

- Komplette innholds-
fortegnelse
s. 2
- Karl Evang-prisen 2016
s. 3
- Om samhandling
s. 5 og s. 8
- Gir kommunene blaffen i
innbyggernes helse?
s. 12
- Teppegulv gir fortsatt
helserisiko
s. 13
- Mye god trening i ein
dugnad
s. 17
- Nordisk samarbeid om
vaksineberedskap
s. 24



Kommune- og spesialisthelsetjenestene – hva gir god samhandling?

Helserådet

INNHold NR. 12/16

Foreslå kandidater til Karl Evang-prisen 2016	3
Samfunnsmedisinere i den sentrale helseforvaltningen	4
Delta i brukerundersøkelse om folkehelseprofilene	4
Takk til Kommunal Rapport	4
Kommune- og spesialisthelsetjenestene – hva gir god samhandling?	5
Samhandling i praksis	8
En samfunnsmedisinsk utfordring. Om livsstilsfaktorer, komorbiditet og demens	10
Helse- og sosialpersonell 2000 – 2014. Faktisk utvikling mot tidligere framskrivninger	11
Næringslivet kutter sukkerinnhold	12
Vennlige dytt skal få deg til å velge sunnere mat	12
Gir kommunene blaffen i innbyggernes helse?	12
For lite salt i maten øker risiko for sykdom	13
Tepegulv gir fortsatt helserisiko	13
Vil at fotgjengeren blir byens hovedperson	14
NOX-utslippene gikk kraftig ned	14
Unge arbeidstakere i et sunt arbeidsliv	14
Psykologiske arbeidsfaktorer påvirker søvnen	15
Tungt fysisk arbeid i bygg- og anleggsbransjen	16
Mye god trening i ein dugnad	17
Voldtekts ofre har helseproblemer – også før overgrep	17
Lite kjent at svangerskapet varslar om senere sykdom	18
For mye D-vitamin kan gjøre det vanskeligere å bli gravid	18
Antibiotika kobles til økt cøliaki-risiko	19
Flere røykere klarer å slutte med nikotininhalator	19
Snus kan føre til alvorlig fosterskade	19
Store forskjeller i røyking mellom generasjonene	20
Noen vaksiner gir bonuseffekt – beskytter mot andre sykdommer	20
1 av 10 meldte bivirkninger etter rotavirus vaksine er alvorlige	21
Flått-forskning til 25 millioner	21
Ny teknologi skal ta knekken på listeriabakterien	22
Ett av tre barn har overvekt eller fedme	22

NYTT FRA WWW.FHI.NO, FOLKEHELSEINSTITUTTET

Resistente bakterier også hos friske	23
Nordisk samarbeid om vaksineberedskap	24
Brukeropplevd kvalitet: Pasientene mener at rusbehandlingen er blitt bedre	24
Bilførere ruser seg like mye som før	26
Fyllebråk holder folk våkne om natten	27
Europeisk narkotikarapport 2016: MDMA er tilbake	28
Brukeren i sentrum under internasjonal markering	29
Tepegulv – skadelig for inneluft og helse?	29

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. Tlf. 92 89 56 16.

Web-redaktør: Katrine Rutgersen. E-post: Katrine.Rutgersen@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: Samhandling. Prosjektet i Hamarøy kommune er redningen for mange som ellers faller utenfor.
Se artikler side 5 og side 8.

Foreslå kandidatar til Karl Evang-prisen 2016



Veit du om ein person eller ein organisasjon som fortener Karl Evang-prisen i år? Frist for å sende inn forslag til kandidatar er 29. august 2016.

Karl Evang-prisen vart oppretta i 1981 som ein honnør til den tidlegare helsedirektøren for hans sosialmedisinske pionerinnsats. Målet med prisen er å stimulere interessa og arbeidet for barnevern, folkehelse og sosiale forhold. Prisen er på kr 75 000.

Kriterium for tildelinga

Karl Evang-prisen for 2016 skal gå til ein person eller organisasjon som har gjort ein særleg innsats for å fremje:

- folkehelsa og betre sosiale forhold
- rettstryggleik og tryggleik i barnevernet, helse- og/eller sosialtenesta
- opplysningsarbeid og medverknad i samfunnsdebatten om viktige barnevern-, helse- eller sosialpolitiske spørsmål

Det er ingen føresetnad at vedkommande person eller organisasjon er knytt til barnevernet eller helse- og sosialtenesta. Det vert lagt vekt på at innsatsen er aktuell, men innsats over tid vil òg bli vurdert.

Nominering

Nominering med grunngjeving kan sendast til [Sølvi Sæle](#) i Helsedirektoratet (sekretariat) innan 29. august 2016. eller til:

Helsedirektoratet
Pb. 7000, St. Olavs plass,
0130 Oslo.

Prisutdeling

Prisen blir delt ut i på eit Karl Evang-seminar i Helsedirektoratet hausten 2016.

Statuttar

[Statuttar for Karl Evang-prisen \(PDF\)](#) (klikkbare lenke)

Tidlegare prisvinnarar

2015: Anne Rønneberg
2014: Maddan Yran
2013: Ola Mathis Hetta og Tayyab M. Choudri
2012: Ebba Wergeland
2011: Landsforeningen for barnevernsbarn og Forandringsfabrikken
2010: Per Fugelli
2009: Anne Hafstad
2008: Berit Schei
2007: Asbjørn Kjønstad
2006: Anne Karen Jenum
2005: Borghild Haaland
2004: Ingrid Lycke Ellingsen
2003: Anders Seim
2002: Gerd-Ragna Bloch Thorsen
2001: Gerd Marit Brandt
2000: Steinar Ekvik
1999: Nina Misvær
1998: Andreas Skulberg

1997: Børge Ytterstad
1996: Tore Sanner
1995: Runi Børresen Gresko
1994: Knut Børge Knutsen
1993: Margunn Ueland og Randi Vingerhagen
1992: Finn Skårderud
1991: Ammehjelpen
1990: Bente Roestad
1989: Calle Almedal og Jan Vincents Johannessen
1988: Fredric Hauge
1987: Sonja Stenmarck
1986: Bitten Munthe-Kaas
1985: Babill Stray-Pedersen og Kristian Hagestad
1984: Kjell Bjartveit og Peter F. Hjort
1983: Ingrid Espelid Hovig og Kaare R. Norum
1982: Elisabeth Engesland
1981: Øistein Winje

Referansekode i 'Helserådet': MET 2016 – 21. Stikkord: Karl Evang-prisen.

Samfunnsmedisinere i den sentrale helseforvaltningen

Red.: Sven Richard Haugvik har skrevet nedenstående innlegg på *eyr* som en kommentar til artiklene i bladet *Michael* som ble omtalt og gitt lenke til i forrige nummer av 'Helserådet':

"- Fastlegeordningen er god, men det er en utfordring at det ikke er godt nok samspill med resten av kommunehelsetjenesten. Dette henger igjen sammen med ledelse. De velfungerende kommunene har én ting felles: Kommuneoverlegen har en sentral rolle", sa helseminister Bent Høie den 26.05.16. Men hvilke kommuner er det Høie her taler om konkret?

Merker meg at nye spesialistregler i samfunnsmedisin gjelder fra 1. november 2012, og er obligatoriske fra 1. juli 2016. Samsvaret mellom arbeidsfelt og arbeidsoppgaver og spesialistgodkjenning er mindre for samfunnsmedisin enn for de fleste andre legespesialiteter. Og ikke minst at mange leger arbeider helt eller delvis med samfunnsmedisinske oppgaver uten å ha formell spesialistutdanning i faget. Det er f. eks. ingen tradisjon for å kreve spesialistkompetanse for leger som arbeider med samfunnsmedisin i den sentrale helseforvaltning eller som har administrative stillinger i helsetjenesten. Det skyldes selvsagt at de fleste slike stillinger ikke er forbeholdt leger, og det er jo synd ?

I de tre store sentrale helseforvaltningsorganene, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Statens helsetilsyn arbeider det til sammen minst et par hundre leger, men bare et lite mindretall av disse er spesialister i samfunnsmedisin. Dette forklarer kanskje endel av kvaliteten på skrivebordsarbeidene som kommer derfra (opp mellom åra ...). Rosinen i pølsa er at det er kun helseminister Høie som vet hvilke landsdeler som har velfungerende kommuner fordi "fortsatt arbeider de fleste samfunnsmedisinere, både med og uten spesialistgodkjenning, i kommunehelsetjenesten". Lokalkunnskap er altså den eneste forutsetning for godt samfunnsmedisinsk arbeid i kommunene, skriver Einar Braaten.

Referansekode i 'Helserådet': MET 2016 – 20. Stikkord: Samfunnsmedisin. Haugvik, Sven Richard.



Delta i brukerundersøkelse om folkehelseprofilene

Vi trenger din tilbakemelding om folkehelseprofilene for kommuner, bydeler og fylker.

Hvordan benytter du profilene, statistikkbankene og den tilhørende informasjonspakken?

[Svar på brukerundersøkelsen, det tar omtrent 5 minutter.](#)

I 2014 hadde vi en tilsvarende undersøkelse. Den førte til flere nye indikatorer i statistikkbankene, utvidede hjelpetekster og en del endringer i undervisningsopplegget som rettes mot fylkeskommunene.

Målet med årets brukerundersøkelse er lage enda bedre folkehelseprofiler og statistikkbanker.

På forhånd takk for at du deltar!

Heidi Lyshol

Seniorrådgiver

Avdeling for helsestatistikk | Folkehelseinstituttet

Postboks 4404 Nydalen, 0403 Oslo

Tlf: 2107 8153 | Mob: 9769 1623

www.fhi.no

Refereansekode i 'Helserådet': HST 2016 – 24. Stikkord: Folkehelseprofiler.

Takk til Kommunal Rapport!

På de neste sidene følger to artikler fra publikasjonen *Kommunespeilet* som Kommunal Rapport utgir noen ganger i året. Vi har fått tillatelse til å gjengi disse artiklene som begge dreier seg om samhandling. Dette er gode og nyttige artikler. 'Helserådet' takker for stor imøtekommenhet!

Referansekode i 'Helserådet' for artikkelen «Kommune- og spesialisthelsetjenestene – hva gir god samhandling?»: SAM 2016 – 8

Referansekode i 'Helserådet' for artikkelen «Samhandling i praksis»: SAM 2016 – 9.

Kommune- og spesialisthelsetjenestene – hva gir god samhandling?

Når mennesker med rus- og psykiske utfordringer skal ivaretas, må de ofte forholde seg til ulike forvaltningsnivåer. Samarbeidet mellom statlige og kommunale etater er ikke alltid like godt, og en problemstilling har vært at den enkelte faller mellom to stoler. Mange kommuner har store utfordringer, men mange har også funnet oppskriften til suksess.

TEKST: MONICA WEGLING

Mennesker med rus eller psykiske lidelser kan ha behov for hjelp fra flere tjenester. I kommunen kan dette gjelde hjemme-sykepleie, fastleger, NAV, rustjeneste og psykiske helsetjenester, samt tilbud fra spesialisthelsetjenesten.

Fagleder for psykisk helse og rus i KS, Olav Elvemo, forteller at til tross for omfattende satsing på samhandling, er det fremdeles store utfordringer.

– Fortsatt er det mange brukere som opplever tjenestene som fragmenterte og uoversiktlige, sier Elvemo. Mange klager på manglende samhandling både kommunale tjenester imellom og mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

At tjenestene framstår som fragmenterte, er blitt forklart med at tjenestene har forskjellig regelverk, kulturer og ulikt syn på hva som virker. Ofte har man ikke nok kunnskap om hverandre og om hva den andre kan tilby av kompetanse og tjenester.

Brukernes perspektiv

Generalsekretær for Mental Helse, Linda Berg-Heggelund, har fått signaler fra flere av sine fylkeslag om at samhandlingsreformen har gode intensjoner, men at få har hatt positive erfaringer med den.

– Selve reformen er god, men samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen innebærer ofte store utfordringer, sier hun.

Man har også sett at mange blir skrevet ut for tidlig og kommer tilbake til kommunene for det er etablert et godt alternativ. Det er også eksempler på at kommunene ikke har hatt tilstrekkelig

kapasitet til å ta i mot utskrevne pasienter.

– En mulig årsak til dette er at midlene kommunene får ikke lenger er øremerkede, noe som gjør at man fort drukner i andre grupper.

Organisasjonen har også erfart at de ulike nivåene ikke samarbeider, og til dels at spesialisthelsetjenesten skyver pasientene over til kommunen så raskt som mulig.

– I mange sammenhenger er det for tidlig, både for pasienten og kommunen, sier Berg-Heggelund.

Ønsker samhandling

Også Jon Storaas, leder av Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO), ønsker bedre samhandling mellom de statlige og kommunale nivåene, men mener veien til suksess også ligger i at kommunen må ta et større ansvar.

Storaas mener det er mange tiltak og lovfestede rettigheter man ikke får i de kommunale tjenestene, noe han hevder skyldes svikt på systemnivå. Han forteller at de har erfaring med

at kommunepolitikkerne ikke gjennomfører den politikken det er lagt føringer for, og at nødvendige tiltak dermed ikke blir utført.

– Det er særlig ettervernet som ikke er på plass. 80 prosent av de som har krav på oppfølging, får ikke det de har krav på, noe som er et kommunalt ansvar, sier han, og mener årsaken er at kommunene ikke prioriterer det høyt nok.

Men også spesialisthelsetjenesten kan være flinkere til å samhandle og til å prioritere dette økonomisk, mener han. Her trekker han frem NAV som en særlig viktig instans ettersom et suksesskriterium er at folk er i aktivitets- eller arbeidsrettete tiltak.

