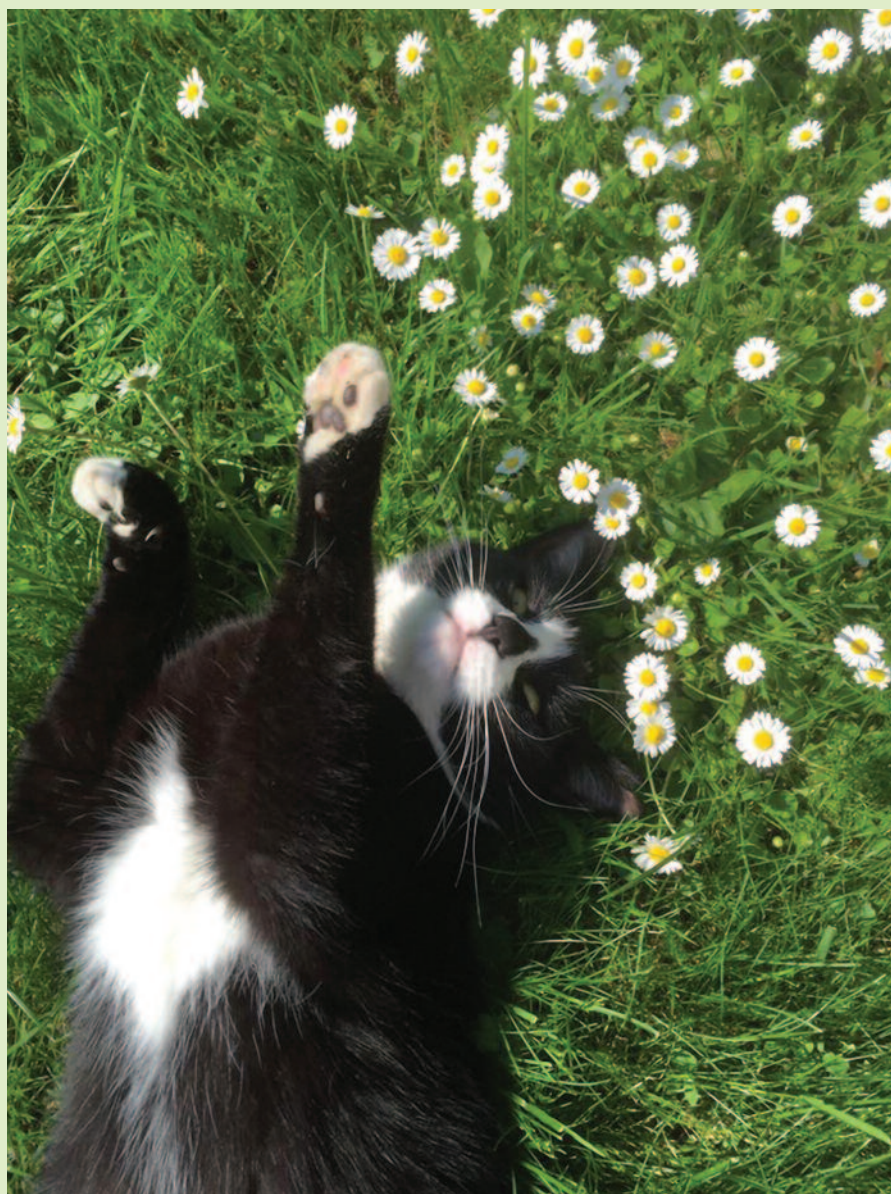


24. juni 2016, 24. årgang

Helserådet

Nytt om samfunnsmedisin og
folkehelsearbeid

- Komplette innholds-
fortegnelse
s. 2
- Levealder i ulike yrker
s. 3
- Allmennlegetjenesten
2015
s. 9
- Behovet for arbeidskraft
og omsorgsboliger i
pleie- og omsorgs-
sektoren mot 2060
s. 11
- Om prioritering
s. 12 og s. 13
- Forebyggende hjemme-
besøk i kommunene
s. 14
- Kropp og sinn
– Fagkonferanse
s. 20
- Råd til personer som
reiser til OL i Brasil
s. 24



Helserådet

INNHold NR. 13/16

Levealder i ulike yrker: høy utdanning og godt arbeidsmiljø bidrar til et langt liv	3
Lev lenger med fullkorn	8
-Rødt kjøtt og melk er sunt.....	8
Urovekkende lavt jodinntak blant gravide.....	9
Allmennlegetjenesten 2015	9
Nytt tidsskrift	11
Behovet for arbeidskraft og omsorgsboliger i pleie- og omsorgssektoren mot 2060	11
Varsling til beste for pasienten og helsevesenet	12
Lager nytt prioriteringsutvalg – for kommunene	12
Lover ryggdekning for legers prioriteringer.....	13
Feil kur med ny struktur på DPS	13
Om forebyggende hjemmebesøk i kommunene	14
Frykter probiotika kan skade	18
Prosedyre for setterekvirent av medikamenter i gr. A og B ved tap av rekvireringsretten.....	18
Takk til KS/Kommunespeilet!	18
Ny kunnskap om partikulær luftforurensing.....	19
Luftforurensing blant de vanligste årsakene til slag.....	19
Kropp og sinn – Fagkonferanse for helsepersonell, brukere og andre med interesse for fysisk aktivitet og psykisk helse.....	20
Forurensning gir barn dårligere psykisk helse	22

NYTT FRA WWW.FHI.NO, FOLKEHELSEINSTITUTTET

Oppdaterte råd om forebygging av zikavirus-infeksjon etter opphold i utbruddsområder	23
Råd til personer som reiser til OL i Brasil 2016	24
Skolebaserte gruppetiltak kan hjelpe barn og unge etter samlivsbrudd	26
Årsrapport om sykdomsutbrudd i 2015	26
John-Arne Røttingen har fått Fulbrightpris for beste forskningsartikkel.....	27

Helserådet

Nytt fra Helsebiblioteket, emnebibliotek samfunnsmedisin og folkehelse

Postboks 7004 St. Olavs plass, 0130 Oslo.

Utgiver: Helsebiblioteket, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

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

ISSN 0806 - 7457

Redaktør: Anders Smith, spes. i samfunnsmedisin, M. Sc. E-post: 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: Livet er ikke det verste man har. God sommer!



Høy utdanning og godt arbeidsmiljø bidrar til et langt liv

Publisert: 15. juni 2016

Forfatter: Inger Texmon, Jens-Kristian Borgan

[Åpne og les artikkelen i PDF \(323 KB\)](#)

Dersom man har jobbet i et yrke som krever en lang utdanning, ser det ut til at man lever lenger enn gjennomsnittet i Norge. Blant yrkene med lavere utdanningskrav finner vi enkelte med store arbeidsmiljøproblemer, der utøverne har kortere livsutsikter. Kjemiske miljøbelastninger gir mest tap av levetid, men ikke mer enn 1,5 år når vi bare sammenlikner menn i yrkesgrupper med nokså likt utdanningsnivå.

Studier av dødelighet etter yrke har vært et klassisk tema i dødelighetsforskningen. På 1970- og 80-tallet ble det gjennomført flere slike arbeider i Statistisk sentralbyrå (SSB), og en oppsummering er gitt av Borgan (2009). Nylig ble de supplert av en analyse med utgangspunkt i data fra perioden etter årtusenskiftet (Borgan og Texmon 2015). Først og fremst har nye kilder for yrkesopplysninger kommet til, og i tillegg følger inndelingen av yrkene en nyere standard (se tekstboks om yrkesstandarder).

[Levealder](#)

Forventet gjenstående levetid er det antall år en person i en gitt alder er forventet å leve under dødelighetsforholdene, enkelt sagt hvor mange som dør, i en gitt periode, ofte et kalenderår. Forventet levealder beregnes i en dødelighetstabell basert på de aldersavhengige dødssannsynlighetene for hvert kjønn og for ulike alderstrinn – opp til 105 år i offisiell dødelighetsstatistikk. For nærmere beskrivelse og særskilte tilpasninger av opplysningene om dødelighet i denne analysen, se Borgan og Texmon (2015).

Datakilder for beregningene av levealder er:

Data om alle bosatte etter kjønn og alder per 1. januar i årene 1981–2014

Opplysninger om dødsfall i Årangsdata fra befolkningsstatistikk 1981–2013

[Yrkesstandarder](#)

SSBs tidligere studier av dødelighet etter yrke har tatt utgangspunkt i standarden NYK fra 1960-tallet (Arbeidsdirektoratet 1965). I denne artikkelen klassifiseres yrkene etter standarden STYRK98 (Statistisk sentralbyrå 1998). Selv om det finnes en nyere variant av standarden, fra 2008, bruker vi 1998-utgaven, da denne er mer tilgjengelig i datakilden for perioden 2003–2012. Datakilde for yrkesopplysninger er registerbasert sysselsettingsstatistikk 2003–2012. Beregning av levealder baseres på dødsrater for alle alderstrinn, og vil dermed inkludere dødsfall for eldre personer, som altså ikke var yrkesaktive på 2000-tallet. Se nærmere om hvordan eldre opplysninger fra folketellingene 1960–80 er utnyttet som supplement for å dekke hele aldersskalaen (Borgan og Texmon 2015).

[100 yrker med i analysen](#)

Blant de om lag 350 yrkene i yrkesstandarden er det mange med få utøvere. Rapporten som artikkelen bygger på, gjengir beregninger av levealderen for rundt 100 av yrkene for to femårsperioder, 2004–08 og 2009–13 (se tekstboks om levealder). For en god del av disse yrkene er levealder også beregnet tidligere (se Borgan 2009), da basert på data fra siste halvdel av 1990-tallet og med definisjoner og betegnelser på yrker fra en eldre standard (Arbeidsdirektoratet 1965). Både de tidligere og de siste beregningene viser betydelige forskjeller i levealderen mellom utøvere av ulike yrker. Ettersom det er store forskjeller mellom menns og kvinners levealder, både i nivå og utvikling etter midten av 1990-tallet, ser vi på menn og kvinner hver for seg. I tillegg er det en betydelig forskjell mellom menns og kvinners yrkesmønster, slik at det heller ikke er beregnet levealder for et felles sett av yrker for menn og kvinner samlet.

Nyere standarder for yrkesklassifisering legger større vekt på hvilket utdanningsnivå som kreves for å utøve yrkene, enn det som var tilfelle i den som ble brukt i de tidligere analysene av yrkesdødelighet. Det vil si at hovedinndelingen av yrkene i ni såkalte yrkesfelt i stor grad sorterer dem etter utdanningsnivå. Nå gir ikke yrkeskoden noe presist uttrykk for utøvernes utdanning, men sammenlikninger av yrkes- og utdanningskoder på individnivå – i folketellingsmateriale fra 2011 – har dokumentert at det likevel er sterk sammenheng mellom nivået for utdanning representert ved de to kildene (Statistisk sentralbyrå 2011).

En helt annen gruppering, som også ble brukt i analysen av yrkesdødelighet fra 2015, bygger på informasjon om arbeidsmiljøbelastninger i ulike yrker. Nærmere bestemt er dette kartlagt i en levekårsundersøkelse gjennomført ved SSB (LKU 2009). Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse (NOA), som er en del av Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI), har så benyttet dette materialet til å lage en inndeling av yrkene i 47 grupper, eller såkalte NOA-yrker. Med utgangspunkt i disse to inndelingene har det vært mulig å se nærmere på hvilken betydning både utdanning og arbeidsmiljø kan ha for forskjellene i levealder mellom yrker.

Prester på topp blant menn...

Yrket med høyest forventet levealder for menn i 1996-2000, var presteyrket, med 81 år. Tilsvarende lå «geistlige yrker» (fellesbetegnelse for prester, misjonsprester og kateketer i nyere standard) på topp blant menn i 2004-08 med nær 84 år og var dessuten blant de fem yrkene med lengst levealder i perioden 2009-13 (83 år). Prester kan dermed forvente å leve 4-5 år lenger enn gjennomsnittet av alle menn som har vært yrkesaktive ifølge registrert dødelighet i alle de tre periodene. I 2009-2013 lå for øvrig «religiøse yrker» høyest blant menn (dvs. misjonærer, menighetssekretærer m.m., klassifisert i yrkesfeltet med høyskoleutdanninger), med en levealder på oppunder 85 år. Yrket som hadde den laveste forventede levealderen blant menn i perioden 1996-2000, var matroser, og med 69,8 år hadde de 11 år kortere forventet levetid enn prestene. Et tilsvarende yrke – kalt «dekksmannskap på skip» i nyere standard – var både i 2004-08 og 2009-13 blant de to-tre yrkene med lavest levealder for menn, rundt 74 år. Maskinmannskap (på skip) lå lavest (noe under 73 år) i begge periodene. Dermed hadde menn en stabil forskjell i levealderen på 11-12 år mellom yrkene med høyest og lavest nivå.

... og fysioterapeuter blant kvinner

Blant kvinnene hadde «fysioterapeuter og arbeidsterapeuter» lengst forventet levealder ifølge beregningen for perioden 1996-2000, med nær 85 år. Det samme yrket – kalt fysioterapeuter og ergoterapeuter i ny standard – hadde også i 2004-08 høyest nivå av alle de utvalgte yrkene for kvinner (86 år), og lå dessuten ganske høyt i 2009-13. Sammenliknet med gjennomsnittet for alle kvinner som var - eller hadde vært – yrkesaktive, var levetiden for kvinnelige fysioterapeuter og ergoterapeuter drøyt 3 år lenger i alle periodene.

