2016

[Lenke til dokumentet](#)**Effektiv vård: slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården**

Stockholm: Socialdepartementet , 2016

[Lenke til dokumentet](#)**Habilitering, rehabilitering og bruk av avtalefysioterapeuter i primærhelsetjenesten**

Oslo: Helsedirektoratet, 2016

[Lenke til dokumentet](#)**Foreldre til barn med funksjonsnedsettelse - Erfaringer fra møtet med spesialisthelsetjenesten/ Espen Nicolaisen, JØrgen Edvin Westgren**

Tromsø: Norges arktiske universitetet. Institutt for psykologi, 2016

[Lenke til dokumentet](#)

Referansekode i 'Helserrådet': MET 2016 – 18. Stikkord: Litteratur. Faglitteratur.

## Fra Skadeforebyggende forum:

**Velkommen til temaseminar om barnesikkerhet, onsdag 15. juni****«Barn, lek, utfoldelser og ulykker... - hva skjer, hvorfor og hvem har ansvar»****Tid / sted: Onsdag 15. juni kl 10–14.30, KS møtesenter Agenda, Haakon VII's gate 9, Oslo**

Oslo skadelegevakt vil presentere en ny dybdestudie om ulykker i skoler og barnehager. Vi vil også møte en psykolog som forsker på utetid i barnehagen og barns helse, og speideren som inviterer barn til å oppleve utfordringer og mestring. En svensk forsker vil belyse risikohåndtering og skadeforebyggende arbeid i skoler og barnehager, og vi vil få en juridisk orientering rundt krav og ansvar hvis ulykken er ute. Påmelding til [post@skafor.org](mailto:post@skafor.org), senest 6. juni 2016

Gratis for medlemmer i Skadeforebyggende forum, kr 500 for andre.

**[Risikorydding](#)**

550.000 må ha behandling for skader hvert år i Norge. De fleste skadene kan unngås. Med vårt nye prosjekt Risikorydding vil vi motivere deg, dine naboer, lag, foreninger, skoler, eldresenter med flere til å delta i en nasjonal dugnad for økt sikkerhet. Mange har allerede oppdaget nettstedet [www.Risikorydding.no](http://www.Risikorydding.no). Bruk det og dele gjerne informasjonen med andre. Se filmen om den stakkars familien Klomsen som rammes av mange vanlige hjemmeulykker, og følg oss på Facebook, [facebook.com/risikorydding/](https://facebook.com/risikorydding/) og få nyttige tips om en tryggere hverdag.

Jobber du i en kommune, en institusjon eller en organisasjon som vil bli med på Risikorydding? Ta kontakt med oss! Send en mail til [Karoline@risikorydding.no](mailto:Karoline@risikorydding.no) og hun vil kunne sende informasjon og materiell. Vi har bl.a. trykket opp informasjonskort med sjekklister for sykkel, trampolin, hagen og oppbevaring av medisiner. Vi er i samarbeid med flere kommuner om spesielle tiltak, bl. a. «trygghetsvandring» for ulike målgrupper og bruk av «tryggsekken», en ryggsekk fylt opp med praktiske løsninger som gjør hverdagen tryggere. Den kan f.eks. brukes ved hjemmebesøk hos eldre. Risikorydding er en av åtte metoder som er tatt inn som en del av Helsedirektoratets utviklingsatsning på trygghets- og helsefremmende tiltak i nærmiljøet.

## Rekord oppslutning på årskonferansen

Det var fullt hus på Skadeforebyggende forums konferanse «Klok av skade?» den 20. april. Skadeforebyggere fra ulike sektorer fikk høre om betydningen av å planlegge for beredskap, om hvem som skader seg, hvor og hvorfor, om samfunnskostnader og skadeforebygging i praksis. Det nye prosjektet Risikorydding ble presentert og deltakerne ble invitert til samarbeid.