Tiltak som hjelper

Storaas mener at det som må til for å bedre situasjonen, er at midlene fra statlig hold øremerkes slik at pengene går til det de er ment for. Ikke minst er det viktig med langsiktig planlegging for den enkelte, samt å tenke helhetlig i rehabili-

”

Selve samhandlingsreformen er god, men samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen innebærer ofte store utfordringer.

Generalsekretær for Mental Helse, Linda Berg-Heggelund

Foto: Kristina B. Høimlad



Rehabilitering er vanskelig om man står alene.

teringsarbeidet.

– Kommunene må la brukerne stå i sentrum og få være en likeverdig part i egen rehabilitering. Man må også gi fagfolkene beslutningsmyndighet og møte dem med tillit slik at de får best mulig forutsetninger for å gjøre en god jobb, sier Storaas.

Kommunenes ansvar ligger også i å legge til rette for at pasientens iboende ressurser blir utnyttet best mulig, noe som er en forutsetning når man kommer tilbake fra behandling. Han har erfart at aktivitet og arbeidstiltak er det som virker og derfor bør være sentralt i all behandling. Det nytter ikke bare å gå til en psykolog og å få politisklinisk behandling. Hvis det er det eneste tilbudet man får, så blir man ikke frisk men syke - det er arbeid og aktivitet som er viktig for alle mennesker, mener han.

– Alene blir vi syke alle sammen, legger han til. For rusavhengige er det viktig at fagfolk har troen på dem, da de ofte er i en situasjon der de har liten tro på seg selv. KS har et ansvar for at kommunene tar tak, avslutter han.

Å lykkes med nye metoder

Olav Elvemo i KS sier at de som oppnår best resultater har en felles forståelse av hva brukerne trenger av samtidige tjenester. De har ofte etablert en gjensidig respekt gjennom dialog, kontinuerlig samarbeid og felles kompetanseutvikling. Dette bidrar til rolleavklaring, anner-

kjennelse av ulike kompetanse og gjør det lettere å sette felles mål.

En kommune som har lyktes med samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten er Hamarøy i Salten. Her drives et systematisk arbeid innen feltet rus- og psykiatri der kommune- og spesialisthelsetjenesten er del av et naturlig samarbeid.

Tradisjonelt er Hamarøy blitt trukket frem som en foregangskommune for tverrfaglig tenkning når det gjelder helse- og sosialtjenester. Dette handler først og fremst om bruk av den såkalte Saltenmodellen, der helsestasjonen knyttes sammen med spesialisthelsetjenesten i barnevernssaker.

Her er det familien som står i sentrum ved at det er de selv som bestemmer hvem som skal inngå i teamet rundt dem. For ungdom kan det dreie seg om kun en person, en psykiater eller sosionom eller en annen som ungdommen selv velger. Er det familien som står i sentrum, kan teamet bestå av lærere, barnevern, helsesøster, lege og andre ressurspersoner. Samarbeidet mellom de ulike sektorene trekkes videre i arbeidet med rus og psykiatri i den såkalte Housing first-modellen.

Fordel å være liten

Vernepleier Bente Haukås arbeider med psykisk helse- og rusproblematikk i Hamarøy kommune, og har stor tro på modellen.

– Et sentralt punkt i Housing first-modellen ligger i navnet, nemlig at bolig skal være på plass før andre rehabiliteringstiltak settes i gang, sier Haukås. Vi kan ikke stille forventninger til nedtrapping på rus så lenge de bor kummerlig. Dette er et viktig signal både til ansatte og brukere, legger hun til.

Hun mener det er en stor fordel å være en liten kommune ettersom det da er mulig å ha god oversikt over dem det gjelder.

– Utgangspunktet for at vi iverksatte modellen var at vi lå skyhøyt når det gjaldt bostedsløse. Fylkesmannen grep inn, og vi fant ut at her må vi tenke annerledes og gjøre noe som var helt nytt. Housing first-prosjektet er et program som er utviklet i USA og som benyttes mer og mer her hjemme. I opptrappingsplanen for psykisk helse har departementet også gitt anbefaling om å benytte modellen, forteller hun.

Samarbeid med nabokommuner

Det er en egen prosjektgruppe som koordinerer arbeidet i kommunen.

– Vi har satt sammen en gruppe som er i psykisk helse- og rustjenesten. Vi har en prosjektleder, men også en fast person fra hjemmesykepleien og en fra miljøtjenesten i teamet. I tillegg har vi en tidligere klient ansatt ti prosent for å få førstehåndskjennskap til problemområdet.

Hun understreker at det er viktig å knytte til seg de ulike tjenestene som finnes i kommunen,

også utover de som har rent helserettete funksjoner, slik som boligkontor og teknisk kompetanse i forhold til bolig. Noen ønsker også å kjøpe egen bolig. Kommunen bør derfor tenke gjennom hvordan dette kan gjøres, da flere brukere innen disse tjenestene har gjeldsordninger og mangelfull kompetanse på egen økonomistyring.

Foruten dette prosjektet har kommunen to prosjekter hvor de samarbeider med nabo-kommunene Steigen og Tysfjord: Rask psykisk helsehjelp og Fact.

– Samlet sett vil disse tre prosjektene gi et kraftig løft til tjenestene. Og vi har tro på at det at de startet nesten samtidig i kombinasjon med det gode samarbeidet på tvers av kommunegrensene vil gi en ekstra effekt, sier Haukås.

Anbefalinger til kommuner som sliter med de samme problemstillingene og som vil starte et slikt prosjekt, er at de får konkretisert hva de sliter med og at de er målrettet i forhold til hvordan de vil løse situasjonen. Hun understreker også betydningen av å få prosjektet forankret i ledelsen, helt opp til rådmannsnivå.

Viktig med forankring

Kristian Dyrkorn i konsultentselskapet Deloitte er i ferd med å utarbeide en rapport for KS om mulige modeller og prinsipper for godt samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. I samarbeid med Høgskolen i Sør-øst-Norge har de sett på ulike modeller og løsninger i Kommune-Norge.

Dyrkorn understreker betydningen av å tyde-

liggjøre ansvarsområdene til de ulike aktørene. Han forteller at kommuner som har lyktes i arbeidet, er de som har jobbet systematisk og kontinuerlig med å implementere løsningene man har blitt enige om. Dermed har de klart å overkomme utfordringer som dukker opp underveis. Han understreker også betydningen av forankring på ledernivå i alle de aktuelle tjenesteområdene, og at det generelt sett krever god ledelse.

– Utfordringer kan være at man har ulike faglige og organisatoriske rammebetingelser, forskjellig profesjonsidentitet og holdninger, og det er ulikt hva man har av faglig bagasje. Alt dette vil sette preg på hvordan man jobber, sier han.

Han mener at samhandling i seg selv er en kompetanse, og at man bør se på hva som skal til for å stimulere til økt samhandling både som kompetanse og arbeidsform.

Hvordan lykkes enda bedre?

Olav Elvemo i KS støtter tanken om at man må jobbe på tvers av tradisjonelle ansvars- og tjenestnivåer. Han forteller at KS har etablert nettverk der kommunene sammen med brukerorganisasjoner og aktuelle kompetansemiljøer samarbeider. Hensikten er å utvikle gode pasientforløp for pasienter med utfordringer omkring psykisk helse og rus.

– Så langt har omlag hundre kommuner deltatt sammen med sine samarbeidspartnere. Nettverkene er en unik arena for å finne frem til nye modeller for fremtidens lokalbaserte psykiske helsearbeid, avslutter Elvemo.

”

Bolig skal være på plass før andre rehabiliteringstiltak settes i gang. Vi kan ikke stille forventninger til nedtrapping på rus så lenge de bor kummerlig.

Bente Haukås, Hamarøy kommune



Mange som faller utenfor samfunnet trenger hjelp til å komme seg på bena igjen. Kommunen har et viktig ansvar.

Samhandling i praksis

Samhandlingsteamet i Bærum er eksempel på at profesjoner og yrkesgrupper fra ulike nivåer jobber sammen, og at det er klientens interesser og ikke profesjoner eller forvaltningsnivå som er styrende.



Foto: Monica Wejling

Anne Grete Skjerve og Elin Røst jobber i Samhandlingsteamet i Bærum.

Teamleder Anne Grete Skjerve forteller at tiltaket fungerer etter en modell der flere fagfelt jobber sammen om klientene, fremfor å følge silotenkningen som ofte dominerer. Selv om det er DPSEN som har det overordnede ansvaret, jobber nivåer og fagfelt sammen på lik linje.

– En av suksessfaktorene er at kommunal- og spesialisthelsetjenesten jobber sammen i team. Dette teamet er satt sammen av en rekke ulike yrkesgrupper, der alle er likeverdige og jobber mot den samme målsettingen, forklarer hun. På den måten blir det også effektivt og ubyråkratisk.

Samle kompetansen

Hun forteller at tidligere satt de ulike profesjonene på hver sin tue og jobbet med sine felt og oppgaver. Man kom etter hvert frem til at denne kompetansen burde samles slik at man fikk glede av hverandres innsikt.

Elin Røst er psykiatrisk sykepleier og jobber i teamet. Hun forteller at det er mange instanser

som jobber sammen omkring den enkelte.

– Vi har boligkontoret, NAV, sosialfaglig oppfølgingstjeneste, sosionomer, pedagoger og flere andre som ikke er helsefolk. Hensikten er at vi ikke kaster klientene mellom oss, men samarbeider mot felles løsninger, forteller hun.

Samtidig utgjør helsearbeidere en viktig del av teamet, og også her er mange ulike profesjoner representert.

– Det er også vernepleier, psykiater, lege og psykiatrisk sykepleier med i teamet, legger hun til.

En grunntanke er at man skal se hele mennesket og ta hensyn til hverdagen deres og de faktiske utfordringene.

Bruker ressurser som allerede er der

Skjerve forteller at karakteristisk for etableringen av teamet var at de brukte ressurser som allerede

”

En av suksessfaktorene er at kommunal- og spesialisthelsetjenesten jobber sammen i team.

Teamleder Anne Grete Skjerve

”

Hensikten er at vi ikke kaster klientene mellom oss, men samarbeider mot felles løsninger.

Elin Røst, psykiatrisk sykepleier

fantas i kommunen og spesialisthelsetjenesten.

– Vi har ikke ansatt nye folk, men omroket på de som allerede jobbet her.

Mange jobber femti prosent i teamet, mens den resterende stillingsbrøken er i den opprinnelige stillingen. På den måten tar de også med seg problemstillinger fra arbeidet med egne klienter inn i teamet, og kan løse utfordringene sammen.

Siste løsning

Men hvem er målgruppen for samhandlings-teamet?

På mange måter er teamet et lavterskeltilbud som særlig tar hånd om klienter som er gitt opp av andre instanser.

– Vi tar de som andre ikke vil ha, de som ikke passer inn, sier Elin Røst. Mange av de som blir tatt opp hos oss, faller mellom to stoler. De er enten gitt opp av systemet, eller de har gitt opp selv, legger hun til.

Noe av det karakteristiske ved teamets innfallsvinkel, er at det verken behøves rekvisisjon eller henvisning for å få bistand, heller ikke utredninger det gjerne stilles krav om andre steder. Hvem som helst kan ta direkte kontakt med teamet, så ordnes det formelle i etterkant.

– Det kan være tilstrekkelig med en bekymringsmelding fra NAV, barnevern eller andre etater, eller rett og slett pårørende og venner, forteller Skjerve.

Mange av menneskene teamet jobber i forhold til er unge voksne som enten er skeptiske til hjelpeapparatet selv om de har behov for hjelp, eller har gitt opp å få hjelp.

– Da er det viktig å gå varsomt frem. Man jobber indirekte, gjerne med foreldre og omgivelser og langsomt å nærme seg den enkelte.

Støtte til fagfeller

Ved siden av å håndtere selvstendige saker, er teamet også en ressurs for fagmiljøene ellers i kommunen.

– Hver torsdag har vi det vil kaller «åpen time», forteller Skjerve. Fagfolk med ulike bekymringer bestiller time hos oss og får veiledning.

– Vi kan også sende en av oss som veiledere, supplerer Røst. Da stiller vi hos NAV, fastlegen eller andre som trenger bistand.

Skjerve forteller at de har hatt gode erfaringer med dette tilbudet.

– Alle synes det er fint å komme. Vanligvis sitter de jo alene ute i felten, og de uttrykker stor lettelse etter å ha vært hos oss.

Viktig med forankring

Utgangspunktet for satsningen var Opptrappingsplanen for psykisk helse, der man vektla problemstillingen omkring at de dårligste ikke hadde fått det bedre. Helsedirektoratet la føringer for at kommunene skulle sette i gang tiltak, men lot det være opp til kommunene å komme frem til hva som passet for dem. I Bærum var det Samhandlingsteam som ble løsningen. Helsedirektoratet finansierte et treårig prøveprosjekt, som ved inngangen av 2015 ble en permanent ordning. Ordningen høres både fornuftig og hensiktsmessig ut, men etableres ikke over natten og heller ikke av seg selv.

– Det var Anne Grethe som kom opp med løsningen, forteller Elin Røst og ser bort på teamlederen. Det er viktig med ildsjeler for å få til et slikt opplegg.

– Samtidig er det viktig med forankring i kommunens og spesialisthelsetjenestens øverste ledelse, legger Skjerve til.

INNLEGG

En samfunnsmedisinsk utfordring

Sammenhengen mellom gitte livsstilsfaktorer, komorbiditet og demens er sannsynligvis sterkere enn antatt. Her ligger et åpent forskningsfelt og et udekket behov for systematisk forebyggende helsearbeid.

Fred Andersen, førsteamanuensis MD Ph.D, spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin

OFFENTLIGE prognoser viste for få år siden en fordobling av antallet personer med demens i løpet av en 30-års periode, for Norges del fra 70.000 i 2010 til 140.000 i 2040. Disse prognosene er nå i ferd med å slå sprekker. Både primær og sekundærforebyggende tiltak synes å kunne begrense økningen i antallet personer med demens og forsinke progresjonen av kognitiv svikt. Dette scenariet har vært lite vektlagt både i epidemiologiske og molekylærbiologisk demensforskning de siste årene.

