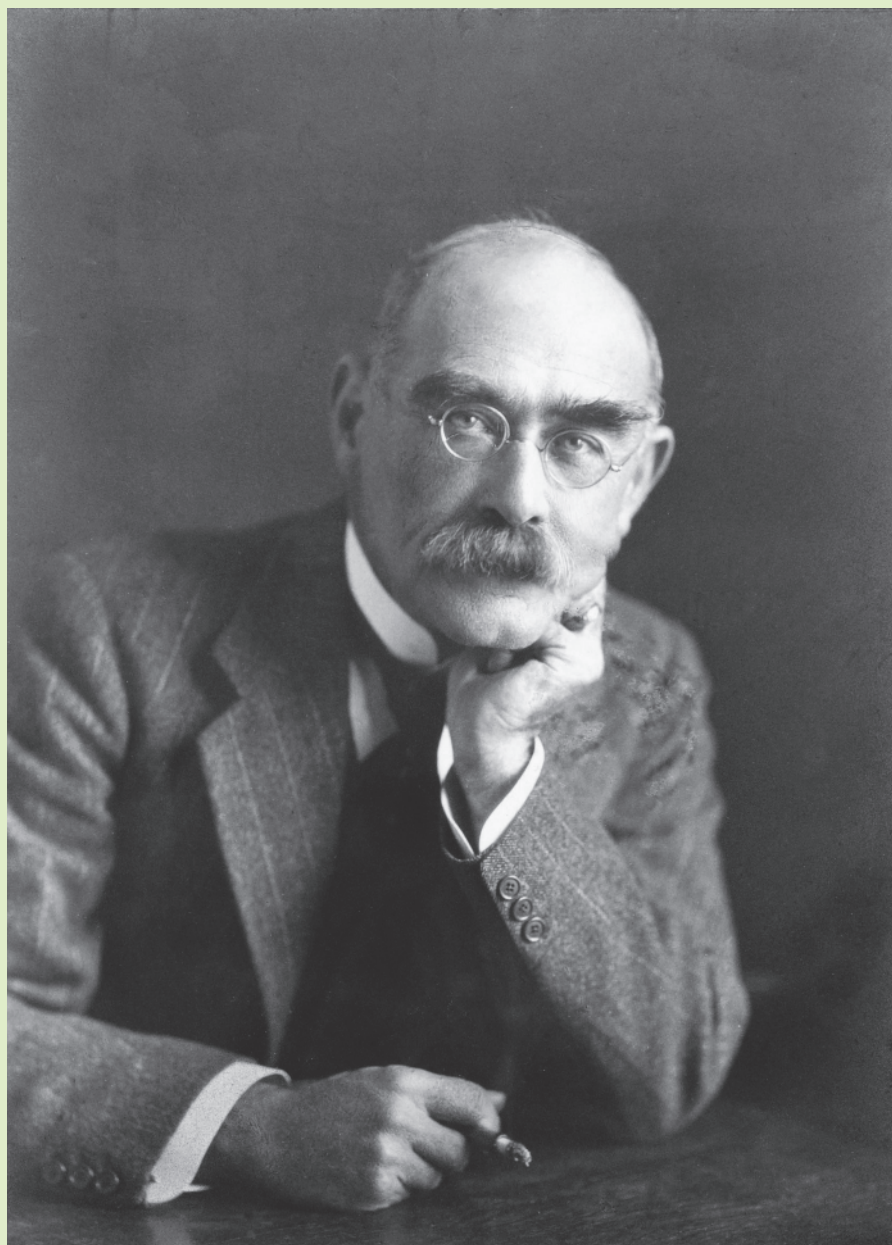


4. mars 2016, 24. årgang

Helserådet

Nytt om samfunnsmedisin og
folkehelsearbeid

- Komplette innholds-
fortegnelse
s. 2
- Samfunnsmedisin
og allmennmedisin
s. 3
- Trange tider for
Helsebiblioteket
s. 3
- Om fullamming.
Artikler s. 6 - 7
- Frisklivssentraler i
kommunene
s. 8
- Nyhetsbrev om sosiale
ulikheter i helse
s. 15
- Ny temaside om zika-
feber
s. 24