Yrker der kvinner har relativt lav levealder, finner vi både innen tjenesteyting – som hovmestere og servitører - og blant industriyrker. I mange av dem har det imidlertid vært færre kvinnelige enn mannlige utøvere, og derfor er det mindre stabilitet i resultatene for kvinner i disse yrkene. Imidlertid var nivåforskjellen mellom yrket med lengst og kortest levealder på 7-8 år i alle periodene.

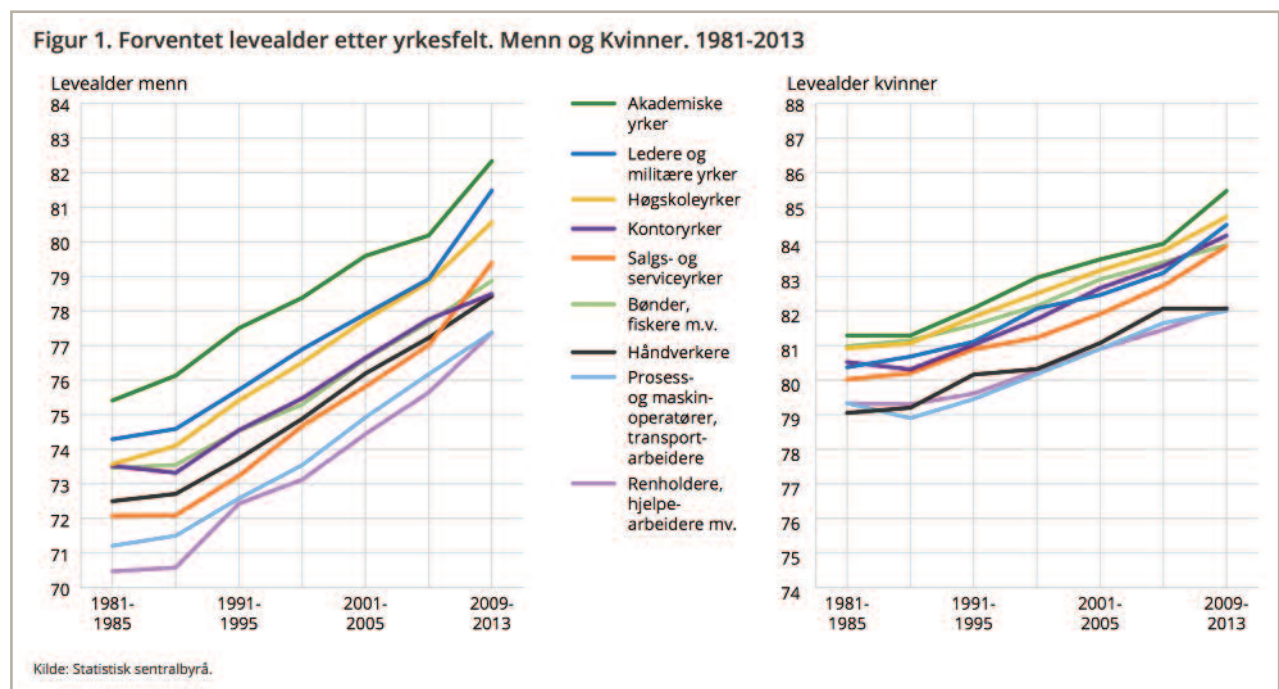
Forskjellene i levealder mellom yrkene med lengst og kortest levetid er altså lavere blant kvinner enn blant menn og ser ut til å endres lite over tid, både blant menn og blant kvinner. Ellers viste både de eldre og nyere beregningene at de som har et yrke med høye krav til utdanning, som lærere i universitet og høyskole, leger og tannleger, lever lenge. Blant yrkene med kort levetid finner vi flere det er nærliggende å forbinde med arbeidsmiljøbelastninger. I det følgende ser vi derfor mer systematisk på sammenhenger mellom levealder og henholdsvis utdanningsnivå og arbeidsmiljø.

Akademikere lever lenger enn renholdere

Når en grovere inndeling av yrker studeres, vil ikke resultatene påvirkes så mye av at enkelte yrker forsvinner eller kommer til. Her ser vi på en hovedinndeling i ni såkalte yrkesfelt, der utdanningsnivå utgjør en hovedforskjell mellom gruppene, og i denne er alle de om lag 350 yrkene med.

I en periode på om lag 30 år (se figur 1) har menn med yrker som krever lang høyere utdanning («akademiske yrker»), i snitt hatt fem år lenger levetid enn menn i yrker der det ikke er noen klare krav til utdanning («renholdere og hjelpearbeidere mm.»). Forskjellen i levealder mellom dem med høyest og lavest utdanning ser ut til å ha vært ganske stabil over tid fra den første femårsperioden 1981-85 og fram til 2009-13. Blant menn var det også forskjell i levealder mellom gruppene med lang og kort høyere utdanning, det vil si mellom «akademiske yrker» og høyskoleyrkene, på mellom ett og to år.

Figur 1



Blant kvinner var tilsvarende forskjeller i levealder mellom yrkesfeltene mindre, om lag 3,5 år mellom dem som lå høyest og lavest. Selv om levealderen i «akademiske yrker» var høyest, som for menn, var det liten forskjell i levealder mellom disse og de høyskoleutdannede kvinnene. Også mellom høyt utdannede kvinner og gruppene av ledere, kontoryrker og kvinner i primærnæringene var det mindre forskjeller enn blant menn. Derimot var det større forskjeller mellom levealderen i de nevnte yrkesfeltene og de tre med lav levealder: «håndverkere», «prosess- og maskinoperatører», samt «renholdere, hjelpearbeidere mv.». For øvrig kan det se ut som om forskjellen i

levealder mellom akademikerkvinnene og de sistnevnte har økt noe i slutten av den observerte perioden, men det kan skyldes få observasjoner og statistisk usikkerhet.

Forskjellene i levealder etter yrkesfelt, tilsvarer i ganske stor grad beregnet levealder etter utdanningsnivå, når SSBs utdanningsregistre legges til grunn (Steingrimsdottir et al. 2012). Blant menn var det en forskjell på seks år i gjenstående levetid ved 35 år mellom høyeste nivå og laveste nivå (ingen eller manglende opplysning om utdanning). At spennet i levealder mellom laveste og høyeste nivå blant menn blir noe større når rene utdanningsopplysninger legges til grunn, kan forklares av at gruppen som mangler utdanningsopplysninger, inkluderer personer som aldri har vært yrkesaktive, mens disse ikke er med når vi sammenlikner yrkesgrupper. Særlig blant menn har personer uten registrert yrkesaktivitet lavere levealder enn de yrkesaktive (Borgan og Texmon 2015).

Arbeidsbelastninger på jobben – hvem er utsatt?

Inndelingen av yrkene etter arbeidsmiljø bygger på hvordan respondenter i ulike yrker har svart på et «batteri» av 36 spørsmål om belastninger i arbeidsmiljøet. Spørsmålene er delt inn etter fem kategorier: kjemiske, biologiske, fysiske, mekaniske og psykososiale arbeidsmiljøbelastninger (se tabell 1). Svarene har vært grunnlag for inndelingen i de 47 såkalte NOA-gruppene, som er listet opp i tabell 3 (bakerst i artikkelen), sammen med en indeks for grad av belastning innen hver av de fem kategoriene.

Tabell 1

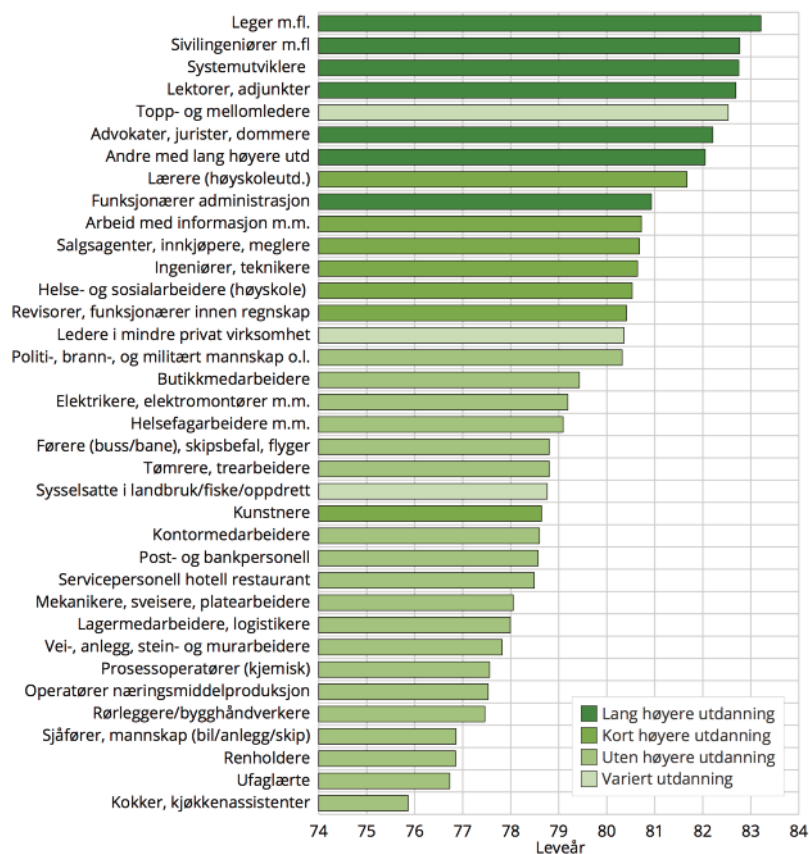
Miljøkomponentene som er kartlagt, er neppe forbundet med samme grad av helserisiko. På den ene side kan man forvente at langvarig eksponering for metallstøv, mineralstøv og tobakksrøyk (kjemiske faktorer) innebærer en klar objektiv risiko for sykdom, som igjen kan medføre tidlig død. På den annen side kan trolig en del av de psykososiale miljøfaktorene påvirke livskvalitet, uten at livslengden nødvendigvis blir påvirket.

Det framstår også som sannsynlig at belastningene som spørsmålene har kartlagt, ikke har samme grad av alvorlighet. F.eks. vil det variere mellom individer hvorvidt psykososiale faktorer som lange arbeidsuker og høye krav påvirker helsen. Derimot vil vold eller trusler om vold, i samme kategori, innebære større risiko for helseproblemer. Blant de mekaniske faktorene i kartleggingen vil de fleste utløse plager, særlig over lang tid, men antakelig uten at det innebærer risiko for tidlig død. Ut fra disse vurderingene taler mye for at sammenhengene mellom levealder og arbeidsmiljøfaktorer i yrkene studeres separat for de ulike kategoriene av miljøbelastninger.

Det er gjennomgående lav eksponering for arbeidsmiljøbelastninger i yrkesgruppene med høyt utdanningsnivå, mens eksponeringen er høyere i yrker med lavt utdanningsnivå. Unntatt fra dette er det psykososiale arbeidsmiljøet, der belastningene er jevnere fordelt på yrkesgruppene med og uten høyere utdanning (se tabell 3 lenger ned).

Levealder i ulike yrker

Figur 2. Forventet levealder i ulike yrkesgrupper etter inndelingen i NOA¹. Menn. 2009-2013



¹ Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og -helse. Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Store arbeidsmiljøproblemer kan for korte menns liv

Når inndelingen i NOA-grupper ble lagt til grunn, varierte levealderen blant menn mellom 76 år for kokker og kjøkkenassistenter og noe over 83 år for gruppen av leger, tannleger, farmasøyter m.fl. i perioden 2009-13. Det gir et spenn i levealder mellom gruppen med laveste og høyeste nivå på noe over 7 år (se figur 2). Av NOA-gruppene med lang høyere utdanning hadde også sivilingeniører og andre realister, samt lektorer høy levealder (nesten 83 år), mens jurister og andre med høy utdanning, som humanister og samfunnsvitere lå noe lavere, med 82 år. Forskjellene mellom de høyt utdannede gruppene av menn, på et drøyt år, kan ikke forklares av arbeidsmiljøbelastninger slik de er gjengitt i tabell 3.