Alder er den viktigste risikofaktoren for demens i aldersgruppen 65 år og eldre. Forekomsten av demens øker eksponentielt med alderen, men beregningene har mange usikkerhetsfaktorer tilknyttet diagnosekriterier, utredningsverktøy og demografi. Eldre studier har vist en prevalens på tre prosent i aldersgruppen 65–74 år, mot 47 prosent i aldersgruppen 85 år og eldre. Disse dataene ble frem til 2010 koplet sammen med en fremskrevet økning av antallet eldre og økende levealder i befolkningen. Uendrede demensrater for aldersgruppene over 65 år ble lagt til grunn for prognosen. Dette har vist seg å være feil.

Det er faglig enighet om at årsaken til demens er sammensatt. Demens hos eldre er positivt assosiert til hjerte- og karsykdommer, hypertensjon, overvekt, type 2-diabetes, lavere fysisk aktivitet, røyking og lavere utdanning. I tillegg kommer assosiasjon til visse genetiske faktorer. Flere av disse faktorene henger sammen. En assosiasjon er ikke det samme som en årsakssammenheng, men gir et spor for videre forskning.

LIVSTILSENDRING. I Norge er behandlingen av hjerte- og karsykdommer, hypertensjon og diabetes, forbedret og intensivert. Andelen av røykere har gått ned og gjennomsnittlig utdanning har økt i alle befolkningsgrupper. Vi har få harde endepunkt som underbygger den helsemessige effekten av dette bortsett fra økt levealder og redusert dødelighet av hjerte- og karsykdommer. Det generelle inntrykket er at eldre har blitt friskere og mer aktive fysisk og sosialt.

Flere har hevdet at endring av livsstil og bedring av prognosene ved hjerte- og karsykdom, og av eldres helse generelt, kunne få betydning for de aldersrelaterte demensratene. En rapport fra The American Association for Advancement in Science (januar 2016) viser at risikoen for demens hos eldre ble redusert med 23 prosent fra 2000–2010. Tallene bygger på undersøkelser fra USA, Canada, England, Nederland, Sverige og Danmark. I en studie fra England (Brayne et. al 2015) falt demensraten i gruppen 65 år og eldre med 24 prosent, fra 8,3 til 6,5 prosent i perioden 1990–2010.

VI VET FOR LITE. Alzheimers sykdom (AS) har en latenstid på cirka femten år fra det første henfall av nervevev i hjernen starter og inntil sykdommen gir symptomer og kan diagnostiseres. Vi vet lite om i hvilken grad sykdommen kan reverseres i denne fasen. Det finnes i dag ingen mulighet for screening av eldre med risiko for demens.

Fra siste halvdel av 1990-tallet og frem til i dag er det gjennomført en serie studier på effekt av systematisk fysisk, kognitiv og sosial aktivisering av pasienter med AS i tidlig sykdomsfase. Flere av disse studiene har vært av kort varighet og hatt en mangelfull design, og resultatene har ikke vært entydige. Konsekvensen er at systematiske sekundærpreventive tiltak i tidlig sykdomsfase ikke er gjennomført i større skala.

FORSKNING. Demensstudien i Nord-Norge (2006–2010) var en kontrollert studie med fysisk og kognitiv stimulering av pasienter med Alzheimers i tidlig fase. Både kontrollgruppen og gruppen som fikk systematisk stimulering, ble fulgt med kognitive tester hver fjerde måned i ett år (Andersen et. al 2011). Hypotesen var at pasienter i kontrollgruppen ville bli sykere, mens intervensjonsgruppen var forventet å bevare eller bedre sitt funksjonsnivå.

Studien viste at både kontroll og intervensjonsgruppen bevarte kognitiv funksjon i ett år. Dette ble tolket som at studien, med så tett oppfølging av begge gruppene, i seg selv var en intervensjon. Resultatene fra en seks måneders randomisert kontrollert intervensjonsstudie med systematiske stimuleringstiltak i England (Orgeta et al 2015) viste heller ingen forskjell mellom gruppene, men begge gruppene bevarte kognitiv funksjon i en seks måneders oppfølgingsperiode.

UDEKKET BEHOV. Rapporten fra The American Association for Advancement in Science dokumenterer et vesentlig fall i demensrate hos eldre, samtidig som det har skjedd en signifikant bedring av eldres helse i den vestlige verdenen. Dette øker sannsynligheten for at det er en sterkere sammenheng mellom gitte livsstilsfaktorer, komorbiditet og demens enn man tidligere har antatt.

Her ligger et åpent forskningsfelt og et udekket behov for systematisk forebyggende helsearbeid både i form av primær- og sekundær-profylakse.

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2016 – 17. Stikkord: Demens. Andersen, Fred.



Helse- og sosialpersonell 2000-2014. Faktisk utvikling mot tidligere framskrivninger

Publisert: 23. mai 2016

[Åpne og les publikasjonen i PDF](#) (896 KB)

Innhold

- Sammendrag
- [Om publikasjonen](#) (direkte klikkbar lenke)

Sysselsettingen i helse- og sosialtjenestene vokste med nær 100 000 årsverk fra 2000 til 2014. Økningen ble en god del sterkere enn SSB la til grunn ved årtusenskiftet. Uten innvandring hadde helsepersonellmangelen vært større.

Statistisk sentralbyrå har utarbeidet framskrivninger av tilbud og etterspørsel for ulike typer helsepersonell siden midten av 1990-tallet. Det viktigste formålet med framskrivingene har vært å utarbeide informasjon for å motvirke framtidig underskudd. I helse- og sosialtjenestene ble det i alt utført 334 000 årsverk i 2014, en økning på nær 100 000 siden årtusenskiftet.

Sterkere vekst i etterspørselen enn forventet

Veksten i etterspørselen etter år 2000 har på flere områder vist seg å bli sterkere enn forventet. Sammen med en større andel brukere av tjenestene i ulike befolkningsgrupper og økt ressursbruk per bruker, er vridningen av arbeidskraftens sammensetning den viktigste årsaken til at etterspørselen etter sentrale grupper som leger og sykepleiere har økt sterkere enn det den demografiske utviklingen skulle tilsi.

Klar vekst i pleie og omsorg

Målt i årsverk har det vært sterkest vekst i pleie- og omsorgstjenestene med nærmere 36 000 fra 2000 til 2014. Foruten flere brukere har veksten også sammenheng med økt ressursbruk per bruker, og da særlig for tjenester knyttet til unge funksjonshemmede. I prosent har imidlertid sysselsettingsveksten vært sterkest innenfor barnevernet, psykisk helsevern for barn og unge, fysioterapitjenesten, forebyggende helsearbeid og sosialtjenesten. Det har også vært en betydelig vekst i ambulansetjenesten og de medisinske laboratorietjenestene. Disse tjenestene er utskilt fra de somatiske institusjonene i løpet av perioden 2000 til 2014.

Økt etterspørsel etter arbeidskraft med høyere utdanning

Innenfor de fleste områdene av helse- og sosialtjenestene er det en klar vridning i etterspørselen i favør av sysselsatte med høyere utdanning, mens andelen ufaglærte har gått tilbake.

En del av sysselsettingsveksten er dekket gjennom økt innvandring

Økt utdanning av helsepersonell har for flere yrkesgrupper ikke vært tilstrekkelig til å dekke den økte etterspørselen. Uten økt innslag av innvandrere med helse- og sosialfaglig utdanning, ville norsk helsevesen ha stått overfor klart større bemanningsproblemer enn det som er observert så langt. I 2014 ble det utført over 37 000 årsverk av innvandrere med helse- og sosialfaglig utdanning. Dette var mer enn 2,5 ganger så mange som i 2002. Målt i årsverk er innslaget av innvandrere spesielt stort for sykepleiere og helsefagarbeidere med nærmere 10 000 for hver av gruppene i 2014. Men også mer enn 5 000 legeårsverk, eller over 20 prosent av arbeidsinnsatsen for leger, ble utført av innvandrere.

Bakgrunnsinformasjon, metode, forutsetninger

Hovedformålet med rapporten har vært å sammenholde tidligere framskrivninger av tilbud og etterspørsel for ulike typer helse- og sosialpersonell med den faktiske utviklingen for å drøfte hva vi kan lære av de endringene som har funnet sted. En overveiende del av opplysningene i rapporten er basert på sammenkobling av opplysninger om sysselsetting og utdanning for helse- og sosialpersonell fra administrative registre.

Helsedirektoratet har bidratt med finansiering av prosjektet.

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2016 – 16. Stikkord: Helsepersonell. Helse- og sosialpersonell.

Næringslivet kutter sukkerinnhold (forskning.no 31.5.2016)

Mat- og drikkenæringen erkjenner at befolkningen får i seg for mye sukker og vil redusere sukkerinnholdet i sine produkter. **NTB**

Et utvalg bestående av blant andre REMA 1000, Orkla, Norgesgruppen og Tine presenterte tirsdag et notat om sukkerreduksjon for helse- og omsorgsminister Bent Høie (H). Her skisseres konkrete tiltak for å få ned sukkerinntaket, både gjennom å redusere sukkerinnhold i eksisterende produkter og ved å utvikle alternativer med lavt sukkerinnhold eller alternativ søtning.

– Det er utrolig bra at dette kommer nå, og det er en god start å redusere sukker i ferdigprodukter. Ideelt sett burde vi ikke spise ferdigmat, men folk har det fryktelig travel. Da kjøper de den raske varianten, og da må den være sunnere, sier ernæringsforsker Oddrun Anita Gudbrandsen ved klinisk institutt I ved Universitetet i Bergen til NTB.

Se hele artikkelen, inkludert en del relatert materiale, ved å gå inn på <http://forskning.no/2016/05/naeringslivet-kutter-sukkerinnhold>.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016 – 41. Stikkord: Sukkerinnhold.

Vennlige dytt skal få deg til å velge sunnere mat (forskning.no 25.5.2016)

Forskeren forteller:

I årevis har myndighetene prøvd å få deg og meg til å spise sunt gjennom folkehelsekampanjer og advarsler. Virket det? Ikke særlig godt viser det seg. Men hva om vi bare gir deg små dytt i riktig retning?

Hilde Helgesen, forsker, NIBIO.

Hver eneste dag tar du mange valg om hva du skal spise, når du skal spise og hvor mye. Hva er det som faktisk avgjør hva du bestemmer deg for? Som regel velger du slik du alltid har gjort og uten at du tenker over det.

Men disse automatiske valgene dine er viktige.

Faktisk er det sånn at folk dør fordi de over lang tid har valgt mat som gjør dem syke. I Norge er usunt kosthold det som tar flest liv. Blant de største utfordringene er for lavt inntak av frukt og grønnsaker og for høyt inntak av salt.

Nå skal jeg og andre forskere finne ut av om små vennlige dytt, kalt nudge på engelsk, kan hjelpe. Vi vil for eksempele finne ut av om gratis epler på jobben kan få deg til å spise mer frukt og grønt i løpet av dagen.

Vi vet bedre

Uansett om utvalget av sunn mat aldri har vært større og informasjon om mat og helse finnes overalt, gjør vi usunne valg.

Selv folk med hjertesykdom klarer ikke å ta de sunneste valgene på egen hånd. Fristelsene overstiger redselen for å bli syk. I årevis har myndighetene prøvd å få deg og meg til å spise sunt gjennom folkehelsekampanjer og advarsler. Og dette har ikke virket særlig godt. Dessverre. Det viser seg at vi lar oss så lett friste og avlede. Kan vi finne på noe nytt? Noe som i liten grad griper inn i din valgfrihet?

Se hele artikkelen fra forskning.no samt en del relatert materiale ved å gå inn på <http://forskning.no/2016/05/vennlige-dytt-skal-fa-deg-til-velge-sunnere-mat>.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016 – 40. Stikkord: Helseopplysning. Kosthold. Kostholdsråd.

Gir kommunene blaffen i innbyggernes helse?

Kommunal-Rapport.no 27.5.2016:

Debattinnlegg

Av Wenche Frogne Sellæg, leder av Statens seniorråd

Det er nedslående at mange mener kommunen de bor i, ikke bryr seg om verken livskvaliteten eller helsetilstanden til sine innbyggere.

Kommunene kan umulig ha råd til å la være å investere i sine innbyggers livskvalitet og helse.

Mindre enn halvparten av landets befolkning har tillit til at kommunen de bor i, bryr seg om livskvaliteten og helsetilstanden til inn-

byggerne sine. Dette, koblet med at god helse er den klart viktigste enkeltfaktoren for å sikre god livskvalitet når en blir eldre, viser at Kommune-Norge har en jobb å gjøre.

Funnene er hentet fra det nylig framlagte Helsepolitiske barometer fra TNS Gallup som Statens seniorråd er en del av.

Kommunene har et lovpålagt ansvar, ikke bare for å tilby behandling og omsorg til de som er blitt syke. De har et like stort ansvar for å bidra til å fremme helse slik at innbyggerne i større grad kan holde seg friske.

Det er dette befolkningen mener kommunen ikke tar på alvor. Og det er nedslående at så mange mener kommunen de bor i, ikke bryr seg om verken livskvalitet eller helsetilstand til sine innbyggere.

I tillegg svarer én av fem at de ikke vet om kommunen deres er opptatt av innbyggerens helse. Totalt sett blir dette et begredelig resultat.

Riksrevisjonen har tidligere lagt fram en rapport som er kritisk til folkehelsearbeidet i kommunene. Rapporten viser at kun 100 av landets 428 kommuner har utarbeidet oversikt over innbyggernes helsetilstand og faktorer som påvirker helsen.