Med godt oppmøte og en rekke spennende foredragsholdere var konferansen en god ramme for å drøfte forebyggingstiltak og utviklingsmuligheter. [Her](#) finner du presentasjonene fra konferansen. Det ble ikke foretatt noen endringer i styret på årsmøtet. Styrets medlemmer finner du på nettstedet under «om oss». Vi har også lagt ut [årsmeldingen for 2015](#).

Nyttig E5 vite:

- **Fredag 13. Myter og realiteter** var overskriften på kronikken og vår pressemelding som vi gikk ut med tidligere denne måneden. Det er en myte at det skjer flere ulykker kun på den 13., men det er en realitet at de fleste ulykker skjer hjemme. [Les mer](#).
- **12th World Conference on Injury Prevention and Safety Promotion, "Safety 2016"**. I år er det Tampere, i Finland som er vertskap for WHO's konferanse. Temaet er «From research to implementation». Her vil du møte verdens ledende forskere innen skadeepidemi, årsakssammenheng og forebygging – og praktikere fra ulike felt. Det blir arrangert en egen sesjon om lokalt skadeforebyggende arbeid og Safe Communities. Dette er en unik mulighet til å møte ledende miljøer innenfor skadeforebygging, forskere, institusjoner og forebyggere.
- **Med helt ny web-site kan EuroSafe** (European Organization for Injury Prevention and Safety Promotion) tilby nyttig informasjon og skadestatistikk fra hele Europa. Skafor var på sin tid med på å etablere EuroSafe og har deltatt i arbeidet på europeisk nivå i mer enn 20 år.
- **EuroSafe arrangerer dagseminar om skadestatistikk i Wien, 9. november 2016** i forkant av høstens store europeiske folkehelsekonferanse. Her vil du møte sentrale forskere og brukere av skadedata fra hele Europa. Frist for å sende inn abstrakts er 1. juni.
- **Nyttig kunnskapsbase:** Vår søsterorganisasjon i Australia inviterer til webinar onsdag 1. juni, kl 10.30-11.30 NB! lokal tid, AEST; «Translating research evidence into practice using the International Safe Community model». [Påmelding](#). Med tidsforskjellene er det ikke alltid like enkelt å følge disse webinarer direkte, men de legges også ut på nett; [webinar på nett](#).
- Vi gjør oppmerksom på **Folkehelsekonferansen 2016**, som går av stabelen 17. og 18. oktober i Bodø. Tittelen på årets konferanse er *Lokalsamfunn for framtida*, og den vil i særlig grad adressere viktigheten av samarbeid på tvers av sektorer for å skape gode og levende lokalsamfunn.
- Vi minner om høstens seminar: **«Innhenting og bruk av skadedata»**, 29. november og **«Eldresikkerhet – hva kan pårørende gjøre for å øke tryggheten»** 6. desember. Begge finner sted på KS-møtesenter Agenda i Oslo.

Hilsen Eva Vaagland  
Daglig leder i Skadeforebyggende forum

## Rapport om barn og unges miljø og helse

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=118941>.

Folkehelseinstituttet la i dag fram en ny rapport om forhold i miljøet som kan ha betydning for barn og unges helse. Følgende forhold beskrives i rapporten *Barn, miljø og helse - Risikofaktorer og helsefremmende faktorer*: oppvekst og levekår, skader og ulykker, fysiske miljøfaktorer, overvekt og helserelatert atferd.

Rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

- [Barn, miljø og helse](#) - nettrapport
- Gå direkte til [Sammendraget](#)
- [pdf-utgave](#)

### Nasjonal strategi for barn og unge

*Barn, miljø og helse: Risiko- og helsefremmende faktorer* er en oppfølging av en strategi for barn og unges miljø og helse 2007-2016 som Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet i samarbeid med sju andre departementer i 2006/2007. Strategien løfter fram de miljø- og helseutfordringene som betyr mest for barn og unge i Norge.