Figur 2

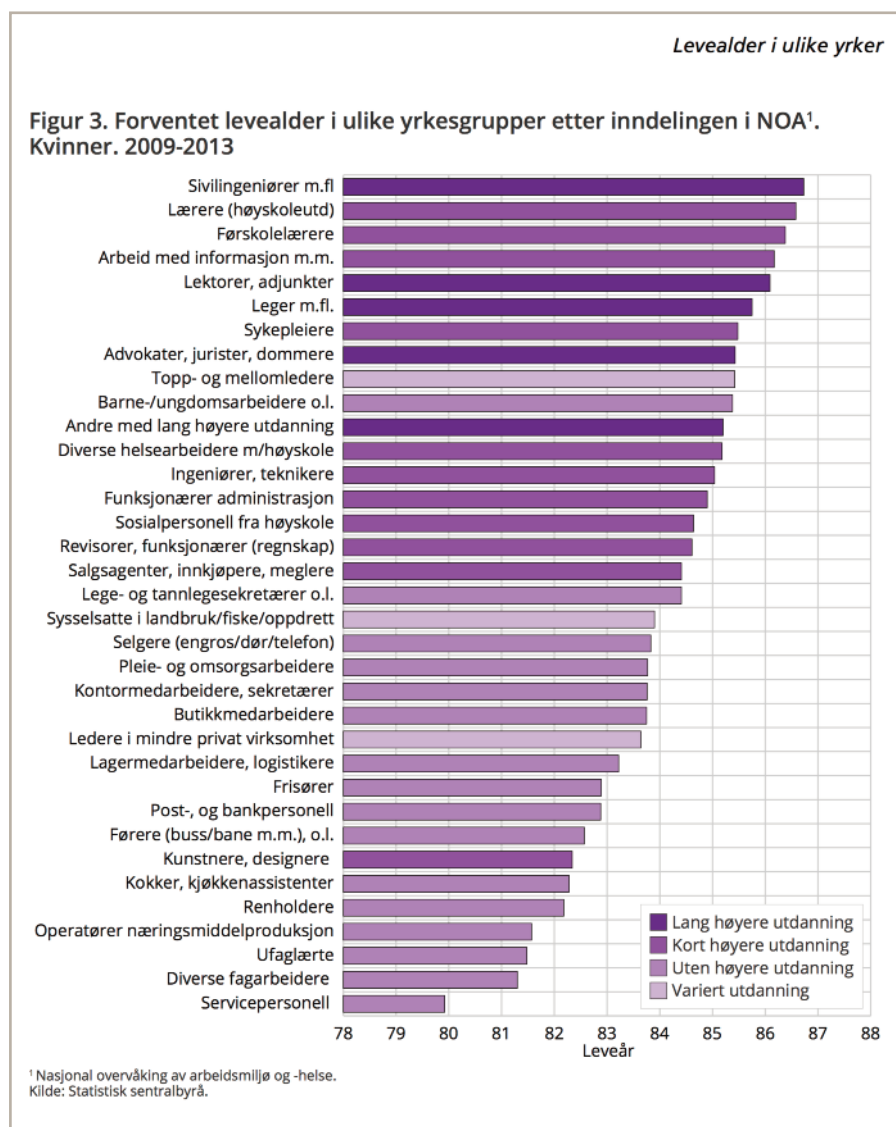
Blant de mange yrkesgruppene uten krav til høyere utdanning, var det større spredning i levealderen. Mens mannlige kokker og kjøkkenassistenter hadde en levealder under 76 år, var den mer enn 79 år for butikkarbeidere i samme periode. Mellom disse to gruppene er det ikke noen utdanningsforskjell av betydning. Derimot framgår det av tabell 3 at gruppen av kokker og kjøkkenassistenter har et midtels nivå av arbeidsmiljøbelastninger, mens butikkarbeiderne er blant gruppene som i svært beskjeden grad har rapporterte om dette.

Høyest eksponering for arbeidsmiljøbelastninger er det for enkelte grupper industriarbeidere, som i olje- og gassindustri (gruppe 44 i

tabell 3). For denne gruppen var levealderen 78 år, det vil si godt under gjennomsnittet blant alle gruppene i denne perioden. Lavt i levealder lå også NOA-grupper som ufaglærte, renholdere, sjåfører og rørleggere og operatører i næringsmiddelproduksjon, som alle har betydelige innslag av arbeidsmiljøbelastninger. Ut fra disse eksemplene kan det se ut til at menn i NOA-grupper med omfattende miljøbelastninger ofte har lav levealder, og at dette oftest gjelder yrkesgrupper med lavt til middels utdanningsnivå.

Levealderen i NOA-gruppene er beregnet for to perioder (Borgan og Texmon 2015), men her er bare resultater for 2009-2013 vist (figurene 2 og 3). Noen av de 47 gruppene (se tabell 3) ble slått sammen for å ha tilstrekkelig størrelse for beregning av levealder, til 36 grupper blant menn og 35 blant kvinner. Hvilke grupper som måtte slås sammen, varierer mellom kjønnene på grunn av ulikhetene i deres yrkesmønstre.

Figur 3



Kvinnelige sivilingeniører og lærere – forventet levealder 87 år

Blant kvinnene var det generelt noe mindre forskjeller mellom levealderen etter yrke enn blant menn, både når vi sammenliknet de enkelte yrkene og når vi så på yrkesfeltene (etter utdanning) foran. Også når vi sammenlikner levealderen i NOA-grupper, er det samlet noe mindre forskjeller i levealder blant kvinner enn blant menn.

I perioden 2009-2013 hadde sivilingeniørene, inkludert gruppen av systemutviklere og programmerere, høyest levealder blant kvinnene, noe under 87 år. Sivilingeniørenes levealder var mer enn fem år høyere enn samlegruppe for kvinner i håndverk- og industriyrker (som lå lavest med 81 år) og den uspesifiserte gruppen av ufaglærte (81,5 år). Fysioterapeutene, som hadde lengst levetid ifølge beregningene for de enkelte yrkene, er i NOA-grupperingen slått sammen med andre helsearbeidere med høyskoleutdanning. Samlet ble det beregnet en levealder for disse på over 85 år.

Også blant kvinnene kom lektorene ut som en gruppe med høy levealder (86 år). Blant kvinnene var det både mindre innbyrdes forskjeller mellom enkeltgrupper med lang høyere utdanning og mellom disse og høyskolegruppene. Både for høyskoleutdannede lærere og førskolelærere var levealderen blant de aller høyeste blant kvinner. Ut fra oversikten over rapporterte arbeidsmiljø-

belastninger (se tabell 3) ser det ikke ut til at slike faktorer har noen sammenheng med de forskjellene i levealder vi ser mellom de høyt utdannede gruppene.

Blant kvinner i yrker uten høye krav til utdanning var det, i likhet med hva vi fant blant menn, lav levealder blant ufaglærte og renholdere, samt for operatører og håndverkere i næringsmiddelproduksjon, i tillegg til den nevnte samlegruppen av industriyrker. For alle disse yrkene lå levealderen på 81-82 år, mens gjennomsnittet for yrkesaktive kvinner lå noe over 83 år.

Noen miljøproblemer er farligere enn andre

I de foregående avsnittene så vi levealderen i noen utvalgte yrkesgrupper i lys av de samlede opplysningene om arbeidsmiljø. Her vil vi se på betydningen for levealder av fem forskjellige typer av miljøbelastninger: kjemiske, fysiske, mekaniske, biologiske og psykososiale. For dette formålet er de 47 NOA-gruppene rangert etter omfanget av belastningene, type (se tabell 3), for deretter å bli inndelt i fire grupper av noenlunde samme størrelse. Det er beregnet levealder for hvert nivå på eksponering og hver miljøkomponent (vist i tabell 2), for menn og kvinner. Beregningene er utført i to runder, en for alle NOA-gruppene og en bare for NOA-gruppene uten krav til høyere utdanning.

[Tabell 2](#)

[Tabell 3](#)

I første runde, der alle NOA-gruppene er med i rangeringen etter arbeidsmiljø (dvs. i den venstre kolonnen for hver kategori i tabell 2), ser vi at levealderen synker med økende belastninger innenfor hver kategori av arbeidsmiljøbelastning. For både kjemisk, biologisk og mekanisk arbeidsmiljø er forskjellene mellom yrkesgruppen med minst og størst belastning drøyt 3 år blant menn. Utslaget av de komponentene som utgjør det fysiske arbeidsmiljøet er mer beskjedent, og det er ingen slik sammenheng for det psykososiale arbeidsmiljøet. Blant kvinnene er utslagene mer beskjedne, mellom ett og to års forskjell mellom samlingene av NOA-grupper med minst og størst belastninger både av kjemiske, biologiske og mekaniske miljøkomponenter. Den fallende tendensen etter nivå av belastninger er ikke like stor.

Å fjerne gruppene med høy utdanning fra rangeringen innebærer at vi reduserer betydningen av utdanningsnivå for resultatene. Som tidligere nevnt er det lite omfang av arbeidsmiljøbelastning i yrker som krever høy utdanning – når vi ser bort fra psykososiale belastninger. Det vil si at det trolig er utdanningsnivå som forklarer en del av forskjellene etter arbeidsmiljø når alle gruppene er med.

Når bare NOA-grupper uten høyere utdanning rangeres (høyre kolonne for hver av miljøkategoriene i tabell 2), synker forskjellene i levealder etter grad av miljøbelastninger. Likevel ser vi forskjeller i levealder mellom samlingene av lavt utdannede NOA-grupper med høyest og lavest nivå av belastninger. Særlig for kvinnene er forskjellene små, og det er ikke noen rent fallende tendens i levealderen etter grad av miljøbelastninger.

For menn faller levealderen når vi ser på kjemiske miljøfaktorer. Det er en forskjell i levealder mellom samlingen av grupper uten miljøbelastninger og samlingen med mest omfattende belastninger, og den utgjør 1 ½ år. Også når det gjelder det biologiske arbeidsmiljøet er den tilsvarende forskjellen mer enn ett år, men uten en klart fallende tendens etter grad av belastning. Det samme gjelder det mekaniske arbeidsmiljøet for menn, der forskjellen mellom gruppene uten slike belastninger og de mest belastede er et snaut år.

Utdanning eller arbeidsmiljø?

Når vi reduserer betydningen av utdanning for resultatene, ved å ta de høyt utdannede ut av sammenlikningen, er det omfanget av kjemiske miljøfaktor-ene som gir mest utslag for levealderen. Alt i alt ser betydningen av arbeidsmiljø ut til å være relativt beskjeden og mindre enn betydningen av utdanning. Dette støtter opp under vurderingen foran om at mange av de øvrige arbeidsmiljøkomponentene i kartleggingen ikke kan antas å påvirke helsen i en slik grad at livet forkortes.

I Faktabok om arbeidsmiljø og -helse (2011) trekker Statens arbeidsmiljøinstitutt fram at selv om arbeidsmiljøet i Norge karakteriseres som godt, og er blitt bedre på de fleste arbeidsplasser, er det fortsatt forskjeller mellom yrker og utdanningsgrupper. Det oppsummeres med at «arbeidstakere med kortere utdanningslengde ofte har mer belastende arbeid, blant annet i form av tungt fysisk arbeid og belastende arbeidsstillinger, høyere nivåer av fysiske og kjemiske eksponeringer, samt mindre selvbestemmelse og mer ensidig arbeid». I Faktabokens oppsummering av arbeidsmiljøet legges det vekt på at en rekke miljøfaktorer ikke nødvendigvis har noen innvirkning på levealderen.

Hvorfor forskjeller i levealder etter utdanning?

Det finnes mye kunnskap om sosiale forskjeller i helse. De er bl.a. dokumentert i Folkehelse rapporten 2014, der det slås fast at jo høyere utdanning og inntekt en gruppe har, jo høyere andel av gruppen er det som har god helse. Slike helseforskjeller gir også utslag på levealderen.

En mye brukt forklaring i studier der utdanningsgrupper sammenliknes, er at forskjellene skyldes seleksjon. Som kjent er det sosial skjevhet i rekruttering til høyere utdanning, ved at de som starter og gjennomfører lange utdanninger i gjennomsnitt har bakgrunn i familier med høyere utdanningsnivå enn gjennomsnittet. Også utdanningsretning går ofte i arv (som f.eks. leger og jurister), selv om sosial mobilitet mht. utdanningsvalg har økt (Modalsli 2015).

En alternativ måte å forstå forskjellene i levealder etter utdanning på, er å legge vekt på de indirekte gevinstene som utdanning medfører. Ikke bare gjelder dette inntekt, yrke og sosial status, men andre forhold som påvirker helse og overlevelse. Høy utdanning er oftere forbundet med mer sunn livsstil, samt bedre forutsetninger til å sette seg inn i informasjon om helse.

Det er med andre ord en rekke faktorer som kan ha betydning for levealderen i yrkene. Denne artikkelen ser nærmere på to av dem, nemlig utdanningsnivå og arbeidsmiljøbelastninger.

Litteraturliste

Arbeidsdirektoratet. (1965). *Nordisk yrkesklassifisering. Standard for yrkesgruppering i offentlig norsk statistikk: Systematisk fortegnelse over yrkesområder, yrkesgrupper og yrker med kodenummer og definisjoner*. Oslo: Arbeidsdirektoratet.