Folkehelsen påvirkes i stor grad av forhold som ligger utenfor helsesektoren. 170 kommuner mangler rutiner for samarbeid om folkehelse på tvers av sektorer. Helse- og omsorgsdepartementet er blitt bedt om å følge kommunene tettere opp på området folkehelse.

Resultatene fra Helsepolitisk barometer underbygger Riksrevisjonens rapport. Tallene er klare; innbyggerne selv sier at kommunen svikter. Vi vil henstille kommunene til om å ta oppdraget sitt på alvor, og få fortgang i arbeidet med både kartlegging og iverksetting av tiltak som bidrar til livskvalitet og god helse i kommunen.

Helsepolitisk barometer viser også at innbyggerne mener at fysisk aktivitet er viktig for helsen og for god livskvalitet. Dette er i tråd med faglige anbefalinger fra Helsedirektoratet, som igjen er basert på solid forskning.

To av tre nordmenn mener det er viktig at det legges til rette for fysisk aktivitet i nærmiljøet. Her varierer det mye hva som gjøres fra kommune til kommune. Men kommunene kan umulig ha råd til å la være å investere i sin innbyggers livskvalitet og helse.

Referansekode i 'Helserådet': HST 2016 – 25. Stikkord: Oversikt. Folkehelse tiltak.

For lite salt i maten øker risiko for sykdom *(forskning.no 23.5.2016)*

Stikk i strid med den allmenne oppfatningen om at lite salt i maten gir helsemessige fordeler, foreligger det nå ny forskning som slår fast at man risikerer sykdommer og død hvis man får i seg for lite salt. **NTB**

Studien, som er presentert i tidsskriftet The Lancet, viser at folk som får i seg lite salt, det vil si mindre enn 3 gram per dag, har høyere risiko for å bli rammet av hjerteinfarkt, slag og død, sammenlignet med dem som spiser normale mengder salt, anslagsvis 5-6 gram. Ikke engang personer med høyt blodtrykk har fordeler av å spise lite salt, tvert imot, viser studien.

– Dette er svært viktige funn for dem som lider av høyt blodtrykk, sier en av forskerne bak studien, Andrew Mente ved McMaster-universitetet i Canada.

Studien er basert på 130 000 deltakere i 49 land.

Konklusjonen støtter riktig nok prinsippet om at personer med høyt blodtrykk og som spiser mye salt, bør redusere saltinntaket, men i motsetning til tidligere råd, bør de ikke underskride det som omtales som normalt saltinntak, altså 5-6 gram. Hvis man får i seg mindre salt enn det, selv når man lider av høyt blodtrykk, øker risikoen for sykdom og død, påpeker studien.

Dette er hele artikkelen fra forskning.no. Du får tilgang til den samt en del relaterte artikler ved å gå inn på <http://forskning.no/2016/05/lite-salt-i-maten-oket-risiko-sykdom>.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016 – 39. Stikkord: Salt. Saltinntak.

Teppegulv gir fortsatt helserisiko

En gjennomgang av litteraturen viser at bruk av teppegulv kan knyttes til økt risiko for forverret astma og allergi. Det bør derfor fortsatt utvises varsomhet ved bruk av teppegulv i skoler, barnehager og kontorer, skriver en faggruppe fra Arbeidstilsynet og Folkehelseinstituttet i siste utgave av NAAFs fagblad Allergi i Praksis.

Bruk av heldekkende teppegulv synes å øke, særlig for å dempe støy i åpne kontorlandskap. Jevnlig hevdes at tidligere risikovurderinger er foreldet og at moderne tepper er uproblematisk også for de med astma og allergi. Fra helsehold har man imidlertid ikke funnet studier som støtter dette. Studier viser at det er mer støv og allergener i tepper sammenlignet med glatte gulv.

Teppegulv kan i tillegg avgi flyktige organiske forbindelser som kan lukte og virke irriterende på slimhinnene hos følsomme individer. Sammenlignet med glatte gulv krever teppegulv mer omfattende renhold med høyere økonomiske kostnader. I praksis blir dette ofte forsumt.

Red.: Artikkeforfatterne ønsker at hele denne artikkelen som nylig er publisert i bladet Allergi i praksis, også skal være tilgjengelig for 'Helserådet's lesere. Du får tilgang til den ved å gå inn på http://www.naaf.no/Documents/1.%20Allergi%20i%20Praksis/2%202016/AiP%202%2016_Bakke%20et%20aL_Teppegulv%20og%20inne-klima_%20side_46_54.pdf.

Referansekode i 'Helserådet': INN 2016 – 2. Stikkord: Teppegulv.

Vil at fotgjengeren blir byens hovedperson *(forskning.no 25.5.2016)*

Vi må ikke redusere universell utforming til ramper og tekniske spesifikasjoner. Men hvordan skaper vi et byrom som er tilgjengelig for alle?

Sonja Balci, rådgiver. En artikkel fra Høgskolen i Oslo og Akershus.

«Jeg falt ned i et hull på fortauet fordi det var arbeid som pågikk, og jeg hadde ikke oppdaget dette. Da jeg påpekte manglende varsling av arbeidet, fikk jeg svar tilbake: Men du har jo ikke noe ute alene å gjøre, du som er blind.»

Slik beskriver en kvinne som er synshemmet og bruker mobilitetsstokk, ett av tilfellene hun har opplevd som fotgjenger i Oslos gater. Hun er en av 14 personer med funksjonsnedsettelse som teolog og forsker Inger Marie Lid ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) har intervjuet i et forskningsprosjekt. Lid har sammen med HiOA-kollega Per Koren Solvang forsket på tilgjengelighet for sårbare fotgjengere.

– Vi trenger kunnskap fra mennesker med funksjonsnedsettelse, blant annet for å lære mer om hvilke hindringer en fotgjenger som er blind eller bruker rullestol, møter. Målet må være å skape en menneskevennlig by som er tilgjengelig på en likeverdig måte for alle, sier Lid.

Se hele artikkelen fra forskning.no samt en del relatert materiale ved å gå inn på <http://forskning.no/samfunnsgeografi/2016/05/onsker-en-med-plass-alle>.

Referansekode i 'Helserådet': KPL 2016 – 1. Stikkord: Universell utforming. Helse i plan. Fotgjenger.

NOX-utslippene gikk kraftig ned *(forskning.no 25.5.2016)*

De norske utslippene av nitrogenoksider (NOX) gikk ned med 5,4 prosent i fjor. Bedre dieselmotorer er en viktig del av forklaringen. **NTB**

Det er i veitrafikken utslippene av NOX-gasser har falt mest.

Salget av diesel gikk opp i 2015, men renere forbrenning i nye dieselmotorer gjorde at utslippene likevel gikk ned, forklarer Statistisk sentralbyrå. Det er særlig tunge kjøretøyer som har mindre utslipp enn før.

Utslippene lå i 2015 på totalt 134 100 tonn NOX, ifølge SSB. Det er godt under det nivået Norge har forpliktet seg til internasjonalt.

Også svovelutslippene har falt, mens utslippene av kullos fra vedfyring og ammoniakk fra jordbruket har økt.

Dette er hele artikkelen fra forskning.no. Du får tilgang til den samt til en del relatert materiale ved å gå inn på <http://forskning.no/forurensning/2016/05/nox-utslippene-gikk-kraftig-ned>.

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2016 – 26. Stikkord: NOX. Dieselmotorer. Luftforurensning.

Unge arbeidstakere i et sunt arbeidsliv

For å kunne redusere arbeidsskader og sykdommer blant unge arbeidstakere, er det behov for en bedre forståelse av risikofaktorer knyttet til arbeidsulykker og dårlig helse. Vi trenger også økt kunnskap om hvordan vi bedre kan tilrettelegge inkluderingen av unge arbeidstakere inn i arbeidslivet.

Artikkelen er knyttet til temaet [Deltakelse i arbeidslivet](#) (klikkbar lenke)

Den økende andelen eldre i arbeidslivet og i samfunnet generelt understreker behovet for å gi unge arbeidstakere et bærekraftig og sunt arbeidsliv, slik at flest mulig kan arbeide produktivt med god helse i hele sitt yrkesaktive liv.

Mer risikofyllt for unge

En nylig publisert rapport fra Nordisk ministerråd viser at unge arbeidstakere har en 40 prosent økt risiko for arbeidsrelaterte psykiske plager, opptil 70 prosent økt risiko for arbeidsrelatert hodepine og en tre ganger økt risiko for arbeidsrelaterte hudproblemer, sammenlignet med eldre arbeidstakere. De unge arbeidstakere i de nordiske landene er også mer utsatt for uheldige og ugunstige eksponeringer på arbeidsplassen. De har en 70 prosent høyere risiko for å bli utsatt for store belastninger og dobbelt så stor risiko for en ulykke på jobb, i forhold til sine eldre kolleger. De nordiske landene står også overfor mange av de samme utfordringene når det gjelder yrkesdeltakelse blant unge voksne. Rapporten viser at midlertidige ansettelser er vanlig blant unge arbeidstakere og at de ofte har atypisk arbeidstid.

Les mer: Ny nordisk rapport om arbeidsforhold for unge arbeidstakere (klikkbar lenke)

Hvordan holder vi de unge arbeidstakere friske og motiverte?

En gjennomgang av den vitenskapelige litteraturen viser at fysisk krevende arbeid som tunge løft, psykososiale faktorer som tidspress og sikkerhetsklime i bedriften er faktorer knyttet til arbeidsulykker blant unge arbeidstakere. Når det gjelder arbeidsrelaterte helseproblemer viser litteraturen at eksponering for kjemikalier, tunge løft og psykososiale arbeidsbelastninger er betydelige risikofaktorer blant unge arbeidstakere. Når det kommer til arbeidsdeltakelse blant unge arbeidstakere ble tidlig arbeidsløshet, lav selvurdert helse, etnisk minoritet og frafall fra skolen funnet som viktige faktorer for senere redusert sysselsetting.

Det er flere viktige faktorer som påvirker helse, miljø og deltakelse blant unge arbeidstakere i dag. Det er et sammensatt bilde og man må ta hensyn til flere faktorer: det å være ung, den enkelte arbeidstaker, kulturen den enkelte arbeidsplass, arbeidsoppgavene man settes til, utdanning man har og tilknytningen man har til arbeidslivet. Alle disse faktorene viser behovet for en tverrfaglig tilnærming.

NIVA-kurs: Staying Well and Engaged – Young Workers and Sustainable Work Life

Nordic Institute for Advanced Training in Occupational Health (NIVA) arrangerer i oktober et kurs i Oslo om unge arbeidstakere. Kurset vil gi deg den nyeste statistikken og vitenskapelig litteratur når det gjelder unge arbeidstakeres arbeidsmiljø, helse og arbeidsdeltakelse. I tillegg til eksempler på hva som blir gjort i de nordiske landene: offisielle kampanjer og politiske initiativer som har som mål å inkludere ungdom i arbeidslivet og holde dem friske og motiverte.

Du vil lære om de viktigste årsakene til ulykker, redusert arbeidshelse og lav yrkesdeltakelse blant unge arbeidstakere i dag, og hva vi kan gjøre for å forbedre de unges arbeidsvilkår. Du vil også lære hvordan unge mennesker selv opplever overgangen fra skole til arbeidsliv, og hva de trenger får å holde seg engasjerte og trygge.

Presentasjonene holdes av forskere fra de nordiske landene, også flere fra STAMI, representanter fra myndighetene, praktikere, veiledere og de unge arbeidstakerne. Den brede bakgrunnen til foredragsholderne vil gi verdifull innsikt fra ulike perspektiver på kursets mange temaer.

Referansekode i 'Helserådet': ARB 2016 – 11. Stikkord: Unge arbeidstakere.



Nyhetsbrev uke 22/16

Psykogiske arbeidsfaktorer påvirker søvnen

I en nylig publisert studie fra Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) fant forskere en sammenheng mellom søvnkvalitet og ulike arbeidsfaktorer, for eksempel opplevd jobbmengde og motstridende krav i jobben.

Kontakter: *Jolien Vleeshouwers*, stipendiat (OPA) og *Jan Olav Christensen*, forsker (OPA)

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

Over 5000 ansatte i 63 ulike virksomheter i Norge har vært en del av studien.

Arbeidsfaktorer og søvnproblemer

De fire psykososiale arbeidsfaktorene som var mest markant relatert til søvn var kvantitative jobbkraav (opplevd arbeidsmengde og tids-

press), rollekonflikt (uoverensstemmelse mellom forskjellige krav i jobben), kontroll over beslutninger relatert til ens egen jobb og støtte fra nærmeste leder. Det var en klar sammenheng mellom disse faktorene og søvnproblemer. Forskerne så både på problemer med å falle i søvn, og på forstyrret søvn (i løpet av natten).

En ofte brukt forklaring på hvorfor psykologiske arbeidsfaktorer henger sammen med helse og velvære er den såkalte krav-kontroll-støtte-modellen. I henhold til denne modellen vil jobbkrav og jobbkontroll sammen kunne påvirke psykologisk velvære og helseplager. Spesielt utsatt er man dersom man opplever en kombinasjon av høye jobbkrav og lav jobbkontroll. Andre arbeidsfaktorer kan imidlertid bidra til å redusere belastningen fra høye krav og lav kontroll – sosial støtte fra ledere og/eller kolleger er ifølge krav-kontroll-støtte-modellen spesielt viktig for å håndtere høye krav og lav kontroll.

Anvendbar i praksis

-De viktigste funnene i denne studien er at mange arbeidsfaktorer påvirker søvn, både direkte og også over lengre tid. Endringer i disse faktorene kan også påvirke søvn, slik at intervensjoner der man gjør endringer ved psykologiske arbeidsfaktorer kan ha en positiv innvirkning på søvnen hos arbeidstakeren, sier Jolien Vleeshouwers, stipendiat ved STAMI.