Den nasjonale strategien konkretiserer fem målområder. De første fire er sammenfallende med målområdene i en internasjonal handlingsplan, mens det femte som omhandler sosiale faktorer, er unikt for Norge:

1. Sikre trygg vannforsyning og gode sanitære forhold for alle barn og unge.
2. Forebygge skader og ulykker og fremme fysisk aktivitet blant annet gjennom transportsystem som fremmer trygghet og framkommelighet.
3. Sikre at barn har ren luft inne og ute.
4. Beskytte barn, unge og gravide mot helse- og miljøfarlige stoff, støy og andre miljøfarer.
5. Redusere risikoen for sykdom på grunn av sosiale miljøfaktorer.



Rapporten *Barn, miljø og helse: Risiko- og helsefremmende faktorer* gir ikke en fullstendig oversikt over alt som har betydning for barn og unges miljø og helse, men er en oppdatert oversikt over aktuelle indikatorer knyttet til de fem områdene ovenfor.

### Tidligere rapporter

- Helse- og omsorgsdepartementet: [Barnas framtid - Nasjonal strategi for barn og unges miljø og helse 2007-2016](#)
- Folkehelseinstituttet; 2006:3: [Kunnskapsoppsummering om barns helse og miljø](#)
- Statistisk sentralbyrå: [Barn og unges miljø og helse 2011: Utvalgte indikatorer om barn og unges fysiske og sosiale miljøfaktorer](#)

Publisert: 04.05.2016, endret: 09.05.2016, 10:58

In English:

- [Report about child and adolescent health and the environment released](#)

Referansekode i 'Helserådet': UNG 2016 -12. Stikkord: Oppvekstvilkår. Miljørettet helsevern.

## Stabil andel barn med overvekt og fedme

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=118962>.

Ferske tall fra Barnevekststudien ved Folkehelseinstituttet viser at andelen barn med overvekt og fedme ser ut til å ha stabilisert seg de siste årene. Resultatene ble lagt fram i forbindelse med publisering av rapporten *Barn, miljø og helse* i Oslo i dag.

Barnevekststudien er den eneste landsdekkende undersøkelsen i Norge som følger utviklingen av overvekt og fedme i en bestemt aldersgruppe (8-9-åringer) over tid.

Barnevekststudien er en del av overvåkningsprogrammet *WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)*, hvilket gjør det mulig å sammenligne resultater mellom flere land i Europa.

### 13 – 17 prosent har overvekt

Folkehelseinstituttet har gjennomført målinger på de samme 125 skolene blant nye 3. klassinger i 2008, 2010, 2012 og 2015. De siste tallene som ble innhentet høsten 2015, viser at:

- I gjennomsnitt har 17 prosent av jentene og 13 prosent av guttene overvekt.
- De fleste med overvekt har ikke fedme, vurdert ut fra vekt og høyde. Gjennomsnittlig andel med fedme var 2,3 prosent blant gutter og 3 prosent blant jenter.

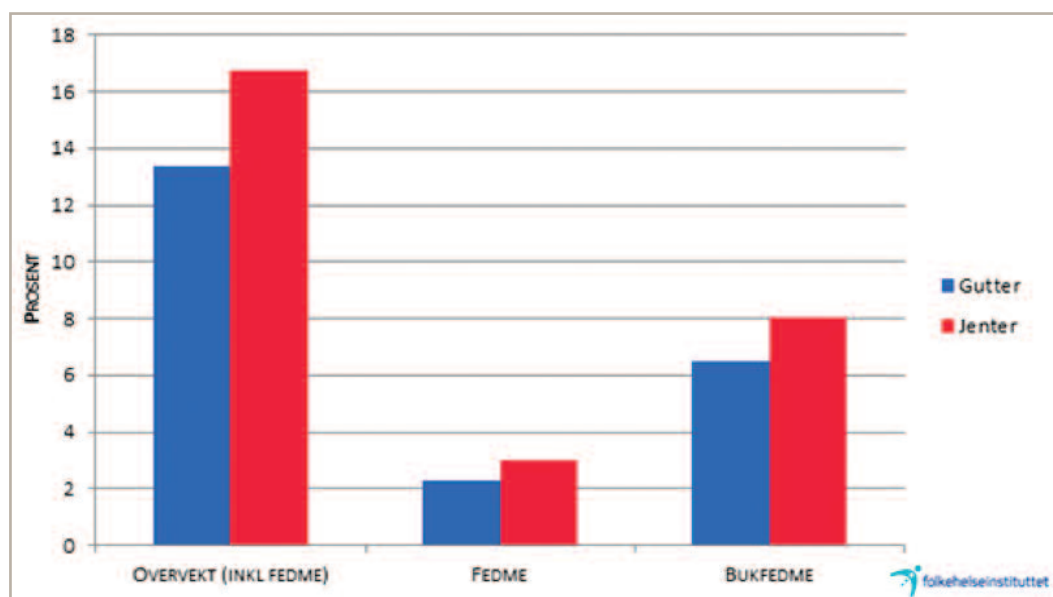
Også midjemålet ble målt. Målingene viser at:

- I gjennomsnitt hadde 6,5 prosent av guttene og 8 prosent av jentene bukfedme (abdominal fedme).

Flere studier tyder på at bukfedme øker risikoen for hjerte- og karsykdommer og type 2 diabetes, først og fremst i voksen alder.

### Liten forskjell mellom gutter og jenter

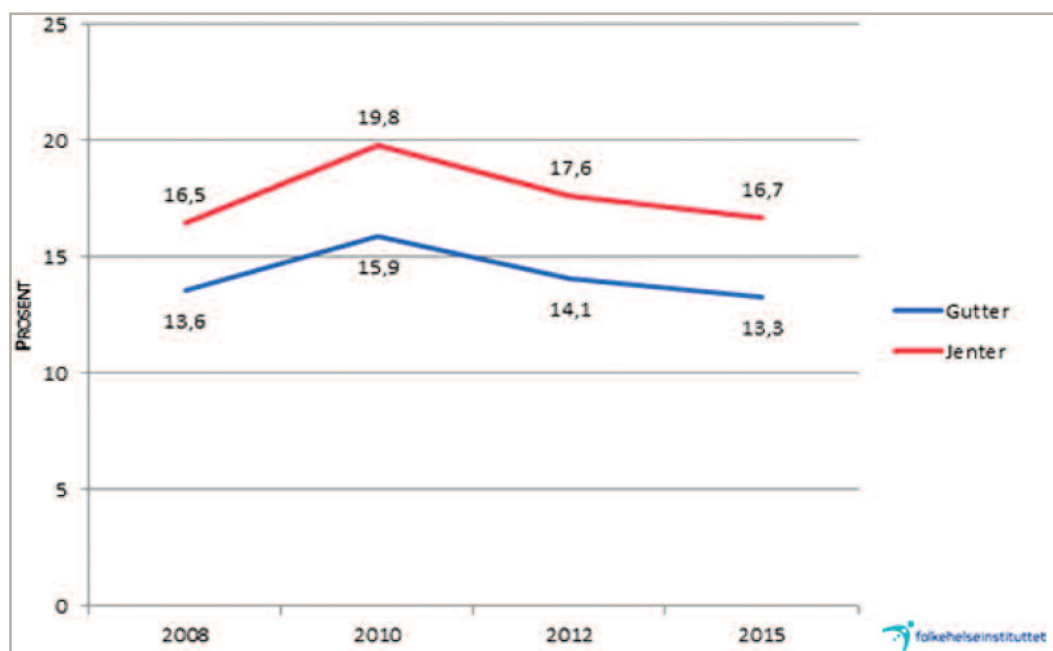
Prosentandelen med overvekt (inkludert fedme) er noe høyere blant jentene enn blant guttene. Forskjellen mellom kjønnene er liten både når det gjelder fedme og bukfedme. Gruppen med fedme er dessuten forholdsvis liten, og tallene er derfor usikre.



**Figur 1.** Andel i prosent med overvekt (inkludert fedme), fedme og bukfedme for gutter og jenter i 3.klasse, 2015. Kilde: Barnevekststudien, FHI. Figuren er hentet fra rapporten Barn, miljø og helse - Risiko- og helsefremmende faktorer, Folkehelseinstituttet 2016.