Borgan, J.-K. (2009). Yrke og dødelighet 1960-2000 (Rapporter 2009/5). Hentet fra <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/yrke-og-dodelighet-1960-2000>

Borgan, J.-K. & Kristofersen, L. B. (1986). Dødelighet i yrker og sosioøkonomiske grupper 1970-1980. (Statistiske analyser 56). Hentet fra http://www.ssb.no/a/histstat/sagml/sagml_56.pdf

Borgan, J.-K. & Texmon, I. (2015). Levealder og uttak av tidligpensjon i ulike yrker. (Rapporter 2005/39). Hentet fra: <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/levealder-og-uttak-av-tidligpensjon-i-ulike-yrker>

Folkehelseinstituttet (2014). Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge (Rapport 2014/4). Hentet fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/4313e1cf39.pdf>

Modalsli, J. (2015). Intergenerational mobility in Norway, 1865-2011. (Discussion papers no. 798). Hentet fra: http://www.ssb.no/en/forskning/discussion-papers/_attachment/217929?_ts=14b72db88c8

Steingrimsdottir, O. A., Næss, Ø., Moe, J. O., Grøholt, E.-K., Thelle, D. S., Strand, B. H. & Bævre, K. (2012). Trends in life expectancy by education in Norway 1961-2009. *European Journal of Epidemiology*, 28(3), 163-171. Hentet fra: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10654-012-9663-0>

Statens arbeidsmiljøinstitutt (2011). Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2011: Status og utviklingstrekk. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/5d4d28864e9147269a068e1445d7ad90/faktabok_2011.pdf

Statens arbeidsmiljøinstitutt (2015). Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2015: Status og utviklingstrekk. Hentet fra: <https://stami.no/publikasjon/faktabok-om-arbeidsmiljo-og-helse-2015-status-og-utviklingstrekk/>

Statistisk sentralbyrå (1998). Standard for yrkesklassifisering. (Norges offisielle statistikk NOS C521). Hentet fra: http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/nos_c521/nos_c521.pdf

Statistisk sentralbyrå (2011). Tabell 09867: Syssel-satte 15-74 år, etter bosted, yrke, utdanningsnivå og kjønn. Hentet fra: <http://www.ssb.no/tabell/09867>

Kontakt

- SSBs informasjonstjeneste
- E-post: informasjon@ssb.no
tlf.: 21 09 46 42

Referansekode i 'Helserådet': ULI 2016 – 13. Stikkord: Levealder. Utdanning.

Lev lenger med fullkorn *(forskning.no 15.6.2016)*

Forskere har funnet ut hvor mye fullkorn du må spise for å få lavere risiko for alvorlige sykdommer. En ny, stor oppsummering av 45 befolkningsstudier viser bedring ved små endringer, men mer er generelt bedre.

Anders Revdal, journalist. En artikkel fra **NTNU**.

Å spise mye fullkorn kobles til mindre fare for all hjerte- og karsykdom og redusert risiko for å dø av kreft, diabetes, luftveissykdommer og infeksjonssykdommer i en ny, stor oppsummeringsstudie. Bedringen begynner ved lave nivåer.

Forskere ser en betydelig bedring i helserisiko allerede hos dem som spiser 50 gram fullkornsprodukter om dagen, tilsvarende et par skiver med grovbrød. Men bedringen fortsetter til en viss grad helt opp til sju grovbrødskeer daglig, helsemyndighetens anbefalte inntak.

– Tre porsjoner fullkorn mer hver dag, for eksempel to grove brødskeer og ei skål frokostblanding med fullkorn, var forbundet med betydelig lavere risiko for å dø tidlig, noe som både gjaldt dødsfall som følge av hjerte- og karsykdom, kreft, diabetes, luftveissykdommer og infeksjonssykdommer.

– Studien er et sterkt bevis på at å spise mye fullkorn er bra for helsa, sier NTNU-stipendiat Dagfinn Aune, en av forskerne bak studien. Studien er en såkalt metaanalyse, der forskerne legger sammen resultater fra mange uavhengige studier.

Se hele artikkelen samt en del relatert materiale ved å gå inn på <http://forskning.no/mat-og-helse/2016/06/lev-lenger-med-fullkorn>.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016 – 44. Stikkord: Fullkorn.

- Rødt kjøtt og melk er sunt *(forskning.no 13.6.2016)*

Det er ingen grunn til å hoppe på trenden med å kutte ut rødt kjøtt og melk, ifølge ernæringsprofessor.

Janne Karin Brodin, rådgiver.

En artikkel fra **NMBU - Norges miljø- og biovitenskapelige universitet**

Et kosthold uten kjøtt og melk kan være mer skadelig enn sunt, ifølge ernæringseksperter. Et variert kosthold dekker behovet for næringsstoffer. Det motsatte kan skje hvis du hopper på en av de mange kostholdstrendene.

Blant unge mennesker og spesielt unge jenter er det trendy å unngå visse typer mat, for eksempel fordi de synes det er etisk uforsvarlig å spise kjøtt.

Problemet er at et slikt kosthold i verste fall kan føre til mangel på viktige næringsstoffer. Det kan skade helsen din, ifølge professor i ernæringsfysiologi Anna Haug ved NMBU.

Hun påpeker at dette er spesielt ille for fostre og barn, som kan få uopprettelige utviklingsskader på grunn av mors kosthold når hun er gravid og ammer. Kostholdet foreldrene gir barnet i oppveksten betyr også mye.

Se hele artikkelen samt en del relatert materiale fra forskning.no ved å gå inn på <http://forskning.no/mat/2016/06/trendy-kostholdsfeller-vet-du-hva-du-ikke-spiser>.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016 – 43. Stikkord: Rødt kjøtt. Melk.



13.6.2016

FOLKEHELSE

Urovekkende lavt jodinntak blant gravide

Ny rapport viser at jodinntaket i deler av befolkningen er urovekkende lavt.

Mari Rian Hanger, mari.rian.hanger@dagensmedisin.no

Jodmangel før og under svangerskapet kan ha negative konsekvenser for barnets utvikling. Nå har Fagrådet for ernæring levert sin rapport "Risiko for jodmangel i Norge" til Helsedirektoratet. Rapporten viser at jodinntaket i deler av befolkningen er urovekkende lavt.

Se hele artikkelen fra Dagens Medisin ved å gå inn på http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/06/13/fare-for-urovekkende-lavt-jodinntak-blant-gravide/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016 – 45. Stikkord: Jodmangel. Graviditet.



Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway

Allmennlegetjenesten, 2015

Innhold (se også <http://www.ssb.no/helse/statistikker/fastlegetj/aar>)

- [Statistikkens hovedside](#)
- [Tabeller \(1\)](#)
- [Om statistikken](#)
- [Arkiv](#)

Publisert: 8. juni 2016

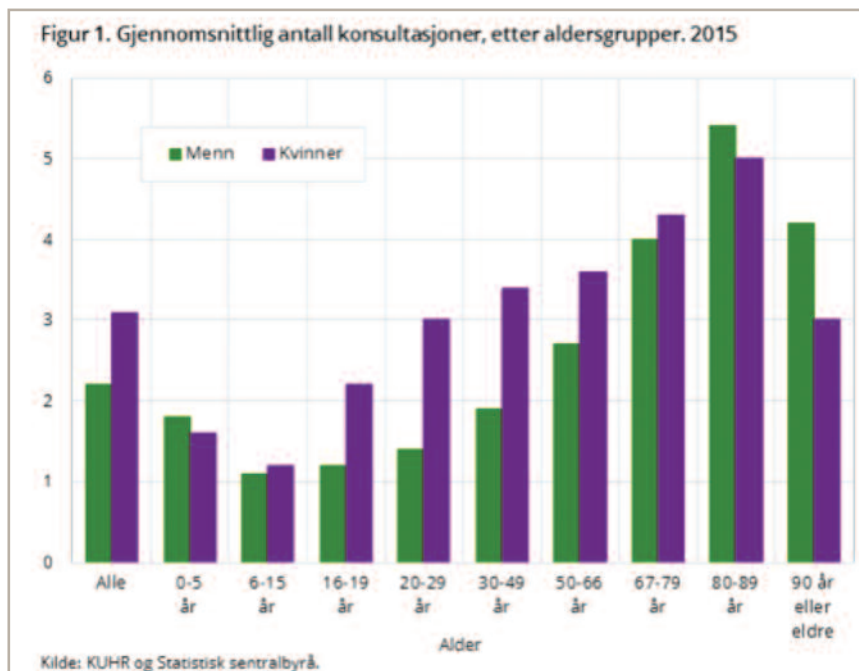
Konsultasjoner hos fastlege eller legevakt i løpet av året, etter alder				
	2015			
	Fastlege		Legevakt	
	Andel personer	Konsultasjoner per person	Andel personer	Konsultasjoner per person
Alle aldre	69	2,6	17	0,25
0-5 år	64	1,7	30	0,47
6-15 år	54	1,1	16	0,20
16-19 år	64	1,7	20	0,29
20-29 år	64	2,2	19	0,28
30-49 år	68	2,6	15	0,21
50-66 år	76	3,2	14	0,19
67-79 år	85	4,1	16	0,23
80-89 år	83	5,2	22	0,35
90 år eller eldre	61	3,4	22	0,34

Unge kvinner er nesten dobbelt så ofte hos fastlegen som unge menn

I gjennomsnitt konsulterte vi fastlegen 2,6 ganger, men det er stor forskjell mellom kjønnene. Kvinner går generelt mer til fastlegen enn menn og særlig når de er mellom 16 og 49 år. Da har de nesten dobbelt så mange konsultasjoner som menn. Konsultasjoner hos fastlege eller legevakt i løpet av året, etter alder

Kilde: Statistisk sentralbyrå

- [Standardtegn i tabeller](#)



Fastlegen er den vi henvender oss til ved sykdom, skader og helserelaterte problemer, mens legevakten benyttes når fastlegen ikke er tilgjengelig og det haster med å få legehjelp. I 2015 hadde 7 av 10 vært hos fastlegen en eller flere ganger, og nesten 2 av 10 hadde besøkt legevakten.

Unge og middelaldrende kvinner bruker fastlegen mer enn jevngamle menn

Ser vi på bruken av fastlege, hadde kvinner i gjennomsnitt flere legebesøk enn menn, 3,1 mot 2,2 konsultasjoner. Mens forskjellene mellom kjønnene er små for barn, hadde kvinner i gjennomsnitt nesten dobbelt så mange legebesøk som menn, når de mellom 16 og 49 år betraktes samlet. For de middelaldrende lå kvinnenes bruk av fastlegetjenesten om lag 30 prosent over mennenes, mens det var mindre forskjeller mellom kvinner og menn blant dem mellom 67 og 79 år.

Mye av forskjellen mellom kjønnene kan forklares ved kvinners bruk av fastlege i forbindelse med svangerskapsomsorg, prevensjonsveiledning og oppfølging av sin reproduktive helse. At vi også ser ulikhet mellom menn og kvinners bruk av fastlege i gruppen over 50 år, kan forklares ved forskjeller i helse og sykdomsmønstre, men også av at kvinner har en høyere tilbøyelighet til å følge opp egen helse. Det er en sterk økning i legebruk etter alder, fra det laveste nivået på ca. ett årlig besøk blant barn over 5 år, til noe over fem besøk i året blant personer i 80-årene. For personer over 90 år er bruken av fastlegene derimot noe lavere, særlig for kvinnene som har et årlig gjennomsnitt på noe over tre besøk.

Økning i antall legebesøk blant de aller eldste

Generelt har endringene i fastlegebruken gjennom de siste fem årene vært små. Men innenfor de eldste aldersgruppene kan vi se noe endring over tid. Mens «unge eldre» ser ut til å bruke fastlegen litt mindre enn i foregående år, øker bruken blant de aller eldste. Dette gjelder både gjennomsnittstallene for besøk hos lege per person i aldersgruppen, og det gjelder andelen som hadde fem eller flere konsultasjoner årlig. Som figur 2 viser, har det vært en økning på 3 prosentpoeng av «storbrukere» blant menn i aldersgruppen 90 år og over siden 2010. Den samme tendensen finner vi blant kvinner, men med noe mindre utslag.

Det antas at fastlegebruken er påvirket av hvor stor andel av de aller eldste som er hjemmeboende, da hjemmeboende eldre bruker fastlegen mer enn de som bor på institusjon. At bruken har økt noe for de eldste etter 2010, har trolig sammenheng med at andel hjemmeboende blant de eldste har økt i den samme perioden. Den beskjedne nedgangen i fastlegebruken blant de eldre under 80 år, kan derimot ha sammenheng med en bedring av helsen i aldersgruppen over tid. Når vi ser på tallene for konsultasjoner hos fastlege etter diagnoser, viser disse at det særlig har vært en nedgang i bruk av lege i forbindelse med hjerte- og karsykdommer og høyt blodtrykk blant eldre mellom 67 og 79 år.

Mange innvandrere går ikke til fastlege

Kun 58 prosent av bosatte innvandrere i Norge hadde oppsøkt fastlegen i 2015. 65 prosent av norskfødte barn av innvandrere hadde vært der minst en gang, mens andelen i befolkningen for øvrig lå på 71 prosent. Det betyr at mens tre av ti uten innvandrerbakgrunn ikke gikk til legen i 2015, gjaldt det drøyt fire av ti innvandrere. Når vi ser på andelen som gikk til lege fem eller flere ganger i 2015, var forskjellene mindre.

Blant innvandrerne finner vi altså en større andel som ikke oppsøkte lege, mens andelen som gikk mest til fastlege, ligger nærmere den øvrige befolkningen. Forskjellene i bruk av lege er størst mellom unge innvandrere og unge i den øvrige befolkningen, mens det er små forskjeller blant dem mellom 50 og 66 år.

Også når det gjelder bruk av legevakt, er denne mindre blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig. Ellers er det store forskjeller etter landbakgrunn både når det gjelder innvanderers bruk av fastlege og legevakt.