De aller fleste tidligere studier har sett på krav-kontroll-støtte-modellen, mens den nylig publiserte studien fra STAMI viser at det er langt flere arbeidsfaktorer som kan ha betydning for søvnproblemer.

Denne nye kunnskapen er verdifull og anvendbar i praksis, ettersom den peker på spesifikke faktorer i arbeidet som tiltak på arbeidsplassen kan rettes mot dersom man ønsker å forhindre søvnproblemer blant ansatte. Dette kan over tid ha betydning for både helse, sykefravær og produktivitet.

Du får også tilgang til denne artikkelen samt en del relatert materiale ved å gå inn på <https://stami.no/psykologiske-arbeidsfaktorer-pavirker-sovnen/>.

Referansekode i 'Helserådet': ARB 2016 – 12. Stikkord: Psykologiske arbeidsfaktorer. Søvn.



Nyhetsbrev uke 22/16

Tungt fysisk arbeid i bygg- og anleggsbransjen

Hvordan påvirker det helsen å ha et fysisk krevende yrke? Statens arbeidsmiljøinstitutt har gjort en studie av arbeidstakere i bygg- og anleggsbransjen der man ved hjelp av hjertemålinger har undersøkt belastning både i arbeid og på fritiden.

Kontakter: *Lars-Kristian Lunde*, Stipendiat (AML) og *Bo Veiersted*, Gruppeleder arbeidsrelaterte muskelskjelettlidelser (AML)

Artikkelen er knyttet til temaet Smerter, muskel- og skjelettplager

På tross av mye forskning har begrenset kunnskap om sammenheng mellom fysiske arbeidseksponeringer og muskelskjelettlidelser, fravær og frafall fra arbeidslivet, men fysisk krevende arbeid anses som en risikofaktor for å utvikle muskel- og skjelettlidelser. Det er vanlig å anta at arbeidstakere i bygg- og anleggsbransjen har fysisk krevende jobber, og de rapporterer også om større grad av muskel- og skjelettsmerter enn andre grupper.

Måling av hjerterefrekvens

I en ny studie fra STAMI har man sett nærmere på kardiovaskulær belastning blant arbeidere i bygg- og anleggsbransjen, både i jobb-sammenheng og på fritiden. Dette er gjort ved å måle relativ hjerterefrekvens over flere dager. Ved å måle relativ hjerterefrekvens får man et uttrykk for oksygenopptak i relasjon til maksimal kapasitet, noe som sier noe om hvor tung aktiviteten som utføres er. Belastningen på hjertet ble også relatert til individuelle faktorer; arbeidsevne, muskel- og skjelettsmerter og subjektiv helse.

– Det er paradoksalt at det å være fysisk aktiv i fritiden anses som helsefremmende og viktig for å bedre fysisk form og arbeidsevne, mens høye fysiske krav i arbeidet anses som en risiko. Tidligere forskning viser imidlertid at ingen eller negative treningseffekter kan rapporteres etter et fysisk krevende arbeidsliv. I en arbeidssituasjon er fysiske krav ofte knyttet til repetitive oppgaver som i større grad fører til slitasje på muskler og skjelett, noe som kan være med på å forklare dette, sier Bo Veiersted, forsker og leder for gruppe for arbeidsrelaterte muskelskjelettlidelser ved STAMI.

Tverrsnittsdata

De undersøkte i studien besto av flere ulike yrkesgrupper innenfor bygg- og anleggsbransjen, med ulike arbeidsoppgaver, og ulik fysisk belastning. Ti prosent av deltakerne jobbet mer enn 33 prosent av maksimal kapasitet som gjennomsnitt av en hel arbeidsdag. Dette er høyere enn anbefalt nivå.

Studien viste at tungt fysisk arbeid var relatert til lavere alder og høyere maksimalt oksygenopptak. Den viste imidlertid ikke noen signifikant sammenheng mellom tungt arbeid og arbeidsevne, muskelskjelettsmerter eller generell helse.

Dette er tverrsnittdata og videre vil man undersøke betydningen av fysisk tungt arbeid på senere endring i helse og arbeidsevne. Du får også tilgang til denne artikkelen samt en del relatert materiale ved å gå inn på <https://stami.no/tungt-fysisk-arbeid-i-bygg-og-anleggsbransjen/>.

Referansekode i 'Helserådet': ARB 2016 – 13. Stikkord: Fysisk arbeid. Bygg- og anlegg.

Mye god trening i ein dugnad *(forskning.no 25.5.2016)*

Neste gang du blir kalt inn på dugnad, så tenk: Hurra, endelig en gratis treningsøkt. Og heilt fri for prestasjonspress og konkurranse.

Elin Hovda Hageberg, journalist, Høgskolen i Bergen. En artikkel fra [Høgskolen i Bergen](#).

Dette meiner førstelektor Bjørg Oddrun Hallås.

Ho slår eit slag for den fysiske aktiviteten som ikkje nødvendigvis høyrer inn under det folk definerer som trening, men som kan ha like god effekt som ei treningsøkt på treningsstudio.

Hallås er opptatt av å løfte fram at svært mange kvardagsaktivitetar kan gi oss god belastning på kroppen.

– Når folk spør deg om du trener, så svarar nokon nei fordi dei tenker at dei ikkje er medlem på eit treningssenter eller i eit idrettslag. Men så kan det vere at dei utfører ulikt fysisk manuelt kroppsarbeid i kvardagen, både regelmessig og med god belastning. Det kan ha ein treningseffekt, seier Hallås.

Ho vil at fleire skal bli bevisste på at det er mogleg å vere fysisk aktiv utan å måtte oppsøke eit treningsstudio eller vere medlem i eit idrettslag.

Se hele artikkelen fra forskning.no samt en del relatert materiale ved å gå inn på <http://forskning.no/forebyggende-helse-sport/2016/05/god-trening-i-ein-dugnad>.

Referansekode i 'Helserådet': FRI 2016 – 3. Stikkord: Dugnad. Fysisk aktivitet.

Voldtekts ofre har helseproblemer – også før overgrepet

(forskning.no 25.5.2016)

Blindtarmbetennelse, celleforandringer og leversykdommer forekommer oftere hos voldtatte kvinner, tyder ny forskning på. Det skyldes psykisk sårbarhet, ifølge forsker.

Sari Borgaard Vegedal, journalist, Videnskab.dk

Kvinner som blir voldtatt, kan få psykiske problemer i lang tid etter overgrepet.

En dansk studie har vist at mange voldtektsrammede kvinner allerede har psykiske problemer før voldtekten finner sted. [Ifølge dr.no](#) kan det skyldes at kvinner med dårlig psykisk helse utsetter seg selv for flere farer.

Nå peker en ny studie mot at det ikke bare er psyken som er belastet fra før.

Helseproblemer med galleblæren, gallegangene eller bukspyttkjertelen og blindtarmbetennelse, er gjennomsnittlig 2–3 ganger vanligere hos kvinner som er utsatt for seksuelle overgrep sammenlignet med kvinner som ikke er blitt voldtatt.

Dessuten lider mange kvinnelige voldtekts ofre av både astma, epilepsi og celleendringer.

De fysiske sykdommene er til stede både før og etter overgrepene. Det er et signal om at noen kvinner er i større fare for å bli utsatt for seksuelle overgrep enn andre, mener forskerne.

– Forskjellen i helseproblemer mellom kvinner som har blitt utsatt for voldtekt og kvinner som ikke har opplevd seksuelle overgrep, viser at voldtekts ofre ikke er et tilfeldig utvalg, men at de av forskjellige grunner har større risiko for overgrep.

Det sier professor Øjvind Lidegaard som er medforfatter til studien og overlege ved Institut for Klinisk Medicin ved Rigshospitalet.

Se hele artikkelen fra forskning.no samt en del relaterte artikler ved å gå inn på <http://forskning.no/2016/05/voldtekts-ofre-lider-av-en-rekke-fysiske-sykdommer-også-voldtekten>.

Referansekode i 'Helserådet': PSY 2016 – 8. Stikkord: Voldtekt. Voldtekts ofre.

Lite kjent at svangerskapet varsler om senere sykdom

(forskning.no 22.5.2016)

Kunnskap om svangerskapet kan brukes til å forebygge senere sykdom. – Dette er det imidlertid få fastleger og spesialister som kjenner til, ifølge professor og overlege Annetine Staff.

Anna Stella Kyed Jensen, kommunikasjonsrådgiver. En artikkel fra [Oslo universitetssykehus](#)

Svangerskapsforgiftning (preeklampsi) er en av flere morkakesviktproblemer som kan ramme gravide og fostrene deres.

Det er godt kjent at svangerskapsforgiftning kan være en svært alvorlig komplikasjon. Rask diagnostikk og tilpasset oppfølging og forløsning er en viktig årsak til at gravide anbefales regelmessige oppfølginger gjennom svangerskapet.

I Norge rammes omtrent tre prosent av gravide av svangerskapsforgiftning.

– De fleste svangerskap ender godt for både mor og barn på grunn av god oppfølging både i og utenfor sykehus. Situasjonen er langt mer dramatisk i land med utilstrekkelig svangerskapsomsorg, sier Annetine Staff, overlege og forskningsrådgiver ved Oslo universitetssykehus (OUS).

– I disse landene er dødeligheten for den gravide og barnet høy ved svangerskapsforgiftning, og over 80 000 kvinner dør årlig av dette på verdensbasis. Dette er et dramatisk høyt tall, sier Staff, som også er professor ved Universitetet i Oslo (UiO).

Det er i dag ukjent hvor mange av de overlevende kvinnene som får hjerte- og karsykdom, men norske og europeiske studier tyder på at risikoen for hjerte- og karsykdom er fordoblet ved den milde formen for svangerskapsforgiftning, sammenlignet med gravide kvinner uten svangerskapsforgiftning.

– Ved alvorlige former for preeklampsi, slik som svangerskapskramper – eklampsi – er risikoen for hjerte- og karsykdom opptil åtte ganger høyere, påpeker Staff.

Hjerte- og karsykdom av «åreforkalkningstypen» er den vanligste dødsårsaken for både kvinner og menn over hele verden. Høyt blodtrykk, hjerneslag og hjerteinfarkt er de vanligste formene.

– Dødeligheten av hjerte- og karsykdom er på tilbakegang. Men flere mennesker vil rammes i fremtiden, både fordi befolkningen øker og fordi dødeligheten av infeksjonssykdommer avtar. Dermed rekker flere å bli eldre og forverre graden av åreforkalkning, sier Staff.

Se hele artikkelen fra forskning.no samt en del relaterte artikler ved å gå inn på <http://forskning.no/helsetjeneste-helseadministrasjon-svangerskap/2016/05/lite-kjent-svangerskapet-varsler-om-senere>.

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2016 – 9. Stikkord: Svangerskapsforgiftning. Preeklampsi.

For mye D-vitamin kan gjøre det vanskeligere å bli gravid

(forskning.no 27.5.2016)

D-vitaminmangel er ikke bra for kvinner som vil bli gravide, men det er ikke sikkert for mye av vitaminet er bra heller, ifølge ny studie.

videnskab.dk

Studien peker nemlig mot at et høyt inntak av D-vitamin kan gjøre det vanskeligere å bli gravid.

Det skriver [Medpagetoday.com](#).

Forskerne delte 193 kvinner i alderen 20 – 40 år som prøvde å bli gravide, inn i to grupper.

Én gruppe fikk et placebotilskudd – altså et tilskudd uten virkestoff, mens den andre fikk 70 mikrogram D-vitamin daglig frem til de ble gravide og 16 uker etterpå.

Resultatene tyder på at kvinnene i gruppa som fikk D-vitamin, hadde rundt 50 prosent mindre sjanse for å bli gravide.

Se hele artikkelen fra forskning.no samt en del relaterte artikler ved å gå inn på <http://forskning.no/2016/05/mye-d-vitamin-kan-gjore-det-vanskeligere-bli-gravid>.

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2016 – 10. Stikkord: Ernæring. Svangerskap. Vitamin D.

Antibiotika kobles til økt cøliaki-risiko (forskning.no 6.6.2016)

Barn som får to eller flere antibiotikakurer i løpet det første halvannet året de lever, har større risiko for å utvikle cøliaki, viser tall fra den norske mor og barn-undersøkelsen. **NTB.**

Undersøkelsen er en nærstudie av over 100 000 svangerskap, og tallene herfra kan blant annet brukes til å se på sammenhengen mellom bruk av antibiotika hos små barn og ulike helseproblemer senere i livet, skriver **Stavanger Aftenblad**.

Se hele artikkelen samt en del relatert materiale fra forskning.no ved å gå inn på <http://forskning.no/bakterier-allergi/2016/06/antibiotika-kobles-til-okt-coliaki-risiko>.

Referansekode i 'Helserådet': SYK 2016 – 5. Stikkord: Cøliaki.

Flere røykere klarer å slutte med nikotin-inhalator (forskning.no 29.5.2016)

Nesten dobbelt så mange røykere klarte å slutte hvis de brukte en nikotin-inhalator, ifølge ny studie.

Anne Lise Stranden, journalist.

Nikotintyggegummi, nikotinplaster, -nesespray og -sugetabletter. Luktfrie alternativer med eller uten god smak florerer for røykere som vil slutte med uvanen. Nå fins det også inhalatorer som gjør det mulig å inhalere nikotin når trangen blir for stor. Men hjelper de?

Forskere har gjort et forsøk med 502 røykere. Alle deltakerne var motivert for å slutte, og fikk bruke nikotin-inhalator mot røykesug i seks måneder.

Studien viser at røykere kan øke sjansen for å klare å slutte, hvis de inhalerer nikotin, mener forskerne bak studien. Den ble nylig publisert i tidsskriftet *Nicotine & Tobacco Research*.

Se hele artikkelen samt en del relatert materiale fra forskning.no ved å gå inn på <http://forskning.no/2016/05/flere-roykere-klarere-slutte-med-nikotin-inhalator>.