### Stabilt

Fra 2008 til 2015 ser det ut til at andelen gutter og jenter med overvekt har stabilisert seg. Figur 2 viser utviklingen i perioden.



**Figur 2.** Andel i prosent med overvekt (inkludert fedme) blant gutter og jenter i 3.klasse fra 2008 – 2015. Kilde: Barnevekststudien, FHI. Figuren er hentet fra rapporten Barn, miljø og helse - Risiko- og helsefremmende faktorer, Folkehelseinstituttet 2016.

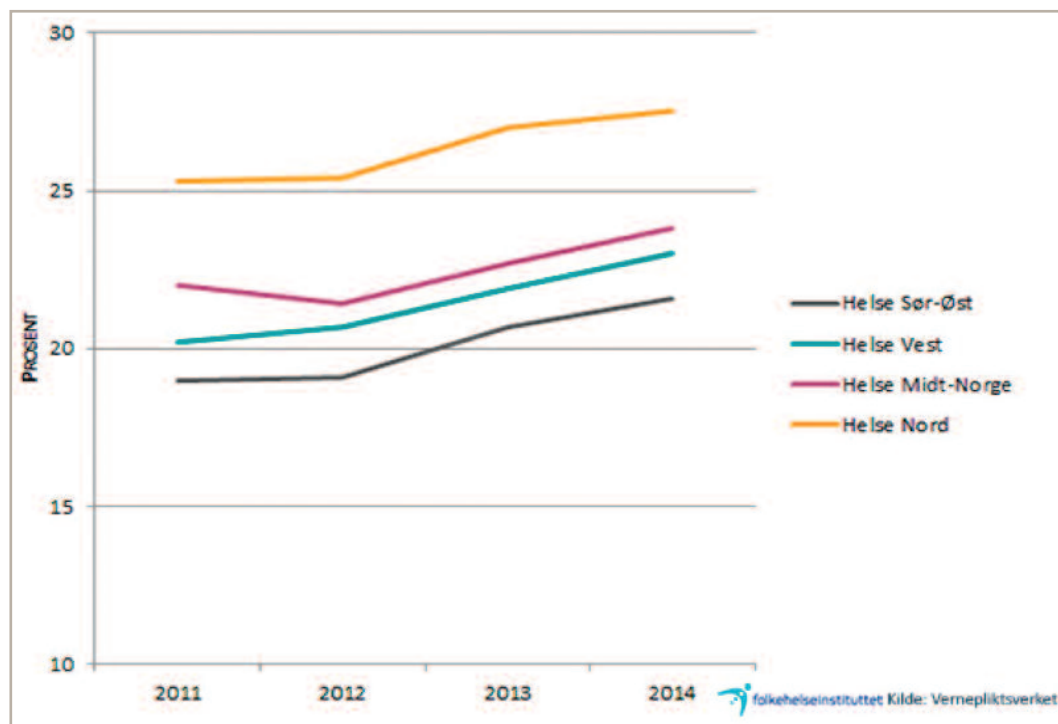
– Det er bra at gjennomsnittlig andel barn med overvekt og fedme ser ut til å ha stabilisert seg. Foreldre, barnehage og skole har gjort en god jobb ved å rette oppmerksomheten mot kosthold og fysisk aktivitet. De er viktige aktører for å fremme helse og utjevne sosial ulikhet, sier prosjektleder for Barnevekststudien Ragnhild Hovengen, Folkehelseinstituttet.

Hun legger til at selv om forekomsten av overvekt og fedme blant barn ser ut til å ha stabilisert seg de siste årene, er det likevel viktig å følge utviklingen framover.

### Svak økning blant unge

Når det gjelder ungdom har i gjennomsnitt 23 prosent av 17-åringene overvekt (inkludert fedme) når vi ser hele landet og begge kjønn under ett. Dette går fram av kapitlet om overvekt i rapporten *Barn, miljø og helse - Risiko- og helsefremmende faktorer*. Tallene er hentet fra Forsvaret og er basert på egenrapporterte data ved sesjon 1, der 17-åringene svarer på skjema over internett.