Legevaktbesøkene noe ned blant barn og unge

Alt i alt har både gjennomsnittlige antall besøk og andelen som oppsøker legevakt gått noe ned over tid. Nedgangen er fra 19 prosent som hadde besøkt legevakt i 2012 til 17 prosent i 2015. Også konsultasjonene ved legevakt viste stor variasjon med alder, men ved legevakten er det de yngste barna som bruker tjenesten mest. I denne aldersgruppen hadde hele tre av ti hatt minst en konsultasjon ved legevakt. De to eldste aldersgruppene hadde samme nivå for bruk av legevakt på om lag 22 prosent. De middelaldrende oppsøkte legevakt i minst grad.

Koding av diagnoser

Alle diagnosene er kodet etter ICPC-2 kodeverket. SSB publiserer to ulike diagnosetabeller i statistikkbanken, en som har gruppert sammen vanlige sykdommer/plager til 20 diagnosegrupper og en som viser diagnosene etter inndelingen i ICPC-2 kodeverket. Begge tabellene er

basert på hoveddiagnosen, dvs. det som anses som den viktigste diagnosen/grunnen til legebesøket. Bidiagnoser er således ikke med i statistikkgrunnlaget.

Endring i legevaktstall

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2016 – 19. Stikkord: Allmennlegetjeneste.

Nytt tidsskrift

Fra *eyr* hitsettes følgende (8.6.2016):

Som en bekymret pasientrøst ønsker vi å bygge en allianse med fastlegene for å hente tilbake det kliniske skjønnnet i møtet mellom pasient og fastlege - derfor har vi startet tidsskriftet *Fastlegen* - [lenke til første utgave i pdf-format her](#). Vi synes det er på høy tid å se konsekvensen for pasientene av overbyråkratisering og overstyring ++, og fastlegene kan tydeligvis ikke ta denne diskusjonen helt alene.

Enkeltvisse tilbakemeldinger er gode, folk har latt seg intervju og fyrer løs når vi ringer - det må vel være et behov her? Kan vi få noen gode pasienthistorier som forteller hva som ikke fungerer?

Ønsker raske tilbakemeldinger på hva vi bør skrive om, det er ingen bindinger til foreninger eller pasientorganisasjoner med spesialagendaer eller myndigheter. Vi kan være så kritiske som vi lyster, hvis noen vil gå "mer public" med relevante saker...

vennlig hilsen
Andreas Høy Knudsen
Redaktør, *Fastlegen*

Rogaland Media AS
Nyhetstjenester AS
Nordbøgata 9A
4006 Stavanger
Tel. +47 452 21 426
<http://www.nyhetstjenester.no>

Referansekode i 'Helserådet': RED 2016 – 9. Stikkord: Tidsskrift. *Fastlegen*.



PUBLIKASJON

Rapporter 2016/20

Behovet for arbeidskraft og omsorgsboliger i pleie- og omsorgssektoren mot 2060

Publisert: 9. juni 2016

[Åpne og les publikasjonen i PDF \(611 KB\)](#) (direkte klikkbar lenke)

Innhold

- Sammendrag
- [Om publikasjonen](#)

I 2060 kan pleie- og omsorgstjenesten ha behov for nesten 100 000 flere årsverk enn dagens 133 000. Behovet blir enda større hvis gjennomsnittlig levealder øker mye.

Rapporten fremskriver etterspørselen etter arbeidskraft og omsorgsboliger innenfor pleie- og omsorg frem til 2060. Tre størrelser som knytter seg til den samlede etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester (PO-tjenester) i Norge, fremskrives: brukere, omsorgsboliger

og årsverk. Realistiske fremskrivninger av disse størrelsene er viktige når man skal dimensjonere kapasiteten i tilbudet av helsetjenester, hvilket i hovedsak er en offentlig oppgave. Resultatene er også viktige i mer omfattende beregninger av offentlige finanser i kommende tiår.

Kan trenge 220 000 PO-årsverk i 2060

I dette scenarioet øker antall «heldøgns plasser» – dvs. summen av omsorgsboliger med heldøgnsbemanning og antall brukere av institusjonstjenester – fra 65 000 i 2014 til vel 114 000 i 2060. Utenom familieomsorg fra 90 000 årsverk øker etterspørselen etter PO-årsverk fra 133 000 i 2014 til 220 000 i 2060.

Den årlige veksten over en så lang periode som 2014–2060 blir relativt liten hvis man i stedet for referanseforutsetningene antar at levealderen øker som i lavalternativet i befolkningsfremskrivningene fra 2014. Det samme gjelder hvis produktiviteten øker med 0,5 prosent per år, eller hvis familieomsorgen beholder sin andel av den samlede årsverksinnsatsen. På den annen side vil en standardheving på 1 prosent – i stedet for nullvekst – isolert sett bringe årsverksbehovet opp i 400 000 i 2060. Den samme effekten har isolert sett bortfall av bedring av helsetilstanden. Forsterkning av levealdersøkningen tilsvarende forskjellen mellom middels- og høyalternativet fører isolert sett til at årsverksbehovet i 2060 vokser til 332 000, dvs. 200 000 flere enn 2014-innsatsen.

Urealistisk at ikke standarden heves

Heller ikke behovet for heldøgns omsorgsplasser øker nevneverdig mot 2060 dersom referansebanens forutsetninger om helseforbedringer, 0-vekst i standard, produktivitet og familieomsorg kombineres med lavalternativet for økende levealder. Veksten blir imidlertid vesentlig raskere dersom helsetilstanden ikke bedres fra dagens nivåer, eller hvis levealdersøkningen blir som i høyalternativet. Dersom begge disse forutsetningene slår til samtidig vil etterspørselen etter heldøgns plasser i 2060 ligge mer enn 190 000 høyere enn i referansebanen. Ulike kombinasjoner av plausible forutsetninger spenner altså ut et relativt stort variasjonsområde for etterspørselen etter arbeidsinnsats og heldøgns omsorgsplasser frem mot 2060. Rapporten gjør ikke noe forsøk på å sannsynlighetsveie de ulike fremskrivningene. Vurderingen er likevel at fravær av standardheving er urealistisk og betyr så vidt mye at referansebanen trolig undervurderer veksten i etterspørselen etter arbeidskraft.

Rapporten er finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

Kontakt

- SSBs informasjonstjeneste
E-post: informasjon@ssb.no
tlf.: 21 09 46 42

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2016 – 20. Stikkord: Omsorgsboliger. Pleie- og omsorg.

.....

Artikkel i Tidsskrift for Den norske legeforening 7.6.2016 (formidlet via Statens helsetilsyn):

Kommentar og debatt

Varsling til beste for pasienten og helsevesenet

B Braut B K Smedbråten J F Andresen

I 2015 økte antallet innsendte varsler til Helsetilsynet om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten med 21 %. Helsetilsynet påpekte mangler i foretaksledelsens oppfølging av alvorlige hendelser i flere saker i året som gikk. Det er helseforetakenes ansvar å etablere strukturer både for å granske hendelsene og for å iverksette tiltak.

Se hele artikkelen i Legetidsskriftet ved å gå inn på <https://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Artikler-kronikker/Artikler-kronikker-og-foredrag-2016/Varsling-til-beste-for-pasienten-og-helsevesenet/>.

Referansekode i 'Helserådet': KVA 2016 – 6. Stikkord: Varsling. Alvorlige hendelser.

.....

DAGENS
Medisin

3.6.2016

PRIORITERINGSMELDINGEN

Lager nytt prioriteringsutvalg – for kommunene

– Prinsippene for prioritering skal gjelde i hele helsetjenesten, heter det i den nye prioriteringsmeldingen.

Anne Grete Storvik, anne.grete.storvik@dagensmedisin.no



Det kommer et nytt prioriteringsutvalg som skal ta for seg helsetjenester i kommunene.

I stortingsmeldingen om prioritering i helsetjenesten, som ble lagt fram fredag, kommer det frem at det skal settes ned et nytt utvalg som skal se på hvordan man skal prioritere i den kommunale helsetjenesten.

Se hele artikkelen i Dagens Medisin ved å gå inn på http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/06/03/nytt-prioriteringsutvalg-for-kommunene/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified.

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2016 – 21. Stikkord: Prioriteringer

DAGENS Medisin

3.6.2016

PRIORITERINGSMELDINGEN

Lover ryggdekning for legers prioriteringer

Fredag legger helseministeren frem stortingsmelding om prioritering.

Anne Grete Storvik, anne.grete.storvik@dagensmedisin.no

«Verdier i pasientens helsetjeneste, melding om prioritering», er tittelen på stortingsmeldingen om prioritering. Det er knyttet mye spenning til meldingen, som legges frem fredag formiddag.

I meldingen lover regjeringen å legge frem prinsipper som gir «helsepersonell ryggdekning og legitimitet for vanskelig beslutninger», heter det i pressemelding fra dem.

Se hele artikkelen i Dagens Medisin ved å gå inn på http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/06/03/lover-ryggdekning-for-legers-prioriteringer/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified.

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2016 – 22. Stikkord: Prioritering.

DAGENS Medisin

10.6.2016

KRONIKK

Feil kur med ny struktur på DPS

Reformen med ny DPS-struktur fremstår mer som et ledd i regjeringens politikk for å slå sammen kommuner enn å styrke tilbudet til en allerede utsatt pasientgruppe. Helsemyndighetene er på villspor.

Martine Antonsen, landsleder i Mental Helse Ungdom

Marit Hermansen, president i Legeforeningen

Tor Levin Hofgaard, president i Psykologforeningen

REGJERINGENS FORSLAG om kommunalisering av distriktpsykiatriske sentre (DPS) er et løst fundert eksperiment som setter den helhetlige oppfølgingen av pasientene i spill. Det er et signal som er vanskelig å forstå, ikke minst fordi det kommer fra en regjering hvis slagord er «pasientens helsetjeneste».

Regjeringen vil forsøke å la kommuner overta driftsansvaret for DPS fra sykehusene. Vi, som representerer både brukerne av psykisk helsevern og to av de store profesjonene som jobber der, mener at helsemyndighetene er på villspor. Denne reformen fremstår mer som et ledd i regjeringens politikk for å slå sammen kommuner, enn å styrke tilbudet til en allerede utsatt pasientgruppe.

Se hele denne kronikken i Dagens Medisin ved å gå inn på http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/06/10/feil-kur-med-ny-struktur-pa-dps/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified

Referansekode i 'Helserådet': PSY 2016 – 10. Stikkord: DPS. Distriktpsykiatrisk senter.

Rundskriv

Landets kommuner
Landets fylkesmenn
Helsedirektoratet
Statens helsetilsyn
Folkehelseinstituttet

Nr. I-2/2016

Vår ref 16/1850 KTA KJSA

Dato 06.06.2016

OM FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK I KOMMUNENE

1. INNLEDNING

Regjeringen vil realisere pasienten og brukerens helse- og omsorgstjeneste i Norge. Det er pasientenes og brukernes behov som skal stå i sentrum for alt vi gjør. For personer med behov for helse- og omsorgstjenester, må det legges til rette for et tjenestetilbud med god kvalitet, der aktivitet og mestring i eget liv står sentralt. Kommunens sørge for-ansvar for å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester inkluderer herunder en plikt til å arbeide forebyggende. Et tiltak som kan bidra til å oppfylle kommunens ansvar for det forebyggende helse- og omsorgsarbeidet, og som kan bidra til økt mestring i eget liv, kan være systematiske forebyggende hjemmebesøk i kommunene.

2. GJELDENDE RETT

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 første ledd tydeliggjør kommunens ansvar for å fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Disse oppgavene inngår som en del av de nødvendige helse- og omsorgstjenestene etter § 3-1 og forsvarlig helsehjelp etter § 4-1. Ved å legge til rette for økt innsats tidlig i utviklingsforløpet av sykdom og sosiale problemer, herunder forebygging og tidlig intervensjon, kan man forhindre en negativ utvikling av helsetilstand, funksjonsevne og sosiale forhold. Samtidig kan man få kartlagt befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester i nær fremtid.

Forebygging i helse- og omsorgstjenestene innebærer at kommunen iverksetter tiltak på riktig tidspunkt i et utviklingsforløp av sykdom, funksjonstap eller sosiale problemer sett opp mot hva som er mest effektivt for å redusere lidelse og oppnå best mulig helse, levekår og funksjonsevne. Bestemmelsen sier ikke noe om hvilke tiltak helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for at blir iverksatt, men gir tjenesten anledning til å utvise nytenking og kreativitet med sikte på å finne frem til formålstjenlige virkemidler tilpasset spesielle befolkningsgrupper og lokale behov.

Opplysning, råd og veiledning er en viktig del av det forebyggende arbeidet og omfatter blant annet oppsøkende virksomhet overfor utsatte grupper, samt opplysningsvirksomhet, rådgivnings- og veiledningstjenester. Kommunens ansvar for å gi opplysning, råd og veiledning må sees i sammenheng med den rett den enkelte pasient eller bruker har til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1.

Bestemmelsen må også ses i sammenheng med kommunens oppgaver i folkehelsearbeidet, herunder særlig folkehelseloven § 5. Etter bestemmelsen i folkehelseloven skal kommunen ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen, og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikt over helsetilstanden i kommunens befolkning og faktorer som påvirker denne, vil bidra til å synliggjøre dagens behov for tjenester og til å foreta framskrivninger av behov for helse- og omsorgstilbud, herunder innretning og omfang av det helsefremmende og forebyggende arbeidet i tjenesten, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 og 3-3 første ledd.