Referansekode i 'Helserådet': TOB 2016 – 13. Stikkord: Røykeslutt. Nikotin-inhalator.

DAGENS **Medisin** INNLEGG 27.5.2016

Snus kan føre til alvorlig fosterskade

Bjørn Guldvog, direktør i Helsedirektoratet

80 prosent av legene som deltok i en spørreundersøkelse fra Helsedirektoratet, ønsker å få mer informasjon om snus og helseskader.

GRAVIDE BØR FÅ informasjon om at snusing i svangerskapet gir risiko for mange av de samme komplikasjonene for fosteret som røyking i svangerskapet. Snusing under graviditeten gir økt risiko for lav fødselsvekt, for tidlig fødsel og dødfødsel. Dette er ny kunnskap for mange. I en spørreundersøkelse fra Helsedirektoratet svarte 80 prosent av legene som deltok, at de ønsker å få mer informasjon om snus og helseskader.

Det er sterke holdepunkter for at snusing i svangerskapet gir økt risiko for lav fødselsvekt, for tidlig fødsel og dødfødsel. Det er også indikasjoner på at snusing kan øke risiko for svangerskapsforgiftning, leppe- og ganemisdannelser samt neonatal apne (pustestopp).

RISIKOEN. Kunnskapsgrunnlaget om helserisiko ved snusbruk i svangerskapet er oppsummert i FHI-rapporten «Helserisiko ved bruk av snus» (1). Et viktig bidrag er studier basert på tall fra det svenske fødselsregisteret, som har registrert snusbruk hos gravide siden 1999. Svenske studier har funnet 40–60 prosent økt risiko for dødfødsel (3,4) og 30–40 prosent økt risiko for prematur fødsel (5, 6) hos dem som har brukt snus gjennom svangerskapet, sammenlignet med ikke-tobakksbrukere.

Mekanismene bak den økte risikoen for prematur fødsel og dødfødsel ved snusbruk, er ikke kjent. Tall fra det svenske fødselsregisteret viser også at gravide som brukte snus gjennom svangerskapet, hadde 30 prosent større sannsynlighet enn ikke-tobakksbrukere for å få et barn med lav fødselsvekt – small for gestational age (SGA). Studien viste også at gravide som sluttet å snuse før første svangerskapskontroll, ikke var utsatt for økt risiko for komplikasjoner.

KUNNSKAPSBEHOV. Helsedirektoratet har våren 2016 gjort en spørreundersøkelse blant leger i primærhelsetjenesten og jordmødre for å få innsikt i deres eksisterende kunnskap og rutiner, samt kartlegge behov for ytterligere kompetanse om snus og helseskader under

graviditeten. I alt 568 har svart på den nettbaserte undersøkelsen, blant dem 333 leger. Svarene gir bare en indikasjon ettersom utvalget ikke nødvendigvis er representativt blant leger i primærhelsetjenesten, og selvseleksjon kan gi skjevhet i svarene.

80 prosent av legene som har svart, ønsker å få mer informasjon om snus og helseskader. Fire av fem har tro på at det å ta opp temaet i konsultasjonene, vil bidra til at flere slutter med snus. Under to prosent av legene tror en samtale om snus og helseskader vil føre til at de får en dårligere relasjon til den gravide.

Se hele innlegget i Dagens Medisin ved å gå inn på http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/05/27/snus-kan-fore-til-alvorlig-foster-skade/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified.

Referansekode i 'Helserådet': TOB 2016 – 14. Stikkord: Snus. Svangerskap. Fosterskade.



Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway

Store forskjeller i røyking mellom generasjonene

Publisert: 31. mai 2016

Forfatter: Jens-Kristian Borgan

Blant menn født for hundre år siden røykte over 40 prosent daglig opp til 70 års alder. Tidligere i livet røykte klart flere. Siden har røykeandelen sunket for hvert årskull og har aldri vært over 20 prosent hos dem født sent på 1980-tallet.

[Verdens tobakksfrie dag](#) er blitt markert i Norge 31. mai hvert år siden 1988. Merkedagen ble opprettet av medlemslandene i Verdens helseorganisasjon og het fram til 2007 Verdens røykfrie dag. I 2007 ble navnet endret til Verdens tobakksfrie dag for også å omfatte snus og andre tobakksprodukter.

Statistisk sentralbyrå har innhentet intervjudata om røykevaner i den norske befolkningen etter kjønn og alder hvert år siden 1973. Den gang røykte vel halvparten av den mannlige befolkningen daglig, mens tilsvarende andel blant kvinner var en av tre. [Tilbake i 1950 røykte tre av fire voksne menn daglig](#). Fram til tusenårsskiftet sank andelen menn som røykte daglig til om lag én av tre, mens andelen blant kvinner holdt seg relativt konstant. Fra tusenårsskiftet har det imidlertid vært en markant reduksjon i røyking både blant menn og kvinner, og siden den gang har det vært små forskjeller mellom menn og kvinners røykeatferd. Dataene viser også en sterkere nedgang i andelen som røykte daglig i de yngre enn i de eldre aldersgruppene. Det er nok vanskeligere å slutte å røyke etter en lang røykekarriere enn å la være å begynne å røyke som ung. Med røykekarriere menes her tida personen har vært dagligrøyker.

Stadig flere restriksjoner mot røyking siste 40 år

Fra forbudet mot reklame for tobakksvarer ble innført i 1975 har det vært innført stadig strengere restriksjoner knyttet til tobakk og tobakksbruk. Nye arenaer med røykeforbud, slik som serveringssteder og arbeidsplasser, ser ut til å ha hatt effekt på røykingen. Nå kan det imidlertid diskuteres om det er restriksjonene som har ført til fallende aksept for røyking eller om det var nødvendig med rimelig stor aksept blant folk flest for å begrense steder det gis anledning å røyke så radikalt som det er gjort etter tusenårsskiftet. [Røyking er den livsstilsfaktoren som virker mest negativt på folks helse](#) og fører til flest tapte leveår. Tverrsnittsdataene som samles inn hvert år, gir imidlertid ikke noe godt bilde av variasjonen i røykekarriere i ulike fødselskull (kohorter). Dette kan imidlertid gjøres ved å transformere tids-seriene for røykeatferd etter fødselsår i stedet for observasjonsår som gitt i de årlige statistikkene. For å gjøre dette behøver vi data over andel daglig røykere etter kjønn og fødselsår (alder). Dataene fra 1973–1975 er dessverre bare gruppert i aldersgrupper. Derfor vil vi i kohortanalysen bruke data for 40-årsperioden 1976–2015.

Se hele artikkelen fra SSB som også inkluderer datagrunnlaget og beregning av andeler som røyker daglig ved å gå inn på <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/store-forskjeller-i-royking-mellom-generasjonene>.

Referansekode i 'Helserådet': TOB 2016 – 15. Stikkord: Dagligrøyking.

Noen vaksiner gir bonuseffekt - beskytter mot andre sykdommer *(forskning.no 23.5.2016)*

Noen vaksiner ser ut til å bedre barns generelle helse, i tillegg til at de beskytter mot sykdommene de blir satt for. Forskere skal nå finne ut hvilken rekkefølge av vaksinene som gir best effekt.

Anne Lise Stranden, journalist.

Nå skal danske forskere undersøke i hvilken rekkefølge de ulike barnevaksinene bør gis, slik at de gir maksimal helsemessig beskyttelse. Folkehelseinstituttet i Norge er åpen for et samarbeid om dette.

En rekke studier tyder nemlig på at noen vaksiner gir barn et generelt bedre immunapparat, i tillegg til at de beskytter mot de konkrete sykdommene vaksinen virker mot.

Større nedgang i dødelighet enn ventet

Dette er basert på studier særlig blant barn i Afrika.

– Dødeligheten for afrikanske barn falt helt vilt etter at de hadde fått levende vaksine mot meslinger, sier postdoktor Signe Sørup til videnskab.dk. Hun jobber ved Grundforskningsfondens Center for Vitaminer og Vacciner på Statens Serum Institut i Danmark.

Vaksiner består enten av døde bakterier eller virus, eller levende, svekkede virus.

Det er i stor grad infeksjonssykdommer små barn dør av i de aktuelle områdene.

Forskere antar at levende vaksiner kan gjøre immunapparatet generelt bedre til å håndtere andre infeksjoner i tillegg til sykdommene de blir gitt mot.

Se hele artikkelen fra forskning.no samt noen relaterte artikler ved å gå inn på <http://forskning.no/2016/05/visse-vaksiner-kan-styrke-barns-immunapparat-ogsaa-mot-andre-sykdommer>.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016 – 66. Stikkord: Vaksiner. Immunapparatet.



NYE NORSKE TALL:

1 av 10 meldte bivirkninger etter rotavirus vaksine er alvorlige

Så langt er det ikke meldt mistenkte bivirkninger som gir grunnlag for å endre gjeldende anbefalinger om bruk av vaksinen, opplyser Legemiddelverket.

Lisbeth Nilsen, lisbeth.nilsen@dagensmedisin.no

Vaksinasjon mot mage- og tarminfeksjon forårsaket av rotavirusinfeksjon ble innført i det norske barnevaksinasjonsprogrammet høsten 2014.

Per 31. mars i år hadde den norske bivirkningsdatabasen fått inn 468 meldinger om mistenkte bivirkninger av vaksinen. 461 av dem ble sendt inn etter at vaksinen ble innlemmet i barnevaksineprogrammet.

Et fåtall av meldingene, 47 i alt, medførte sykehusinnleggelse og er klassifisert som alvorlige bivirkninger. De øvrige innmeldte bivirkningene er milde og forbigående og vurderes som lite alvorlige, [opplyser Statens legemiddelverk](#) på sin hjemmeside.

Se hele artikkelen fra Dagens Medisin ved å gå inn på http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/06/01/en-av-ti-meldte-bivirkninger-etter-rotavirus-vaksine-er-alvorlige/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016 – 68. Stikkord: Vaksinebivirkning. Rotavirus.



NEVROBORRELIOSE

Flått-forskning til 25 millioner

Norske forskere skal undersøke effekten av langvarig antibiotikabehandling ved nevroborreliose. Pasientene skal også MR-testes for å sjekke om flåttbittet har endret hjernen.

Målfrid Bordvik, malfred.bordvik@dagensmedisin.no

BorrSci er Norge største forskningsprosjekt på nevroborreliose, som ledes fra Sørlandet Sykehus. Men prosjektet er tverregionalt – og støttes med totalt 25 millioner kroner fra de ulike helseregionene.

Gjennom fem arbeidspakker har prosjektet som mål å øke kunnskap om langtidsplager etter borreliose, samt bedre diagnostikk og behandling av sykdommen. Hvert år får cirka 300 personer i Norge diagnoser nevroborreliose, som er en borrelia-infeksjon i nervesystemet.

Se hele artikkelen fra Dagens Medisin ved å gå inn på http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/05/30/flatt-forskning-til-25-millioner/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016 – 69. Stikkord: Flått. Borreliose.

Ny teknologi skal ta knekken på listeriabakterien (forskning.no 2.6.2016)

Ny teknologi kan avdekke listeriabakterier raskere og billigere. – Det har stor betydning for både folkehelsen og mattryggheten, mener forsker.

Anne-May Johansen, kommunikasjonsrådgiver. En artikkel fra **Nofima**.

Bakterien *Listeria monocytogenes* er trolig den største utfordringen norsk matindustri står overfor. Hvert år brukes store ressurser for å kontrollere og bekjempe bakterien, som i alvorlige tilfeller kan være dødelig for mennesker.

En ny teknologi – kalt helgenomsekvensering, som går ut på å bestemme hele bakteriens arvemateriale (DNA) – vil gjøre dagens omfattende operasjon både raskere og mer kostnadseffektiv.

– Det er ikke mange år siden det var en svær og komplisert operasjon å ta prøver og få sekvensert en bakterie. I framtiden vil vi sannsynligvis ta med oss sekvenseringsutstyr i lommen når vi er ute i næringsmiddelbedriftene, i stedet for å ta med oss prøver av bakteriefloraen tilbake til laboratoriet for videre undersøkelser, sier Annette Fagerlund, forsker ved Nofima.

Nå tar Nofima til orde for et nasjonalt samarbeid med andre forskningsmiljøer for å bygge opp en nasjonal kompetanseplattform rundt sekvensering av den fryktede bakterien.

– Den nye teknologien kommer til å brøyte seg fram, for den er så suverent mye bedre enn det som har vært til nå. Klarer vi nå også å få til et samarbeid på nasjonalt nivå, kan vi plutselig være et langt stykke på vei, sier Fagerlund.

Se hele artikkelen samt en del relatert materiale fra forskning.no ved å gå inn på <http://forskning.no/bakterier-mat/2016/05/kamp-mot-listeria-med-nye-verktoy>.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016 – 70. Stikkord: Listeria.

Ett av tre barn har overvekt eller fedme (forskning.no 2.6.2016)

Ett av tre barn mellom seks og ni år i Europa er nå enten overvektige eller fete.

Siw Ellen Jakobsen, journalist.

Hvis denne trenden fortsetter, vil antall barn under fem år som er overvektige i Europa ha steget fra rundt 41 millioner i dag til 70 millioner i 2025.

Dette advarer europeiske forskere om i en ny rapport basert på data fra 46 land i Europa.

Fedme blant barn er et spesielt stort problem i middelhavslandene Spania og Italia.

I disse to landene har 35 prosent av guttene på 11 år fedme. Det samme gjelder 22 prosent av jentene.

Rapporten skiller ikke mellom overvekt og fedme, selv om det er forskjellige tilstander.

– Overvekt behøver ikke bety dårlig helse, mens fedme er et helseproblem og gir større risiko for sykdommer, skrev forskning.no-redaktør Nina Kristiansen om i **Aftenposten Uviten**.