Både data fra Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag i perioden 1995 -2008 og fra Forsvaret i 2011-2014 tyder på at det har vært en liten økning i andelen ungdom i 15-17-årsalderen som har overvekt eller fedme, se figur 3.



**Figur 3.** Andel i prosent med overvekt og fedme blant 17-åringene (kjønn samlet) ved sesjon 1, fordelt etter helseregion for 2011-2014. Kilde: Norgeshelsa/Vernepliktsverket. Figuren er hentet fra rapporten *Barn, miljø og helse - Risiko- og helsefremmende faktorer*, Folkehelseinstituttet 2016.

### Geografiske forskjeller

Målinger i Barnevekststudien tidligere år viste regionale forskjeller. Også tall for 17-åringene viser at det er regionale forskjeller, med høyest andel 17-åringene med overvekt og fedme i helseregion Nord og lavest andel i Sør-Øst, se figur 3.

– For 17-åringene ser vi at Helse Nord har en høyere andel med overvekt og fedme enn Helse Sør-Øst. Ser man liknende tall for åtte-åringene i Barnevekststudien?

– Tidligere målinger i Barnevekststudien tyder på det. Foreløpig har vi ikke analysert 2015-tallene for regionale forskjeller, sier Hovengen.

### Les mer:

*Barn, miljø og helse. Risiko- og helsefremmende faktorer.* Rapport fra Folkehelseinstituttet, 2016. Se kapittel i nettutgaven: [Utvikling av overvekt og fedme hos barn og unge](#)

Hele [rapporten Barn, miljø og helse](#)

Publisert: 06.05.2016, endret: 09.05.2016, 09:24

Referansekode i 'Helserådet': UNG 2016 – 13. Stikkord: Overvekt. Fedme.



# Virksomhetsoverdragelse av Rettsmedisinske fag til Oslo universitetssykehus

21

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=119002>.

Regjeringen har besluttet at Folkehelseinstituttets område for rettsmedisinske fag skal virksomhetsoverføres til Oslo universitetssykehus. Ordinær drift i området i Folkehelseinstituttet opprettholdes gjennom hele 2016, og det tas sikte på en overføring fra 01.01.2017.

I praksis betyr overdragelsen at ansvaret for de rettsmedisinske fagene overføres til Oslo universitetssykehus (OUS), og dermed at arbeidsforholdet for alle områdets medarbeidere overføres til OUS som ny arbeidsgiver. Det legges foreløpig ikke opp til fysiske flyttinger for medarbeiderne.

Årsaken til overdragelsen er at rettsmedisinske fag i dag samarbeider tett med mange fagområder på Oslo universitetssykehus og deler flere lokaler. Regjeringen mener at en sammenslåing vil legge til rette for tettere faglig samarbeid, økt tilgang til medisinsk og teknologisk kompetanse, moderne utstyr og en mer effektiv utnyttelse av infrastruktur og lokaler.

- For Folkehelseinstituttet betyr dette at vi mister fagkompetanse på flere folkehelseområder. Samtidig ser jeg at beslutningen er velbegrunnet og virker klok, sier Camilla Stoltenberg, administrerende direktør ved Folkehelseinstituttet.

Folkehelseinstituttet vil i tiden framover ha tett dialog med Oslo universitetssykehus om planlegging og forberedelser av overdragelsen.

- Vi skal gjennomføre dette på en måte som gjør overgangen smidig for våre oppdragsgivere og medarbeidere, sier Stoltenberg.

- Folkehelseinstituttet ønsker å fortsette det gode samarbeidet med forskere og andre på Rettsmedisinske fag. Vi vil fortsette å kombinere kompetanse og ressurser, og jobbe på tvers av institusjonene.

Publisert: 11.05.2016, endret: 11.05.2016, 10:44

Referansekode i 'Helserådet': OLE 2016 - 10. Stikkord: Rettsmedisin.