3. NÆRMERE OM FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK

Helse- og omsorgsdepartementet anser forebyggende hjemmebesøk som et sentralt praktisk og konkret verktøy i kommunenes forebyggende arbeid, som kan føre til at flere kan leve lenger i egen bolig og oppleve større mestring i egen hverdag, og dermed økt livskvalitet.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet iverksatte Helsedirektoratet et treårig utviklingsprogram (2011 – 2013) for forebyggende hjemmebesøk til eldre. Evalueringen av utviklingsprogrammet viser at formålet med de fleste hjemmebesøk er å fremme helse og mestring. Blant annet var temaene under hjemmebesøket sikkerhet i hjemmet, fysisk helse, boforhold, selvhjelpenhet, ernæring, sosialt nettverk, hjelpemidler og aktiviteter.

Fra 2003 – 2013 har det vært en økning fra 8 % til 25 % av landets kommuner som tilbyr forebyggende hjemmebesøk. Det er altså et stadig større antall kommuner som tilbyr dette. Evalueringen viser imidlertid at tilbudets faglige innhold og metodikk i liten grad er fastlagt, noe som videre gjenspeiles i at en del kommuner oppgir mangel på veiledningsmateriale som en av årsakene til at de ikke tilbyr forebyggende hjemmebesøk.

Erfaringer fra Sverige og Danmark viser at forebyggende hjemmebesøk kan være en viktig del av kommunens forebyggende tiltak og at besøket kan ha en positiv forebyggende effekt på eldres funksjonsevne. I Danmark skal kommunene tilby forebyggende hjemmebesøk en gang det året personen fyller 75 år, og årlige besøk etter fylte 80 år. I Sverige har det vært tilbud om forebyggende hjemmebesøk siden slutten av 1990 – tallet, men dette er ikke et lovpålagt krav.

Formålet med hjemmebesøkene i Danmark og Sverige er at brukeren og kommunen sammen kan drøfte brukerens livssituasjon og eventuelle behov for hjelp til å utnytte egne ressurser, bevare brukerens funksjonsnivå, og at besøkene kan brukes i et helsefremmende og forebyggende perspektiv. Sentrale tema er blant annet informasjon om kommunens helse- og omsorgstilbud, kost og mosjon, sosialt fellesskap og fallrisiko.

4. DEPARTEMENTETS VURDERINGER

Formålet med forebyggende hjemmebesøk vil ofte være å hente frem den enkeltes ressurser, bidra til å tilrettelegge omgivelsene, og å styrke den enkeltes muligheter til å holde seg frisk og aktiv lengst mulig. De nye eldre vil trolig i større grad enn tidligere generasjoner eldre fremme ønske om å ha aktive og selvstendige liv også når de går inn i 80- og 90-årsalderen. Gode levevaner vil bidra til å kunne leve aktive liv lenger og opprettholde helse og funksjonsevne. God tilrettelegging kan bidra til at eldre kan få et aktivt og selvstendig liv også når helse og funksjonsnivå blir redusert.

Temaer for det forebyggende hjemmebesøket kan på denne bakgrunn typisk være sikkerhet i hjemmet, den enkeltes funksjonsnivå og behov for hjelpemidler, boforhold, ernæring, fysisk aktivitet, praktisk bistand, læring og mestring, og sosialt nettverk. Det kan også være sentralt å gi informasjon om frivillig sektor og kommunens tilbud, samt å gi senioren anledning til å kunne fortelle hva de opplever av hindringer i kommunen. Det kan være hensiktsmessig at tilbudet om hjemmebesøk kommer sammen med et alternativt tilbud om et forebyggende gruppeopplegg, for å øke deltagelsen i det forebyggende arbeidet. Dette for å kunne gi et tilbud også til de som ikke ønsker besøk av kommunen i eget hjem.

Det vil være særlig viktig å sørge for at tilbudet rettes mot personer som ikke allerede mottar helse- og omsorgstjenester i hjemmet. Det er vesentlig at tiltaket er tilpasset den enkelte kommunes struktur, at det er forankret i kommunens ledelse, og at det inngår i kommunens samlede satsing på helsefremming og forebygging.

Helse- og omsorgsdepartementet anser forebyggende hjemmebesøk som et sentralt virkemiddel i kommunenes forebyggende arbeid, som kan føre til at flere kan leve lenger i egen bolig og oppleve større mestring i egen hverdag, og dermed økt livskvalitet. Med flere eldre i befolkningen blir kommunenes kunnskap om befolkningens sammensetning og demografiske utvikling viktig for å skape livskvalitet for den enkelte og solidaritet mellom innbyggerne. Kunnskap om eldres behov og analysekompetanse av demografiske endringer vil gi grunnlag for planlegging lokalt, og forebyggende hjemmebesøk vil kunne bidra til å styrke den enkelte kommunes kartlegging og planlegging med hensyn til utviklingen av behovene for helse- og omsorgstjenester i befolkningen.

5. VEIEN VIDERE

Evalueringer viser at stadig flere kommuner på selvstendig initiativ tar i bruk forebyggende hjemmebesøk, samtidig som enkelte kommuner oppgir manglende veiledningsmateriale som en årsak til at de ikke har igangsatt tilbud om forebyggende hjemmebesøk.

Helse- og omsorgsdepartementet har derfor gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide en veileder om forebyggende hjemmebesøk, som skal ses i sammenheng med andre forebyggende tiltak rettet mot eldre. Veilederen forventes ferdigstilt innen utgangen av 2016.

Med vennlig hilsen

Petter Øgar (e.f.)
ekspedisjonssjef

Kjersti Sandem
førstekonsulent

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer.

Frykter probiotika kan skade (forskning.no 13.6.2016)

Vi får i oss milliarder av bakterier fra syrnet melk og kosttilskudd. Er det så bra? spør forskere.

Ingrid Spilde, journalist

Det bugner av alternativer i butikkene.

I dagligvareforretningen finner du syrnede melkeprodukter som BioQ, Biola og Actimel. Og apoteker og helsekostbutikker reklamerer med kapsler som hver inneholder milliarder av levende bakterier.

Probiotika med såkalte snille bakterier – hovedsakelig melkesyrebakterier – blir ofte omtalt som bra for tarmen og bakteriefloraen. Produsentene anbefaler dem gjerne både til friske og syke, med påstander om at bakteriene skaper en sunn og balansert tarmflora, og dermed en bedre helse.

Men hvor bra er det egentlig å pøse vanvittige mengder like bakterier inn i fordøyelsessystemet? spør et kobbel av ringrever innen tarmforskningen.

Gjøkunger i tarmen?

I siste nummer av tidsskriftet Microbial Ecology in Health and Disease undrer forskerne på om de antatt gode bakteriene i stedet fungerer som gjøkunger i tarmen: De presser ut andre nyttige bakterier, før de selv rømmer redet.

Se hele artikkelen samt en del relatert materiale fra forskning.no ved å gå inn på <http://forskning.no/2016/06/frykter-probiotika-kan-skade>.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016 – 42. Stikkord: Probiotika.

Prosedyre for setterekvirent av medikamenter i gr. A og B ved tap av rekvireringsretten

Red. innledn.: Fra Bergen kommune har vi fått følgende som kommunen ønsker å gjøre andre oppmerksomme på:

Bergen kommune har de siste 5 år hatt en fastlege årlig som har mistet retten til å rekvirere vanedannende medikamenter i gr. A og B.

Undertegnede har hatt oppgaven med å være veileder og setterekvirent for disse fastlegene og samtidig ivareta de pasientene som han blitt rammet av fastlegens inndragning av rekvireringsretten.

I den forbindelse har undertegnede laget en prosedyre for setterekvirent av vanedannende medikamenter.

Jeg vet at problemstillingen ikke er unik for Bergen kommune og tror prosedyren kan komme til nytte i andre kommuner med samme problemstilling.

Prosedyren er evaluert og godkjent av samarbeidsutvalget i Bergen kommune og vil snart være tilgjengelig på våre nettsider.

Jeg vedlegger prosedyren med spørsmål om den har interesse for Helsebiblioteket.no .

Red. anm.: Du får tilgang til hele prosedyreteksten ved å gå inn på http://www.helsebiblioteket.no/samfunnsmedisin-og-folkehelse/retningslinjer-og-veiledere/_attachment/249543?_ts=1555da30510

Med vennlig hilsen

Lege Tommy A.G. Thorsen
Ass. Kommuneoverlege i Bergen kommune
Etat for helsetjenester, helsevernenheten
Bergen helsehus, Solheimsgaten 9, 5058 Bergen
Tlf. kontor: +47 55565882 Mobil: +47 41335523

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2016 -23. Stikkord: Rekvireringsrett. Bergen kommune.

Takk til KS/Kommunespeilet!

Æres den som æres bør!

I forrige nummer av 'Helserådet' kom jeg i skade for å kreditere Kommunal Rapport for tillatelsen til å gjengi to nyttige artikler om samhandling fra bladet Kommunespeilet. Imidlertid er det Kommunenes Sentralforbund (KS) som selv utgir Kommunespeilet og som derfor fortjener stor takk for tillatelsen til gjengivelse. Feilen skyldtes nok at Kommunespeilet fulgte med som et annonsebilag til Kommunal Rapport nr. 17/2016.

Anders Smith, redaktør av 'Helserådet'

Ny kunnskap om partikulær luftforurensing

I et samarbeidsprosjekt mellom University of Milano-Bicocca i Italia, Folkehelseinstituttet og Statens arbeidsmiljøinstitutt har man undersøkt forskjeller i helseeffekter av partikler fra dieselsoos og fra moderne pelletsovner.

Kontakt *Steen Møllerup*, Seniorforsker, PhD (TOKS)

Artikkelen er knyttet til temaet Partikler og kjemikalier - røyk, gass, støv

Luftbårne partikler, som stammer fra forbrenninger av organisk materiale som diesel og biomasse, består av et stort antall ultrafine karbonpartikler. Disse partiklene pustes inn og avsettes langt nede i luftveiene hvor de kan skade vevet og gi DNA-skader, betennelsesreaksjoner og i verste fall føre til kreft. Partiklene har til sammen et stort overflateareal og kan frakte med seg en mengde skadelige stoffer som for eksempel PAH (tjærestoffer) og små mengder av svovel, nitrater og metaller.

I en nylig publisert rapport fra Verdens helseorganisasjon (WHO) ble det estimert at luftforurensings-partikler er ansvarlige for syv millioner årlige dødsfall på verdensbasis. Av disse dødsfallene var seks prosent resultat av lungekreft.

Partikulær luftforurensing

Partikulær luftforurensing forekommer i urbane miljøer, men også en lang rekke arbeidsmiljøer er kjennetegnet ved økt eksponering for partikler. STAMI har i flere forskningsprosjekter sett på toksisitet av dieselsoospartikler.

I samarbeidsprosjektet mellom University of Milano-Bicocca i Italia, Folkehelseinstituttet og Statens arbeidsmiljøinstitutt undersøkte man den kjemiske og fysiske sammenstillingen av dieselsoospartikler og partikler fra forbrenning av pellets i en moderne 25kW ovn (biomassepartikler). Deretter så man på ulike biologiske effekter i humane lungecellekulturer eksponert for disse partiklene i laboratoriet.

Lavere partikkelnivåer

Analysene viste at dieselpartikler inneholder en høyere andel PAH og metaller sammenliknet med biomassepartiklene. Analyser av biologiske effekter omfattet endringer i gener som har betydning for omsetting av fremmedstoffer i lungecellene (blant annet PAH), betennelsesreaksjoner og markører som er assosiert med kreftutvikling. Det viste seg at lungecellene var mest følsomme for eksponering for dieselpartikler, og de effekter man så kan antas å ha sammenheng med partiklenes innhold av PAH. I motsetning var det meget få påvisbare negative effekter av biomassepartiklene.

Fra tidligere studier er det kjent at vedfyring i ovner og peis-installasjoner har ført til eksponering for helseskadelige partikler, og at bruk av moderne pelletsovner gir betydelig lavere partikkelnivåer. Det er derfor interessant og gledelig at resultatene fra denne studien indikerer at disse pellets-brennerne antakelig også gir opphav til mindre skadelige partikler.

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2016 – 27. Stikkord: Luftforurensning.

Luftforurensing blant de vanligste årsakene til slag

(forskning.no 10.6.2016)

Luftforurensing er blant de ti største bidragsyterne til dødsfall og invaliditet som følge av hjerneslag, særlig i utviklingsland, hevder en ny studie. **NTB**

Studien er den første som påviser en sammenheng mellom luftforurensing og slag. Ofte kobles slag til andre risikofaktorer som røyking, høyt blodtrykk og overvekt, men nå kommer det fram at forurensing – både innendørs fra matlaging over åpen ild og utendørs fra trafikkutslipp – er en av de ti mest vanlige årsakene.

Forskere har analysert data fra andre undersøkelser, rapporter og offentlige statistikker for å etablere en formel for å beregne risiko for slag i 188 land i årene 1990 til 2013.

Se hele artikkelen samt en del relatert materiale ved å gå inn på

<http://forskning.no/hjernen-forurensning/2016/06/luftforurensing-blant-de-vanligste-arsakene-til-slag> .