Du får tilgang til hele denne artikkelen samt en del relatert materiale ved å gå inn på <http://forskning.no/2016/05/ett-av-tre-barn-er-overvektige-0>.

Referansekode i 'Helserådet': UNG 2016 – 14. Stikkord: Overvekt. Overvekt hos barn.

Resistente bakterier også hos friske

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=119099>.

Folkehelseinstituttet har kartlagt forekomst av antibiotikaresistente bakterier i tarmfloraen hos friske mennesker. Hos en av ti friske ble det funnet slike bakterier.

- Vi fant at ca. en av ti hadde en resistent bakterie. Det er fortsatt lave tall i Norge sammenlignet med andre land, sier fagdirektør Ulf Dahle.

Det å ha resistente bakterier i tarmen, gir som regel ikke et helseproblem for den enkelte. Kroppen kvitter seg ofte med resistente bakterier av seg selv. Men det er viktig å hindre at resistente bakterier etablerer seg i sykehus og sykehjem, der bakterier som er resistente mot antibiotika kan gi helseplager for andre i sårbare situasjoner.

- Problemet med antibiotikaresistens må løses internasjonalt, men vi må også handle nasjonalt. Det viktigste man kan gjøre både nasjonalt og globalt er å kutte ned på bruken av antibiotika. Vi må jobbe med å forebygge infeksjonssykdommer slik at behovet for å bruke antibiotika blir mindre, samt bare bruke antibiotika når det trengs, sier Dahle.

Oversikt over resistente bakterier

- En oversikt over resistensutvikling er viktig å ha, dersom vi skal kunne måle om forekomsten endrer seg over tid, og om de ulike tiltak vi iverksetter i Norge har ønsket effekt, sier Dahle.

I Norge har vi en relativt god oversikt over forekomst av resistente bakterier hos pasienter som har oppsøkt helsetjenesten for behandling for infeksjonssykdommer.

Det er imidlertid ikke alle bakterier som forårsaker sykdom. For eksempel er det mange bakterier i tarmen som er nødvendige for å holde seg frisk.



Noen av disse tarmflorabakteriene kan være resistente mot antibiotika uten at man vet om det. Folkehelseinstituttet har derfor forsøkt å kartlegge utbredelsen av antibiotikaresistente bakterier i folks normale tarmflora i dag.

- Vi har samlet avføringsprøver fra frivillige, friske personer og undersøkt disse prøvene for å kartlegge om de inneholder antibiotikaresistente tarmbakterier. Det har vært vanskelig å rekruttere frivillige, men totalt har vi nå fått prøver fra ca 300 personer, bosatt i ulike deler av Norge, sier fagdirektør Ulf Dahle.

Funnene tyder på at forekomst av antibiotikaresistens i nordmenns normale tarmflora er lavere enn hva man har funnet i andre land. Samtidig viser dette at vi også i Norge har de fleste former for resistens, selv om de foreløpig ikke er satt sammen i én og samme total-resistente bakterie.

Resistens – helseproblem?

Litt under ti prosent av personene i Folkehelseinstituttets undersøkelse hadde antibiotikaresistente bakterier i tarmen sin. Bakterier kan være resistente mot ulike typer antibiotika, og i studien fant man bakterier med flere typer resistensmekanismer.

- Deler vi opp funnene etter type resistensmekanisme hadde 7 % av personene i studien ESBL-produkerende bakterier i tarmen. ESBL er en forkortelse for extended spectrum betalactamase. I praksis betyr det at bakterien har resistensmekanismer som hemmer effekten av de vanligste typene av antibiotika, sier Dahle.

- Ytterligere 5 % hadde bakterier som er resistente mot antibiotikatyten ciprofloxacin. Vi har også funnet ett tilfelle av overførbart colistinresistens i en E.coli bakterie som ikke forårsaket sykdom. Colistin er en bredspektret antibiotikatype som vanligvis kun benyttes som en siste utvei der andre antibiotikatyper har vist seg å ikke ha effekt, tilføyer han.

Hvordan forebygge resistensutvikling?

I Norge, som i andre land, ser en at antibiotika også gis tilfeller hvor det ikke har noen effekt. Eksempelvis har antibiotika ikke noen effekt ved virusinfeksjoner. Reduksjon av det totale forbruket av antibiotika vil dempe resistensutviklingen hos bakteriene. Likedan er det nødvendig å begrense bruken av de mest bredspektrede antibiotikatyper og kun benytte disse til sykdomstilstander hvor dette er helt nødvendig.

- Vi ser at det brukes mer antibiotika i dag enn tidligere, uten at det har vært en økning i forekomsten av infeksjoner. Det kan bety at vi oftere bruker antibiotika for å bli fortere frisk av ukompliserte infeksjoner i for eksempel luftveier og urinveier. Slike infeksjoner går oftest over av seg selv.

Antibiotika bør spares til situasjoner der det har betydning for liv og helse. Eksempler er ved alvorlige infeksjoner, infeksjoner i forbindelse med kreftbehandling, transplantasjonsbehandlinger, eller i nyfødt intensivbehandling. Hver dag gjennomføres det masse slike livsviktige inngrep hos pasienter i norske sykehus hvor man er avhengig av effektive antibiotika, sier Dahle.

Vi har et nasjonalt mål om å redusere antibiotikabruken med 30 prosent. Det kan vi få til uten at det skal få negative helsekonsekvenser, legger han til.

Smitteforebygging og vaksiner vil også bidra positivt

Det er fortsatt vanlige smitteforebyggende tiltak som anbefales for å redusere risikoen for å smittes med resistente bakterier. Smitteforebygging og vaksiner demper behovet for bruk av antibiotika og bidrar dermed også til å forebygge resistensutviklingen.

Les mer om smitteforebyggende tiltak:

[Sykdommer som kan smitte gjennom mat](#)

[Hvorfor vaksinere?](#)

Publisert: 31.05.2016, endret: 31.05.2016, 14:37

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016 – 67. Stikkord: Resistens.

Nordisk samarbeid om vaksineberedskap

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=119118>.

Norge, Danmark, Island og Finland har inngått samarbeid om vaksineberedskap. Samarbeidet skal styrke beredskapsarbeidet ved at vaksiner som det er sjelden bruk for eller vi plutselig får bruk for mye av, kan deles mellom landene.

Det var Folkehelseinstituttet som startet arbeidet, med å kartlegge interessen for det nordiske samarbeidet. Utgangspunktet var budsjetter, planer og strategier fra Nordisk Ministerråd i 2013 – 2015 og en forespørsel fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2012.

- Dette kan vise seg å bli viktig for oss alle i Norden. Takket være godt arbeid fra dedikerte kollegaer her på Folkehelseinstituttet, har samarbeidsavtalen komme til. Jeg er imponert over gjennomføringskraften til alle som har arbeidet med å få avtalen på plass, sier Camilla Stoltenberg, direktør ved Folkehelseinstituttet.

Sentralt i avtalen står et felles virtuelt vaksinelager som raskt skal informere partene om de ulike nasjonale lagernivå av de valgte beredskapsproduktene.

Partene skal selv dekke kostnadene de har for å ivareta innholdet i avtalen, som inkluderer:

- Utveksle beredskapsprodukter som; vaksine, antitoxins og Immunglobuliner.
- Drifte og vedlikeholde websiden «Nordic Vaccine Preparedness».
- Utveksle informasjon og erfaringer.
- Utveksle lagerlister på de aktuelle beredskapsproduktene.

- Samarbeidsavtalen vil bidra til å styrke beredskapsarbeidet ved at partene får økt tilgang til og raskere utveksling av beredskapsprodukter, avslutter Stoltenberg.

Avtalen trer i kraft umiddelbart og har en varighet frem til 31.12.2020.

Publisert: 01.06.2016, endret: 02.06.2016, 07:04

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016- 71. Stikkord: Nordisk samarbeid. Vaksineberedskap.

Brukeropplevd kvalitet

Pasientene mener at rusbehandlingen er blitt bedre

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=118532>.

Behandlingen og behandlerne er blitt noe bedre i løpet av tre år, ifølge pasienter innen den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingen – men de peker på at det fortsatt er mye å ta tak i.



FORBEDRINGSPOTENSIAL: Resultatene viser at det fortsatt er et forbedringspotensial på de fleste områdene som undersøkelsen dekker. Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

Dette kommer fram i den nye rapporten [Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling \(TSB\). Resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2015](#) fra Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet.

For tredje gang har Kunnskapssenteret gjennomført en spørreundersøkelse blant pasienter med rusproblemer. Denne gangen målte forskerne også utviklingen fra 2013 til 2015 for tre nasjonale kvalitetsindikatorer – om miljøet i institusjonen, utbyttet av oppholdet og behandlingen og behandlerne.

– Pasientene vurderer fortsatt miljøet i institusjonene som mest positivt, etterfulgt av utbyttet av oppholdet, men over tid er det bare behandlingen og behandlerne som har en positiv utvikling. Dette bekrefter viktigheten av å gjenta målingen over tid, og det blir spennende å se hvordan dette utvikler seg fremover, sier prosjektlederen, forsker Mona Haugum i Kunnskapssenteret.

Positiv utvikling

De tre kvalitetsindikatorene måles på en skala fra 0–100, der miljøet fikk 76 poeng, utbyttet av oppholdet 69 og behandlingen og behandlerne 62. Denne indikatoren var den eneste som viste bedring på nasjonalt nivå.

De to første indikatorene måles gjennom fem spørsmål, mens den siste er basert på tolv.

– Det var flest positive endringer knyttet til behandlerne og personalet, sier Haugum.

Årets rapport har resultater for disse indikatorene også for helseforetak, private institusjoner og nivåene over – slik som regionale helseforetak.

– Dette er nytt av året og innebærer at institusjonene kan sammenligne seg med det nasjonale gjennomsnittet, sier prosjektlederen.

Vurderer kvaliteten lavere enn andre pasientgrupper

Ellers er årets rapport laget over samme lest som de to foregående, der pasientene besvarer en rekke spørsmål innenfor åtte områder. Totalt svarte 1184 pasienter ved 103 døgninstitusjoner på tverrsnittundersøkelsen som ble gjennomført i én uke høsten 2015. Formålet var å fremskaffe systematisk informasjon om pasientenes erfaringer med behandlingsstedet som grunnlag for blant annet lokalt kvalitetsforbedringsarbeid.

Resultatene viser at det fortsatt er et forbedringspotensial på de fleste områdene som undersøkelsen dekker. De fleste enkeltspørsmål oppnådde en gjennomsnittsskåre mellom 3 og 4 på en skala fra 1 til 5.

– Dette indikerer at pasienter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling fortsatt vurderer kvaliteten på sine behandlingstilbud som lavere enn andre pasientgrupper, sier Haugum.

Mye kan bli bedre

De beste resultatene fra denne delen av undersøkelsen handler om hvordan pasientene blir mottatt ved institusjonen, om de ble møtt med høflighet og respekt og om de har følt seg trygge under oppholdet.

– Institusjonene har mest å hente på hvordan de forbereder pasientene på tiden etter utskrivning, sier forskeren.

Pasientene mener videre at det er et stort forbedringspotensial når det gjelder behandlernes og personalets samarbeid med pårørende, oppfølgingen etter utskrivning og hjelp fra kommunen.

– Mange vurderer også den hjelpen de får med fysiske og psykiske plager og tilgangen til psykolog og lege som mangelfull, framholder Mona Haugum.

Publisert: 25.05.2016, endret: 25.05.2016, 09:05

Referansekode i 'Helserådet': RUS 2016 – 11. Stikkord: Rusbehandling.

Bilførere ruser seg like mye som før

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=119080>.

Alkohol, cannabis og amfetamin påvises fortsatt hyppigst i blodprøver fra bilførere som er mistenkte for påvirket kjøring. Forekomsten er på omtrent samme nivå som tidligere år. Selv om Ecstasy-forekomsten er lav, har den økt kraftig og er den høyeste på mange år. Det viser tall fra Folkehelseinstituttets rusmiddelrapport for 2015.

Resultater fra rapporten viser:

- Alkohol (etanol), cannabis (THC), amfetamin, klonazepam (virkestoff i Rivotril), metamfetamin og diazepam (virkestoff i Valium og Vival) er fortsatt de hyppigste påviste rusmidlene.
- Amfetamin er påvist hyppigere enn metamfetamin, som i 2014.
- Antall saker med ecstasy (MDMA) er det høyeste siden 2003.
- Det er påvist flere nyere rusmidler, som syntetiske cannabinoider og andre NPS (nye psykoaktive stoffer), selv om frekvensen for de enkelte stoffene er lav.
- Antall saker med kokain har økt. Dette gjelder spesielt Oslo, Akershus og Østfold.



Illustrasjonsbilde: Colourbox.com

Nesten 8000 saker med blodprøve

I 2015 ble det utført rusmiddelanalyser i 7986 saker ved Folkehelseinstituttet (FHI) hvor bilførere var mistenkt for påvirket kjøring. I tillegg kommer over 2000 pustep prøver for alkohol som politiet har tatt lokalt med bevisinstrumentet Evidenzer Mobile 240.

I cirka 2000 av sakene som ble sendt inn til FHI, ble blodprøvene kun analysert for alkohol. Dette er en nedgang fra omtrent 2300 rene alkoholsaker året før.

Antall pustep prøver fra politiet er samtidig gått opp fra rundt 1850 til 2160. Det totale antall alkoholprøver er derfor omtrent det samme i 2015 som i 2014.

Nesten 6000 saker med analyse av både alkohol og andre stoffer

I 5989 av sakene ble det utført analyse for både alkohol og over 40 forskjellige rusgivende legemidler og narkotiske stoffer. Dette er en økning fra 2014 da det var cirka 5860 tilsvarende saker. I snitt ble det påvist cirka tre ulike stoffer i samme blodprøve.