Helserådet

INNHold NR. 5/16

Samfunnsmedisin og allmennmedisin	3
Trange tider for Helsebiblioteket	3
Reduksjon i Helsebibliotekets tilbud	4
Trygt og bra å fullamme til 6 måneders alder	6
Å amme for lenge kan gi barnet vitaminmangel	6
Fiber og protein gir småbarn bedre bakterier i tarmen	6
Flykt ikke fra frivilligheten – møteplass for folkehelse 2016	7
Flyktningesituasjonen i et folkehelseperspektiv – Årsmøteseminar i Folkehelseforeningen 9. mars	7
Wellbeing or welfare benefits – what are the drivers for migration?	8
Frisklivssentraler i kommunane	8
Gode venner er viktig for helse	9
Lærer mer med fysisk aktivitet i mattetimene	10
Mye og lite søvn kan øke hjertorisiko	10
Årskonferanse Miljø og helse i Stavanger 30. – 31. mai 2016	11
Sosiale ulikheter i helse: Nyhetsbrev nr. 12 (februar 2016): Nasjonal konferanse 26. – 27. mars 2016:	
Velferdsstat og ulikhet i helse i økonomiske krisetider, nå åpnet for påmelding!	15
Theory and interpretation in qualitative studies from general practice: Why and how?	16
Genmodifisert mygg kan bekjempe zika-viruset	16
Nye ferdigheter trengs i kommunehelsetjenesten	16

NYTT FRA WWW.FHI.NO, FOLKEHELSEINSTITUTTET

Husk lusesjekk ved skole- og barnehagestart	17
Legemiddelsalg utenom apotek i 2015: Butikkens salg av reseptfrie legemidler fortsetter å øke	18
Stadig flere henvendelser om forgiftninger med paracetamol	20
Testing for zikafeber tilgjengelig i Norge	22
Løfter fram en ny brukerrolle i helsetjenesten	23
Ny temaside om zikafeber	24
Problemer med antibiotikaresistente bakterier øker i hele Europa	24
Folkehelseprofiler for bydeler 2016 er publiserte	25
Kvalitetsforbedring: Sykehus tok grep og bedret pasientenes overlevelse	26
Hjerte- og karregisteret 2014: Over 1200 fikk ablasjonsbehandling for hjerteflimmer	28
Kvalitetsforbedring: Brukerne viktige i læringsnettverk om pasientforløp	28
Ny prosedyre for å stabilisere mulig nakke- eller ryggskade	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.

Forsiden: Rudyard Kipling: Om øst og vest som aldri vil møtes. Hva med samfunnsmedisin og allmennmedisin?
Artikkel side 3.

Samfunnsmedisin og allmennmedisin

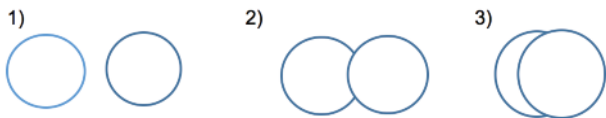
Av Anders Smith, redaktør av 'Helserådet'

Den direkte foranledningen til denne lille artikkelen er den enda kortere artikkelen på side 29 med overskriften «Ny prosedyre for å stabilisere mulig nakke- eller ryggskade». Dette er en artikkel fra Folkehelseinstituttet. Som sådan er den kvalifisert for gjengivelse her i 'Helserådet'. 'Helserådet' har siden 2010 nemlig gjengitt samtlige nyhetsartikler fra FHI.

Men: med nytt og utvidet mandat for Folkehelseinstituttet vil det i tiden fremover trolig komme stadig mer klinisk rettet stoff, dvs. artikler med retningslinjer o.l. for diverse kliniske tiltak, både i sykehus og i allmennhelsetjenesten. Har slike artikler en like selvsagt plass i 'Helserådet', og eventuelt hvilken plass bør de ha i en publikasjon som først og fremst er opptatt av å gjengi nyheter og annet stoff innen *samfunnsmedisin og folkehelsearbeid*?