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2016 – 28. Stikkord: Luftforurensning.

*Fysisk aktivitet
Psykisk helse
Sansetap
Livsstil*

Foto: Merete Hofen Rønstad

Kropp og sinn — 16. september 2016

Fagkonferanse for helsepersonell, brukere og andre med interesse for fysisk aktivitet og psykisk helse

- | | |
|-------|---|
| 08.30 | Registrering med kaffe/te |
| 09.00 | Marit Bjartveit åpner konferansen |
| 09.10 | Eldbjørg N. Eien leser dikt for dagen |
| 09.15 | Ellinor F. Major , Helse- og omsorgsdepartementet:
En sunn sjel i et sunt legeme? Risiko- og beskyttelsesfaktorer for psykiske lidelser |
| 09.45 | Pause |
| 10.00 | Philip B. Ward , School of Psychiatry, Sydney, NSW Australia:
The whole is greater than the sum of the parts: Restoring the synergy between body and mind for people living with mental illness |
| 10.45 | Pause |
| 11.00 | Tove Mathiesen , Akershus universitetssykehus HF:
Sunne aktive liv. HeAL-erklæringen |
| 11.15 | Andreas Ringen , Oslo universitetssykehus HF:
Forebygging av overdødelighet av somatisk årsak ved alvorlig psykisk lidelse |
| 11.45 | Lunsj |
| 12.30 | Jack Waitz , Oslo Maraton/Sportsklubben Vidar:
Fra Gaustadløp til "3 for alle" Oslo Maraton |
| 12.45 | Joe Gibson , Beitostølen Helesportsenter:
Fysisk aktivitet for døvblinde |
| 13.30 | Pause |
| 13.45 | Hege Saltnes og Cor van der Lijcke , Oslo universitetssykehus HF:
En fortelling om tanker, trening og terapi |
| 14.30 | Marius Bakken , Søm legesenter, Kristiansand:
Fysisk aktivitet som verktøy i fastlegepraksisen — motivasjon og trening fra fastlegekontoret |
| 15.00 | Avslutning |

Konferansen vil bli tolket av tegnspråktolker

Med forbehold om endring i programmet

Fredag 16. september 2016, kl 08:30—15:00

Oslo universitetssykehus, Gaustad, Sognsvannsveien 21, bygg 10, festsalen.

Påmelding: <https://response.questback.com/oushf/opdagrauyf/> innen 1. september. Deltakeravgift kr 800,- inkl. lunsj.





Marit Bjartveit
klinikkleder



Egil W. Martinsen
leder FoU-avdelingen



Toril Moe
spesialrådgiver

Foto: Erik Færevik

Alle tre er ansatt ved klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus



Ellinor F. Major er ansatt som fagdirektør i Helse- og omsorgsdepartementet for å lede departementets arbeid med å inkludere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet.



Philip B. Ward was one of the authors of the 'Healthy Active Lives' declaration, aimed at improving physical health in young people with psychosis. He oversees evaluation of the 'Keeping the Body in Mind program' in Sydney, Australia, extending the positive outcomes in youth to those with severe and/or persistent illness. He is a passionate advocate for the need to reintegrate physical and mental health, as a human rights issue.



Tove Mathiesen er psykologspesialist med bred erfaring fra psykisk helsevern, habilitering og arbeidsmedisin. Hun var, fra oppstarten i 2005 og frem til slutten av 2009, leder for TIPS Sør-Øst. Arbeider nå i psykoseteam med fokus på tidlig intervensjon. Har hatt hovedansvaret for å oversette HeAL-erklæringen til norsk.



Andreas Ringen er avdelingsoverlege og forsker ved Avdeling døgnbehandling, voksne, klinikk psykisk helse og avhengighet, OUS. Ringens forskningsarbeid er rettet mot psykoselidelser, for tiden aktiv med prosjekter i klinikken for reduksjon av kardiometabolsk risiko ved psykoser.



Jack Waitz er idrettstrener, tidligere trener og ektemann til løpedronning Grete Waitz. Samarbeidspartner i forhold til "3 for alle" 3 km-løpet i Oslo Maraton og medspiller til konferansen.



Joe Gibson has a PhD which focused on outdoor activities with people who are congenitally deafblind. He worked for 19 years with Sense Scotland in a variety of roles most recently as Outdoor and Physical Activities Co-ordinator before recently moving to Norway.



Hege Saltnes er psykiater og seksjonsleder på Nasjonalt senter for hørsel og psykisk helse (NSHP). Hun er opptatt av trening som en del av behandlingstilbudet.

Cor van der Lijcke er døvblind og tidligere pasient på NSHP. Han er nå pensjonist og bruker tittelen livsnyter på visittkortet sitt.



Marius Bakken er fastlege ved Søm legesenter i Kristiansand. Tidligere løper med norsk rekord på 2000, 3000, 5000 meter, samt deltagelse i OL 2000/2004. Marius Bakken har spesiell interesse for bruk av fysisk aktivitet som et verktøy i sin fastlegepraksis.

Konferansekomitéen:

Desirée Halvorsen, Egil W. Martinsen, Toril Moe, John Nikolaisen, Sissel Stæhr Nilsen, Merete Holen Rimstad og Nils Ola Sande

Forurensning gir barn dårligere psykisk helse (forskning.no 12.6.2016)

Barn og unge som bor på steder med høy luftforurensning, har større risiko for å få søvnproblemer eller en psykiatrisk diagnose. Det viser svensk forskning.

Anne Lise Stranden, journalist

Studien omfatter store deler av den svenske befolkningen, og er publisert i tidsskriftet BMJ Open. Ifølge forskerne tyder studien på at hjernens utvikling kan påvirkes av forurensning i miljøet.

Koplet forurensning med medisinuttak

Det er forskere ved Umeå universitet som har utført studien. For å finne ut om det er noen sammenheng mellom luftforurensning og psykisk helse, har de koblet sammen to registre.

De hentet ut opplysninger fra Legemiddelregisteret og sjekket dette opp mot en nasjonal modell for konsentrasjon av luftforurensning.

Se hele artikkelen fra forskning.no som også gir tilgang til relatert materiale, ved å gå inn på <http://forskning.no/2016/06/luftforurensning-pavirker-barns-psykiske-helse>.

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2016 – 29. Stikkord: Luftforurensning.

.....

Nye råd 07.06.2016

Oppdaterte råd om forebygging av zikavirus-infeksjon etter opphold i utbruddsområder

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=119150>.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har publisert oppdaterte råd om forebygging av seksuell smitte mot zikavirus-infeksjon. Folkehelseinstituttet følger WHO's anbefalinger, og har på grunnlag av disse endret sine råd om seksuell smitte.

Endringene kommer etter ny kunnskap og en samlet vurdering av risiko for smitte.

- Folkehelseinstituttet anbefaler nå at menn som har vært i utbruddsområder og ikke har hatt symptomer på zikafeber, bør bruke kondom i 8 uker for å unngå smitte til seksualpartner og graviditet. Tidligere har man anbefalt kondombruk i 6 måneder. Menn med symptomer på zikavirus-infeksjon bør fortsatt bruke kondom i 6 måneder. I tillegg er perioden kvinner bør vente med å bli gravide etter opphold i utbruddsområder utvidet fra 4 til 8 uker, sier avdelingsdirektør Line Vold ved Folkehelseinstituttet.



Illustrasjonsbilde: Colourbox.com

De oppdaterte rådene er:

- Gravide frarådes fortsatt å reise til områder med pågående utbrudd av økende forekomst av zikavirus.
- Kvinner som har oppholdt seg i områder med pågående utbrudd eller økende forekomst av zikavirus bør vente 8 uker etter hjemkomst før de blir gravide.
- Menn som har oppholdt seg i områder med pågående utbrudd eller økende forekomst av zikafeber og som har en gravid seksualpartner, bør bruke kondom eller avstå fra seksuell aktivitet under hele graviditeten.
- Dersom menn som har oppholdt seg i områder med pågående utbrudd eller økende forekomst av zikafeber og har en partner hjemme som kan bli gravid, bør paret bruke prevensjon etter hjemkomst for å unngå graviditet. Prevensjon bør benyttes i 8 uker om mannen ikke har hatt symptomer på zikavirus-sykdom. Dersom mannen har hatt symptomer på sykdommen, anbefales prevensjon i 6 måneder.
- Kondombruk reduserer risiko for smitte med zikavirus. Menn som har vært i områder med pågående utbrudd eller økende forekomst av zikavirus, kan unngå å smitte sin partner ved bruk av kondom. Kondom bør benyttes i 8 uker etter hjemkomst dersom han ikke har hatt symptomer på zikavirus-sykdom. Ved symptomer på sykdommen hos mannen bør kondom benyttes i 6 måneder.

Hva vet vi om seksuell smitte?

Til nå har ti land i verden rapportert om ett eller noen få tilfeller av seksuell smitte, alle tilfellene har vært fra menn med symptomer på zikafeber. Mennene har smittet sin partner både før og etter symptomstart. Det er rapportert om smitte fra menn til kvinner og ett tilfelle av smitte fra mann til mann. Det er ikke rapportert om seksuell smitte fra kvinner. Man vet foreløpig ikke om zikavirus kan smitte fra kvinner til menn ved seksuell aktivitet, eller om menn uten symptomer på zikavirusinfeksjon kan smitte sine partnere. Fordi man foreløpig ikke vet nok om seksuell smitte og hvor lenge zikaviruset kan finnes i ulike kroppsvæsker, er dette foreløpige råd som kan endres når ny kunnskap foreligger.

Her kan du lese mer om WHO's nye anbefalinger:

- [Prevention of sexual transmission of Zika virus. Interim guidance update \(WHO 30.5.2016\)](#)

Publisert: 07.06.2016, endret: 07.06.2016, 13:10

Se også:

- [Spørsmål og svar om zikafeber](#)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016 – 72. Stikkord: Zikavirus.

Råd til personer som reiser til OL i Brasil 2016

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=119179> .

Reisende til de olympiske og til de paralympiske sommerleker i Brasil i august og september kan være utsatt for myggoverførte og matbårne sykdommer. Under oppholdet bør man være spesielt oppmerksom på å beskytte seg mot myggstikk, og være nøye med personlig hygiene og mathygiene.

Risikoen for å pådra seg en smittsom sykdom ved opphold i Brasil avhenger av hvor i landet man skal reise, type bosted og lengden på oppholdet. Dessuten spiller alder og egen helsetilstand inn.

Beskyttelse mot myggoverførte sykdommer

Det er spesielt fem myggoverførte sykdommer som finnes i ulike deler av Brasil: zikafeber, denguefeber, chikungunyavirus-sykdom, gulfeber og malaria. OL arrangeres i løpet av vintersesongen i Rio de Janeiro, når kjøligere og tørrere vær vil redusere myggpopulasjonen. Dette vil redusere risikoen for myggoverførte sykdommer for besøkende, bortsett fra i Manaus i Amazonasområdet, hvor noen fotballkamper vil bli arrangert.

Denguefeber og zikafeber forekommer i hele landet. Gulfeber forekommer i hele landet med unntak av kystområdene fra Fortaleza og sørover. Malaria forekommer bare i Amazonasområdet inkludert byen Manaus. Chikungunyavirus sykdom har blitt påvist i Rio siden 2015.

De viktigste forebyggende tiltakene mot myggoverførte sykdommer er å beskytte seg mot myggstikk ved

- påkledning (langermet skjorte, lange bukser og sokker)
- bruk av myggmidler. Disse bør benyttes både dag- og kveldstid og innsmøringen bør gjentas ved svetting eller bading.
- sove under myggnett hvis rommet ikke er myggfritt.

I tillegg til myggstikkforebygging anbefales gulfebervaksine til alle som skal oppholde seg i områder med gulfeber (se *Vaksinasjon*) og medikamentell profylakse mot malaria ved opphold i Amazonasområdet, inkludert Manaus.

Reisevaksinasjonsklinikk/ fastlege kan gi nærmere informasjon om hvilke områder dette gjelder.

For mer informasjon om malariaendemiske områder i Brasil og eventuell bruk av medikamentell profylakse se her.

- [Malariaforebyggende tiltak land i Sør- og Mellom Amerika](#) (Malariaveilederen)

Det finnes ingen vaksine eller forebyggende medisiner mot zikafeber, chikungunyavirus-sykdom eller denguefeber.

Spesielle råd i forbindelse med det pågående zikavirus-utbruddet

Brasil er det landet som er hardest rammet av det pågående zikavirus-utbruddet. Man regner med at mellom 0,5 og 1,5 millioner mennesker ble smittet i løpet av 2015, og alle landets 27 stater har rapportert om smitte. Zikaviruset smitter hovedsakelig via myggstikk, men kan også i noen tilfeller overføres ved seksuell kontakt.