I sakene hvor kun alkohol ble analysert, var 97 prosent av prøvene positive. I saker hvor både alkohol, rusgivende legemidler og narkotiske stoffer ble analysert, inneholdt 93 prosent av blodprøvene ett eller flere av disse stoffene.

Publisert: 26.05.2016, endret: 26.05.2016, 10:01

Se også:

- [2016 - Rusmiddelstatistikk. Funn i blodprøver hos bilførere mistenkt for påvirket kjøring 2015](#)

Referansekode i 'Helserådet': RUS 2016 – 12. Stikkord: Bilførere og rus. Fyllekjøring.

Fyllebråk holder folk våkne om natten

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=119076>.

Negative følger av alkoholbruk for andre enn de som drikker, er vanlig i alle de nordiske landene og Skottland. Vanligst er det å bli holdt våken om natten. Det viser en studie som forskere fra Folkehelseinstituttet står bak.

Når alkoholbruk får negative følger for andre enn den som selv drikker, blir dette gjerne kalt tredjepartsskader. Forskere fra Folkehelseinstituttet har sammenlignet omfanget av tredjepartsskader i Danmark, Finland, Island, Norge, Sverige og Skottland.



Førsteforfatter er Inger Synnøve Moan, og artikkelen er publisert i tidsskriftet Substance Abuse: Research and Treatment i 2015.

Nattebråk mest utbredt i alle seks landene

Forskerne undersøkte hvor mange som hadde vært redde, blitt utskjelt, utsatt for vold, fått klær eller eiendeler ødelagt eller blitt holdt våken om natten på grunn av berusede personer. Det ble brukt data fra befolkningsundersøkelser.

Resultatene viser at 1 av 4 spurte i Norge hadde opplevd negative følger av andres alkoholbruk. I Finland og Island gjaldt dette 1 av 2 personer i befolkningen.

- Tredjepartsskader av alkoholbruk var utbredt i alle de seks landene.
- Andelen som hadde opplevd minst én av de fem tredjepartsskadene det siste året, var høyest i Finland og Island (53 prosent), lavest i Norge (25 prosent), og forholdsvis lav i Sverige (37 prosent).
- Å bli holdt våken om natten var den mest utbredte tredjepartsskaden, å bli fysisk skadet av noen som hadde drukket var minst utbredt (tabell 1).

Tabell 1. Prosentandel av befolkningen over 18 år som har opplevd tredjepartsskader minst én gang de siste 12 månedene.

	Har blitt holdt våken av bråk fra beruset person	Har opplevd å bli fysisk skadet (slått, sparket e.l.) av en beruset person
Norge	15,2	1,5
Danmark	28,0	2,6
Sverige	18,5	2,4
Finland	30,5	5,0
Island	29,4	3,3
Skottland	33,0	5,6

Undersøkelsen viser også at:

- Forekomsten av tredjepartsskader varierte betydelig på tvers av land med relativt lik drikkekultur.
- Det var de samme gruppene som ble mest berørt av andres alkoholbruk.

– Unge, single og de som bor i urbane strøk hadde en høyere risiko for å oppleve negative konsekvenser av andres alkoholbruk i alle landene. Vi fant også at kvinner var mer utsatt enn menn og at personer som ofte drakk seg beruset selv, var mer utsatt enn de som ikke drakk seg beruset, sier Inger Synnøve Moan.

Relativt utbredt

Moan forteller at en annen studie basert på befolkningsdata fra de samme seks landene (Ramstedt et al, 2016) har undersøkt hvor mange av en stordrikkernes venner og familie som har opplevd negative følger av stordrikkernes alkoholbruk. Av de som svarte at de hadde en stordrikk blant sine venner eller i familien, varierte andelen som bekreftet dette, mellom 14 og 28 prosent. Forekomsten var høyest i Finland, Island og Norge, og lavere i Danmark, Sverige og Skottland. I alle landene var forekomsten høyere blant kvinner og unge enn blant menn og eldre personer.

– Begge studiene viser at tredjepartsskader av alkohol er relativt utbredt. Derfor bør alkoholpolitikken ikke bare utformes med tanke på å redusere skader hos de som drikker, men også med tanke på tredjepart, sier Moan.

Referanser

Moan, I. S., Storvoll, E. E., Sundin, E., Lund, I. O., Bloomfield, K., Hope, A., Ramstedt, M., Huhtanen, P., & Kristjánsson, S. (2015). Experienced Harm from Other People's Drinking: A Comparison of Northern European Countries. Substance Abuse: Research and Treatment 2015:9(S2) 45–57 doi: 10.4137/SART.S23504.

Ramstedt, M., Sundin, E., Moan, I. S., Storvoll, E. E., Lund, I. O., Bloomfield, K., Hope, A., Kristjánsson, S. & Tigerstedt, K. (2016). Harm Experienced from the Heavy Drinking of Family and Friends in the General Population: A Comparative Study of Six Northern

Europeisk narkotikarapport 2016: MDMA er tilbake

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=119096>.

EUs årlige narkotikarapport bekrefter at MDMA (som ofte selges som ecstasy) igjen er et av de mest populære sentralstimulerende midlene blant Europas unge.

EUs narkotikaovervåkingsbyrå, EMCDDA, har i dag publisert [sin årlige narkotikarapport](#). Folkehelseinstituttet er norsk kontaktpunkt for EMCDDA.

Rapporten viser at om lag 2,1 millioner europeiske unge voksne (15–34 år) rapporterer å ha brukt MDMA i løpet av det siste året (1,7 prosent av denne aldersgruppen). Inntil nylig gikk bruken av MDMA i Europa ned – etter et toppnivå fra begynnelsen til midten av 2000-tallet. Men de nyeste undersøkelsene tyder altså på en økning i bruken igjen ([se rapportens figur 2.4](#)).

Rapporten inneholder en overordnet analyse av den seneste utviklingen i de 28 EU-medlemsstatene, Tyrkia og Norge. Rapporten, som kommer i trykt utgave på 24 språk, [inkludert norsk](#), ser nærmere på endringer innen forsyning og marked, narkotikapolitikk, bruk av både «gamle» og nye stoffer, narkotikarelaterte problemer, samt helsemessige og sosiale tiltak.

Samtidig med rapporten publiserer EMCDDA "Perspektiver på narkotika" (bare på engelsk). Dette er nettbaserte, interaktive artikler som gir innsikt i særskilte temaer på narkotikaområdet. I år fokuseres det på fire temaer:

- [Samtidig forekomst av rusmiddelbruk og psykiske lidelser \(komorbiditet\)](#)
- [Endringer i Europas hasjmarked](#)
- [Forebygging av spredning av medikamenter brukt i substitusjonsbehandling](#)
- [Smugling av kokain til Europa](#)

Rapporten inkluderer informasjonspakken "Statistiske opplysninger 2016", som inneholder et omfattende europeisk datasett og landoversikter, med data og analyser på nasjonalt plan. En e-publikasjon som omfatter interaktive kart og grafikk er tilgjengelig på engelsk. Det samme gjelder audiovisuelt materiale.

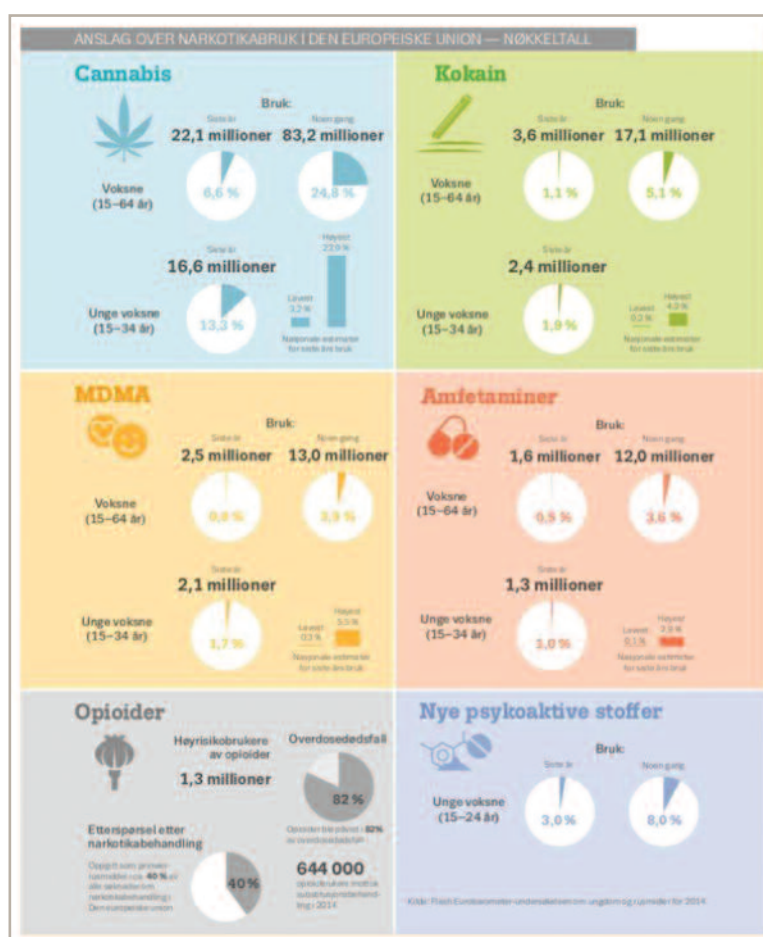
[Les rapporten "Europeisk narkotikarapport 2016: Trender og utviklinger" på EMCDDAs nettsted](#)

[Les rapporten på norsk, som pdf-fil](#)

[Les pressemelding om rapporten \(norsk, pdf-fil\)](#)

Publisert: 31.05.2016, endret: 31.05.2016, 12:37

Referansekode i 'Helserådet': RUS 2016 – 14. Stikkord: Narkotika.



Hva er viktig for deg-dagen

Brukeren i sentrum under internasjonal markering

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=119114>.

Helsepersonell i Norge og ni andre land spør 6. juni pasientene om hva som er viktig for dem. På denne dagen flyttes oppmerksomheten fra sykdom til helse og fra diagnose til hele mennesket. Målet er at den enkelte pasient skal ha en best mulig hverdag.

INTERNASJONAL MARKERING: For tredje år på rad markerer norsk helsepersonell «Hva er viktig for deg-dagen» ved å stille pasientene sine nettopp dette spørsmålet. Helsepersonell er lært opp til å spørre hva som feiler pasienten, mens de vi er mindre trent på å stille spørsmålet «hva er viktig for deg», ifølge seksjonsleder Anders Vege i Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet:

– Ved hjelp av denne dagen ønsker vi å bidra til at helsetjenesten blir enda mer opptatt av hva som kan bidra til god helse og en best mulig hverdag for den enkelte pasient. Da må vi dempe fokuseringen på sykdom.

Artikkelen fortsetter nedenfor videoen.

VIDEOEN: Helse- og omsorgsminister Bent Høie og seksjonsleder Anders Vege i Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet blir i denne videoen intervjuet om "Hva er viktig for deg-dagen" av fagpolitisk rådgiver Berit Larsen i Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO).

Samtale om "Hva er viktig for deg-dagen" from Folkehelseinstituttet on Vimeo.

Lytte til pasienten – og så handle

Den 6. juni handler det om å lytte til brukernes stemme, involvere dem og gi rom for medbestemmelse. Helsepersonellet ønsker å mobilisere brukerens egne ressurser og motivere dem mot et ønsket resultat. Dagen er en del av et forbedringsarbeid om gode pasientforløp – innen den enkelte kommune og mellom primærhelsetjeneste og sykehus.

– Det er stor interesse for å markere dagen her i Norge. Vi har distribuert 16.000 buttons med teksten «Hva er viktig for deg?» Dette er langt flere enn tidligere, sier Anders Vege.

Med denne knappen på brystet vil helsepersonell gjennom ulike lokale initiativ rette oppmerksomheten mot pasientens behov – for så i ettertid gjøre sitt for å følge opp det som er viktig gjennom planer og individuelle tiltak.

Oppslutningen øker

Kunnskapssenteret tok initiativet til dagen sammen med kommunesektorens arbeidsgiverorganisasjon KS i anledning arbeidet med læringsnettverk for gode pasientforløp. Helsepersonell i stadig flere kommuner har tatt opp hansken, og i år markeres for første gang også dagen i tre sykehus – etter at det er klart at Sørlandet sykehus og Agder-kommunene sammen skal starte et nytt læringsnettverk for gode pasientforløp.

Årets markering støttes av Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO), Helsedirektorat og Helse- og omsorgsdepartementet med statsråden i spissen. I et videoinnslag som er laget i anledning dagen, oppfordrer helse- og omsorgsminister Bent Høie helsepersonell til å bidra til å skape pasientens helsetjeneste, mens Anders Vege utdyper betydningen av økt oppmerksomhet på helse og ikke bare sykdom.

Også i utlandet vil helsepersonell markere dagen gjennom ulike initiativ. Dette er de ni andre landene som i år markerer «Hva er viktig for deg-dagen»: Skottland, Wales, Irland, England, Belgia, Danmark, New Zealand, Australia og Brasil.

VIDEOEN: Helse- og omsorgsminister Bent Høies appell i anledning "Hva er viktig for deg-dagen" den 6. juni.

Bent Høie om "Hva er viktig for deg?" - dagen from Folkehelseinstituttet on Vimeo.

Publisert: 01.06.2016, endret: 01.06.2016, 11:58

Referansekode i 'Helserådet': MET 2016 – 22. Stikkord: Brukeren i sentrum.

Teppegulv – skadelig for inneklima og helse?

Red.: Se artikkelen ovenfor: «Tepegulv gir fortsatt helserisiko»

Lenke/referanse til Folkehelseinstituttets artikkel her: <http://www.fhi.no/artikler/?id=119095>.

Referansekode i 'Helserådet': INN 2016 – 3. Stikkord: Tepegulv.