Det er tanker omkring dette som har gjort at jeg igjen (jeg har tenkt på det mange ganger før, også) har gjort meg noen tanker om forholdet mellom samfunnsmedisin og allmennmedisin. Hvor nært eller hvor langt fra hverandre står disse to fagene? Er det slik at man kan overføre Rudyard Kiplings ord om øst og vest til våre fag? Han konstaterte nemlig på begynnelsen av 1900-tallet følgende: *East is East and West is West, and never the twain shall meet*.

Kanskje kan spørsmålet illustreres ved hjelp av følgende alternativer for å beskrive forholdet mellom de to spesialitetene:



På dette punkt kan det være på sin plass å stille spørsmålet: Hva er samfunnsmedisin eller kanskje mer aktuelt her: *Hva dreier samfunnsmedisin og folkehelsearbeid seg om?*

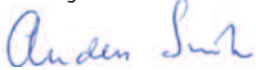
For først å rydde opp i forholdet mellom samfunnsmedisin og folkehelsearbeid vil jeg si at samfunnsmedisin er *helsefagenes bidrag* til folkehelsearbeidet. Noen ganger kaller jeg samfunnsmedisin for «det lille folkehelsearbeidet» mens alt folkehelsearbeid blir kalt «det store folkehelsearbeidet».

Men altså: hva dreier samfunnsmedisinen seg om og hva kjennetegner samfunnsmedisinsk arbeid?

Et viktig kjennetegn ved samfunnsmedisinen er at det i stor grad dreier seg om *grupperett* arbeid. Et annet kjennetegn (og det henger mye sammen med det forrige) er at det dreier seg om *helsefremmende og forebyggende arbeid* (særlig *primærforebyggende arbeid*). Men samfunnsmedisinen har også brede interesser inn i klinikken: ikke først og fremst når det gjelder behandlingen av enkeltindivider, men når det gjelder å vurdere behovet for og effekten og nytten av ulike tiltak i klinikken, heri inkludert en vurdering av hva et oppnådd resultat koster. Her kommer slike ord som *effektivitet, effekt og kost-nytte* inn.

Det er tanker som dette jeg som redaktør må legge til grunn når jeg i tiden som kommer, må ta stilling til hvilke artikler som skal gis spalteplass i 'Helserådet'. Noen vil sikkert være uenige med meg i min vurdering. Jeg vil allikevel forsøke å gjengi, eller i hvert fall gjengi overskrift og ingress også på mer klinisk rettede artikler. Og så er jeg opptatt av synspunkter fra leserne på hvordan vi bør ordne stoffet videre.

Vennlig hilsen



Referansekode i 'Helserådet': OLE 2016-6. Stikkord: Allmennmedisin. Samfunnsmedisin. Kipling, Rudyard.

Trange tider for Helsebiblioteket

Helsebibliotekets ledelse har bedt om at et brev til flere sentrale helseforvaltningsorganer også distribueres til landets kommuner via 'Helserådet'. Brevet følger på de neste sidene.

Som man ser, er det trange økonomiske tider i Helsebiblioteket. Det har ikke sammenheng med den nye organisasjonstilknytningen for Helsebiblioteket i Folkehelseinstituttet, men har med valutakursene å gjøre.

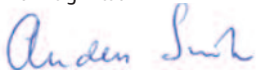
'Helserådet' fikk et slags forvarsel om økonomiske innstramninger allerede høsten 2014 da ledelsen i Kunnskapssenteret besluttet ikke lenger å støtte papirutgivelsene av 'Helserådet'. Vi fortsatte allikevel med dette i 2015 hvilket førte til et økonomisk tap som Helse- direktoratet velvilligst senere har dekket i form av en engangsstøtte. Dette ble omtalt i 'Helserådet' nr. 1/16.

I 'Helserådet' nr. 2/16 ble det kunngjort at 'Helserådet' ikke lenger ville bli utgitt i papirversjon. Det var for få som hadde meldt sin interesse for fortsatt å være papirabonnenter.

Undertegnede håper at de trange økonomiske tidene ikke vil ramme 'Helserådet' ytterligere. Men det kan skje, og hva gjør vi da? Skal vi nedlegge 'Helserådet'? Skal vi kutte vesentlig i stoffmengden? Eller skal vi vurdere igjen å ta oss betalt for utgivelsene? Sistnevnte alternativ vil gjøre det mulig å tilby leserne 'Helserådet' slik man kjenner det i dag, både som nettutgave og i papirversjon. Jeg bare spør!