Zikavirus-infeksjon gir vanligvis milde eller ingen symptomer hos de som blir smittet, men fordi infeksjon med viruset under svangerskapet kan forårsake mikrokefali og andre hjerneskader hos fosteret, anbefaler Folkehelseinstituttet spesielle forholdsregler for følgende grupper:

- **Gravide kvinner.** Folkehelseinstituttet fraråder gravide kvinner å reise til Brasil på grunn av økende forekomst av zikavirus.
- **Kvinner som forsøker å bli gravide.** Kvinner som har oppholdt seg i Brasil eller andre områder med pågående utbrudd eller økende forekomst av zikavirus bør vente 8 uker etter hjemkomst før de blir gravide.
- **Menn som har en gravid partner.** Menn som har oppholdt seg i Brasil eller andre områder med pågående utbrudd eller økende forekomst av zikafeber og som har en gravid seksualpartner, bør bruke kondom eller avstå fra seksuell aktivitet under hele graviditeten.
- **Menn som planlegger barn med sin partner.** Dersom menn som har oppholdt seg i Brasil eller andre områder med pågående utbrudd eller økende forekomst av zikafeber og har en partner hjemme som kan bli gravid, bør paret bruke prevensjon etter hjemkomst for å unngå graviditet. Prevensjon bør benyttes i 8 uker om mannen ikke har hatt symptomer på zikavirus-sykdom. Dersom mannen har hatt symptomer på sykdommen anbefales prevensjon i 6 måneder.
- **Seksualpartnere.** Kondombruk reduserer risiko for smitte med zikavirus. Menn som har vært i områder med pågående utbrudd eller økende forekomst av zikavirus kan unngå å smitte sin partner ved bruk av kondom. Kondom bør benyttes i 8 uker etter hjemkomst dersom han ikke har hatt symptomer på zikavirus-sykdom. Ved symptomer på sykdommen hos mannen bør kondom benyttes i 6 måneder.

Beskyttelse mot matbårne og andre sykdommer

Det viktigste tiltaket for å unngå å bli smittet med en matbårn smittsom sykdom og mange andre sykdommer er god håndhygiene.



Det vil si håndvask etter toalettbesøk, etter kontakt med dyr og før matlaging og måltider. Bruk av alkoholbasert hånddesinfeksjonsmiddel er et alternativ når håndvask ikke er mulig. Man bør ikke ta for gitt at alle serveringssteder har god kjøkkenhygiene. Folkehelseinstituttet anbefaler reisende å:

- Velge restauranter som man antar har god hygiene.
- Sørge for at fjørfe og kjøttprodukter er godt gjennomstekt eller gjennomkokt.
- Vask frukt og grønnsaker med flaskevann
- Unngå upasteurisert melk og produkter laget av upasteurisert melk og rå egg.

Mat som kan ha stått lunkent over lengre tid kan også forårsake matforgiftninger og bør unngås. Vær oppmerksom på dette særlig når strandselgere serverer mat som ikke varmebehandles mens du ser på. Strand-/gateselgere selger også ofte drikke fra store kanner/beholdere, det anbefales å velge forseglede flasker/bokser.

Vaksinasjon

- Generelt bør alle reisende til Brasil være vaksinert mot difteri, stivkrampe, kikhoste og poliomyelitt. Voksne som er grunnvaksinert bør ta én dose oppfriskningsvaksine mot disse sykdommene hvert 10. år.
- Personer som ikke tidligere har fått 2 doser vaksine mot meslinger, kusma og røde hunder (MMR), eller har gjennomgått de aktuelle sykdommene, bør vaksinere seg før reisen.
- Hepatitt A-vaksine anbefales for alle reisende til Brasil. For noen kan det også være aktuelt med hepatitt B-vaksine.
- Gulfeber vaksine anbefales til alle som skal oppholde seg i gulfeberområder. Gulfebervaksinasjon bør dokumenteres i et internasjonalt vaksinasjonssertifikat av autorisert gulfebervaksinator.
- Rabies forekommer i hele Brasil. Vaksine mot rabies kan være aktuelt dersom man har tenkt å forlenge oppholdet utover OL og reise til mer fjerntliggende / landlige områder hvor rask tilgang til medisinsk hjelp kan være vanskelig. Reisende som blir utsatt for bitt, klør eller slikt på slimhinne eller skadet hud av et dyr (særlig hund) må søke medisinsk hjelp umiddelbart for å få forebyggende behandling. Dette gjelder også de som er vaksinert mot rabies. Rådfør deg med reisevaksinatøren angående dette.
- Personer som er 65 år eller eldre og andre som tilhører definerte risikogrupper bør vaksineres mot influensa årlig. Folkehelseinstituttet har influensavaksine for den sørlige halvkule tilgjengelig på lager.

Individuelle råd om vaksiner fås hos kommunehelsetjenesten, fastlegen eller reisevaksinasjonsklinikker. Vaksinasjon bør påbegynnes i god tid før avreise.

Kondombruk

Risikoen for å bli smittet av hivinfeksjon eller en annen kjønnssykdom ved tilfeldig, ubeskyttet sex er høyere i Brasil enn i Norge. Det anbefales alltid å bruke kondom ved seksuell aktivitet med tilfeldige kontakter. Kondom beskytter også mot seksuell smitte med zikaviruset.

Faste medisiner

Dersom du bruker faste legemidler bør du ta med nok for hele oppholdet. Legemidler i utlandet går ofte under andre salgsnavn enn det som brukes i Norge, utleveres ofte bare på resept skrevet av en lege i landet og de kan være vanskelige å få tak i.

Sykeforsikring

Legebesøk og sykehusopphold kan bli svært dyrt i utlandet. Tegn derfor syke- og ulykkesforsikring før reisen.

Andre gode reiseråd

Beskytt deg mot solen med hodeplagg og solkrem for å unngå solbrenthet og hetslag.

Drikk nok vann og vær sikker på at vannet er fra en trygg kilde, vanlig springvann anses ikke som trygt.

Vær måteholden med alkohol: Høyt alkoholforbruk gjør at man kan glemme vanlige forholdsregler samtidig som man er mer utsatt for skader og ulykker.

Hvis du føler deg syk under arrangementet, søk hjelp hos førstehjelpspersonell eller annet helsepersonell som vil være tilgjengelig på alle arenaer.

For generell råd ved utenlandsreiser se:

- [Gode råd for god reise](#) (brosjyre)

Publisert: 09.06.2016, endret: 10.06.2016, 08:26

Se også:

- [Potential risks to public health related to communicable diseases at the Olympics and Paralympics Games in Rio de Janeiro, Brazil 2016 \(ECDC, 10.5.2016\)](#)
- [WHO public health advice regarding the Olympics and Zika virus \(WHO, 28.5.2016\)](#)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016 – 73. Reiseråd. Brasil.

Skolebaserte gruppetiltak kan hjelpe barn og unge etter samlivsbrudd

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=119126>.

Barn og unge som har opplevd samlivsbrudd, kan ved hjelp av undervisning og mestringsstøtte få en bedre forståelse av bruddet og noen færre angstsymptomer. Det viser en systematisk oversikt fra Folkehelseinstituttet.

Forskere ved Folkehelseinstituttet har oppsummert forskning om effekter av gruppetiltak for barn og unge som opplever samlivsbrudd. Den systematiske oversikten inkluderte 21 studier.

- De skolebaserte tiltakene benyttet strategier som undervisning, oppbygging av støtte og mestringstrening gjennom øvelser i problemløsning for å gi barna en bedre forståelse av situasjonen, og aksept og tilpasning til endringer i forbindelse med samlivsbruddet, forklarer seniorforsker Louise Forsetlund ved Kunnskaps-senteret i Folkehelseinstituttet.

Utfall som ble målt var barns selvbilde, holdninger og oppfatninger, angst- og depresjonssymptomer og tilpasning til situasjonen rundt samlivsbruddet. Foreldres og læreres oppfatninger av barna ble også målt.

Mindre angst

- Dokumentasjonen viste at barn som har deltatt i gruppetiltak muligens opplever færre angstsymptomer og har en bedre tilpasning til situasjonen rundt samlivsbruddet, sier Louise Forsetlund.

Det er imidlertid usikkert om gruppetiltak påvirker barns selvbilde, depresjonssymptomer eller oppfatninger om og holdninger til samlivsbruddet. Når det gjelder foreldrene, oppfatter de muligens at barnas sosiale atferd, problemløsningsferdigheter og hvilke følelser de har i forbindelse med samlivsbruddet som forbedret. Lærere for barn som har deltatt i gruppetiltak kan oppfatte at barna fungerer bedre på noen områder i skolesammenheng.

Usikkerhet

Det er derimot usikkert om gruppetiltak fører til at foreldrene oppfatter barnas grad av atferdsproblemer og emosjonell fungering som forbedret. - Det er også usikkert om lærere oppfatter barnas grad av problematferd, skolefravær og faglige prestasjoner som forbedret.

- Resultatene for samme utfall kunne variere mellom studiene og kvaliteten på dokumentasjonen ble vurdert som fra lav til svært lav, noe som understreker usikkerheten, avslutter Louise Forsetlund.

Publisert: 02.06.2016, endret: 02.06.2016, 14:13

Se også:

- [2016 - Effekter av gruppetiltak for barn og unge som opplever samlivsbrudd](#)

Referansekode i 'Helserådet': PSY 2016 – 9. Stikkord: Skilsmisse. Samlivsbrudd. Barn. Unge.



Årsrapport om sykdomsutbrudd i 2015

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=119173>.

Årsrapport om utbrudd av smittsomme sykdommer i Norge gir en oversikt over utbrudd varslet til Folkehelseinstituttet i 2015. Rapporten bygger på informasjon fra det nettbaserte systemet for utbruddsvarsling (Vesuv) som inneholder informasjon om utbrudd av smittsom sykdom i befolkningen og årsaken til utbruddene.

I 2015 mottok Folkehelseinstituttet 172 varsler om mistenkte eller bekreftede utbrudd til Vesuv. Av disse var 117 utbrudd i helseinstitusjoner, 40 var næringsmiddelbårne utbrudd og 15 var andre utbrudd. Halvparten av utbruddene hadde mindre enn 10 sykdomstilfeller. Tallgrunnlaget i rapporten er basert på lovpålagt varsling til Folkehelseinstituttet.

Antallet varslede utbrudd har økt i forhold til 2014. Totalt ble 2 567 personer rapportert syke i forbindelse med disse utbruddene. Ved utbrudd i helseinstitusjoner var norovirus, influensa og meticillinresistent *Staphylococcus aureus* (MRSA) de hyppigst forekommende smittestoffene, med henholdsvis 75, 11 og 10 utbrudd.

Det vanligste smittestoffet angitt ved næringsmiddelbårne utbrudd var norovirus (13 utbrudd), etterfulgt av *Bacillus cereus* (4 utbrudd) og *Staphylococcus aureus* (3 utbrudd).



Det er viktig å påpeke at rapporten ikke gir det fulle og hele bildet av alle utbrudd i Norge i 2015. Grunnen til dette er fortsatt under-rapportering til utbruddsvarslingssystemet. Rask varsling av utbrudd er viktig for at sentrale myndigheter skal kunne se de enkelte utbrudd i både lokal og nasjonal sammenheng og gi råd og informasjon der det er behov.

Rapporten er kun tilgjengelig i elektronisk format.

- [Utbrudd av smittsomme sykdommer i Norge i 2015](#) (pdf)

Publisert: 09.06.2016, endret: 10.06.2016, 08:28

Referansekode i 'Helserådet': HST 2016 – 26. Stikkord: Sykdomsutbrudd. Smittsomme sykdommer.

John-Arne Røttingen har fått Fulbrightpris for beste forskningsartikkel

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=119161> .

Fulbrightprisens vitenskapelige komité har besluttet å tildele områdedirektør John-Arne Røttingen ved Folkehelseinstituttet prisen for beste forskningsartikkel 2016. Prisen er på kr 50 000.

Områdedirektør John-Arne Røttingen er tildelt pris for Ebola-artikkel
Artikkelen tar for seg en studie av effekten til en ny Ebola-vaksine som ble brukt under Ebolautbruddet i Vest-Afrika 2014-2015.

Artikkelen «Efficacy and effectiveness of an rVSV-vectored vaccine expressing Ebola surface glycoprotein: interim results from the Guinea ring vaccination cluster-randomised trial» ble publisert i The Lancet i 2015.

Resultatene fikk stor internasjonal oppmerksomhet i fagmiljøene og i offentligheten. Komiteen uttaler følgende i forbindelse med prisutdelingen 8. juni i Det Norske Nobelintitutt:

«John-Arne Røttingen har selv ledet studien bak artikkelen, som blir et viktig bidrag i kampen mot Ebola. Studien har tatt for seg mer enn 7 000 personer som har hatt høy risiko for å bli smittet av Ebola. Foreløpige resultater viser at vaksinen er 100 prosent effektiv mot Ebola-viruset.

Artikkelen vil være sentral i fremtidig forskning på Ebola og andre fremtidige epidemier, og står som et praktisk eksempel på hvordan man skal gjennomføre en folkehelsestudie i et land som opplever en epidemi.»

–Jeg er svært glad for å motta denne forskningsprisen fra Fulbrightkomiteen. Dette er en pris jeg deler med svært mange dyktige medarbeidere i inn- og utland, sier John-Arne Røttingen i forbindelse med prisutdelingen.

Publisert: 08.06.2016, endret: 13.06.2016, 13:19

Referansekode i 'Helserådet': RED 2016 – 10. Stikkord: Ebola-vaksine. Røttingen, John-Arne.



Områdedirektør John-Arne Røttingen er tildelt pris for Ebola-artikkel