Dette til orientering.

Vennlig hilsen



Anders Smith
Redaktør av 'Helserådet'

Mottagerliste

Deres ref:
Vår ref: 16/235-3/ILDI/FRSW
Dato: 16.02.2016

Reduksjon i Helsebibliotekets tilbud**Sammendrag**

Helsebiblioteket, nå en del av Folkehelseinstituttet, inngår avtaler om tilgang til tidsskrifter, oppslagsverk og andre kunnskapskilder på vegne av alle ansatte og studenter i helsetjenesten i Norge. Gjennom slike nasjonale innkjøp får brukerne tilgang på flere titler til en lavere pris enn om enkeltinstitusjoner skulle forhandle alene, og man bidrar til likere tilgang til ressurser på tvers av institusjoner og sektorer i helsetjenesten.

Store utgiftsøkninger på grunn av svekket norsk valuta har gjort det umulig for Helsebiblioteket å fornye alle sine tidsskriftavtaler for 2016. Omtrent 150 sentrale tidsskrifttitler er nå borte fra samlingen.

Dette rammer alle brukere, men får størst konsekvenser for sykehus uten universitetstilknnytning og for kommunehelsetjenesten - som i stor grad er prisgitt det tilbudet som gis via Helsebiblioteket.no.

Vi ønsker i det følgende å orientere brukere og interessenter om situasjonen og be om innspill til hvordan tilbudet kan videreføres.

Bakgrunn

Mange av Helsebibliotekets avtaler er i utenlandsk valuta. Svekkelsen av den norske kronen, blant annet opp mot amerikanske dollar som har blitt hele 40 % dyrere i løpet av kort tid, har ført til en betydelig merkostnad som det ikke er dekning for i Helsebibliotekets budsjetter. Til tross for innsparinger på andre områder, har dette medført at Helsebiblioteket ikke har kunnet fornye to sentrale tidsskriftavtaler for 2016, og rundt 150 sentrale tidsskrifter er nå borte fra samlingen. Disse avtalene ble valgt fordi de har høyest kostnad sett opp mot bruk, samt at de skulle fornyes ved årsskiftet og dermed kunne sies opp nå. Dette rammer alle brukere, men går først og fremst ut over de som jobber sykehus uten universitetstilknnytning og i kommunehelsetjenesten. Disse brukerne er i stor grad prisgitt det tilbudet som gis via Helsebiblioteket.no.

Blant det som nå er borte fra Helsebiblioteket er The Lancet, The Lancet Neurology, The Lancet Oncology og The Lancet Infectious Diseases, samt en pakke med ca. 145 tidsskrifter fra Lippincott Williams & Wilkins med til dels svært høy impact factor. Eksempler på titler er Circulation, Spine, Neurology, Stroke, Critical Care Medicine, Anesthesiology, Cancer Nursing, Obstetrics & Gynecology og den sykepleiefaglige delsamlingen Ovid Nursing Fulltext.

Dette er sentrale tidsskrifter som brukerne allerede har begynt å etterlyse og vi er kjent med at flere vurderer å gå til lokal anskaffelse av det som nå er borte.

Konsekvenser

Institusjonene i Helse-Norge har et stort behov for tilgang på oppdatert forskning gjennom norske og internasjonale tidsskrifter. Dersom den nasjonale tilgangen bortfaller, vil lokale fagbibliotek forsøke å tette hullet i samlingene ved å gjøre egne anskaffelser. Dette er en langt dyrere løsning, for eksempel fikk en organisasjon tilbud om en pris på NOK 250.000,- på institusjonell tilgang til kun ni av titlene i en av pakkene som falt bort ved nyttår. Med andre ord; dersom 25 eller flere norske helseforetak velger å tegne egne abonnement på bare ni (av 145 titler), vil de i sum bruke mer penger på et lite utvalg titler enn hva Helsebiblioteket her betalt for hele pakken.

Jo mer forlagene får solgt lokalt, jo mindre sannsynlig er det at vi får tilbake nasjonal tilgang, i alle fall til en like gunstig pris. Dette skyldes at prisen på de nasjonale avtalene i stor grad baserer seg på hva leverandøren omsetter for i det norske markedet. Lokale avtaler vil samlet sett kunne koste Helse-Norge mer enn det Helsebibliotekets nasjonale avtale har kostet, men gi tilgang til langt færre titler for brukerne. Samtidig vil prinsippet om lik tilgang på tvers av institusjonsgrensene, en viktig begrunnelse for at Helsebiblioteket i sin tid ble etablert, undergraves.

Løsninger

Helsebiblioteket finansieres i dag over Statsbudsjettet via Helse- og omsorgsdepartementet. I tillegg faktureres universitetene og høyskolene med en liten sum årlig. For å opprettholde Helsebibliotekets tilbud framover, er det nødvendig å vurdere mulige kilder til tilleggsfinansiering. Dette skyldes dels valutasvingningene, dels avtalefestet årlig prisøkning på avtalene.

Med utgangspunkt i dette har vi invitert helseforetakene til å bidra til at vi fortsatt kan inngå nasjonale avtaler til beste for hele den norske helsetjenesten, i første omgang for å gjenopprette tilgangen til de avtalene som ble borte ved årsskiftet. På oppdrag fra RHF-ene er vi i tillegg i gang med en kartlegging av avtaler i helseforetakene med tanke på å identifisere mulige nye kandidater for nasjonale avtaler.

Vi inviterer med dette også andre interessenter til å bidra og til å komme med innspill til hvordan Helsebiblioteket kan videreføre og videreutvikle en god grunnpakke for hele helsetjenesten.

Vennlig hilsen

Camilla Stoltenberg
Direktør
Folkehelseinstituttet

Magne Nylenna
Direktør
Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet

Brevet er elektronisk godkjent.

Mottagerliste

Helsedirektoratet
Statens helsetilsyn
Direktoratet for e-helse
Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten
Norsk pasientskadeerstatning
Bioteknologirådet
Statens legemiddelverk
Mattilsynet



Trygt og bra å fullamme til 6 måneders alder

Rådet om at det er trygt og bra med bare morsmelk de første seks månedene, er i tråd med både nordiske anbefalinger, WHO's anbefalinger for Europa og anbefalinger i de fleste andre land.

På TV2-nyhetene søndag 14. februar var det en reportasje som fremstilte det som om det er skadelig å fullamme spedbarn til seks måneder på grunn av mangelfullt inntak av vitamin B12. Reportasjen har skapt unødvendige bekymringer hos småbarnsforeldre. Det er godt dokumentert at morsmelk inneholder alt fullbårne barn trenger de første seks månedene, med unntak av vitamin D. Forskning viser at amming er bra for hjernens utvikling.

Morsmelk er best for spedbarn

Morsmelk er den beste maten for spedbarn. Morsmelk inneholder alle næringsstoffene som barnet trenger de første seks månedene, unntatt D-vitamin. Spedbarn kan helt trygt få kun morsmelk, med tilskudd av D-vitamin de første seks månedene, dersom barnet har god vekst og mor trives med det.

Annen mat

Man kan introdusere annen mat før barnet er seks måneder dersom det er behov for det – men ikke før fylte fire måneder. Hvert barn og hver familie har ulike behov. Dersom det er behov for mer mat enn morsmelk etter at barnet er fylt fire måneder, bør fast føde introduseres. Helsestasjonen kan gi individuell veiledning når familien vurderer å begynne med annen mat.

Helsedirektoratets anbefalinger

Når Helsedirektoratet utformer anbefalinger, støtter vi oss til det beste som finnes av oppsummeringer av nasjonal og internasjonal forskning. Det vil alltid finnes enkeltstudier som konkluderer med noe annet. Så fort noe er godt dokumentert i forskningen, tar vi det inn i rådene. Det betyr normalt at det må det være mange studier som peker i samme retning over tid, og man må foreta en nøye vurdering av alle de ulike funnene opp mot hverandre. Det er svært godt dokumentert at det er trygt å fullamme til seks måneder dersom mor og barn trives med det, og den omtalte studien endrer ikke på dette.

Morsmelk beskytter barnet

I tillegg til næringsstoffer inneholder morsmelk en rekke spesialiserte immunstoffer, som både beskytter mot infeksjoner og hjelper til å modne barnets eget immunsystem. Disse egenskapene er positive for helsen både i barndommen og senere i livet. Undersøkelser viser at amming og morsmelk beskytter mot mage-tarminfeksjoner, alvorlige nedre luftveisinfeksjoner som lungebetennelse, og mindre farlige infeksjoner som ørebetennelser. Morsmelkernærte barn blir oftest raskere friske av slike infeksjoner, og har muligens beskyttelse også flere år etter ammeperioden. I tillegg er det vist at morsmelk kan beskytte mot f.eks. overvekt og diabetes type 2 senere i livet. Nylig oppsummert det anerkjente tidsskriftet The Lancet forskningen om sammenhengen mellom amming og hjernens utvikling, og de fant at ammede barn kom noe bedre ut i intelligens tester i barndom og ungdomsalder.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016-23. Stikkord: Fullamming.

Å amme for lenge kan gi barnet vitaminmangel *(forskning.no 15.2.2016)*

Forskere i Bergen mener det er sammenheng mellom fullamming til seks måneders alder og mangel på vitamin B12. Helsemyndighetene vil likevel trolig ikke endre sine råd. **NTB**

En ny studie fra forskere ved Haukeland universitetssjukehus viser en sammenheng mellom mangel på vitamin B12 og en forsinket motorisk utvikling hos barn som fullammes fram til de er seks måneder gamle, melder TV 2.

Se hele artikkelen fra forskning.no samt en del relatert materiale ved å gå inn på <http://forskning.no/svangerskap-barn-og-ungdom/2016/02/forskere-mener-ammig-kan-gi-vitaminmangel>.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016-25. Stikkord: Fullamming. Vitaminmangel.

Fiber og protein gir småbarn bedre bakterier i tarmen

(forskning.no 15.2.2016)

Når et barn går fra morsmelk til fast føde, er kostholdet viktig for tarmbakteriene.

Tarmbakteriene våre er langt mer enn bare blindpassasjerer. Flere studier har de siste årene pekt på at tarmbakteriene har stor betydning for hvordan vi har det.

For eksempel kan de spille en rolle i fedme, og studier har også tydet på at en sunn flora av tarmbakterier kanskje kan gjøre oss mindre stresset.

Maten som barna får i perioden der de går fra å bare drikke morsmelk eller erstatning og begynner å spise familiens mat, har stor betydning for hva slags tarmflora som etablerer seg. Det viser en ny dansk studie.

Det er vanlig at barn blir introdusert for såkalt fast føde når de er mellom fire og seks måneder gamle.

Se hele artikkelen og annet relatert materiale fra forskning.no ved å gå inn på <http://forskning.no/mat-barn-og-ungdom/2016/02/fiber-og-protein-gir-smabarn-rikere-tarmflora>.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2016-24. Stikkord: Tarmflora. Spedbarn. Fullamming.



Flykt ikke fra frivilligheten – møteplass folkehelse 2016

Integrerings- og innvandringsminister Sylvi Listhaug åpner konferansen. Shabana Rehman utfordrer. Sturla Stålsett, KS, Astrid Nøkleby Heiberg og inspirerende lokale eksempler står også på menyen. KS, Justis- og beredskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Frivillighet Norge ønsker deg velkommen til en spennende møteplass mellom frivilligheten og det offentlige!

- Tid: 05.04.15, kl 11:00-14:00
- Sted: KS Agenda, Haakon VII's gate 9, Oslo
- Målgruppe: ordførere, rådmenn, koordinatore, og ledere i frivillige organisasjoner
- Møteplassen er gratis
- Program og påmelding finner du [HER](#)
- Påmeldingsfrist: 15. mars

Referansekode i 'Helserådet': FRI 2016-2. Stikkord: Frivillighetskonferanse.

Flyktningsesituasjonen i et folkehelseperspektiv

Årsmøteseminar i Folkehelseforeningen 9. mars fra kl 13.00 – 15.00
Helsedirektoratet rom 206

Seminarleder: Marte Kvernland, styremedlem i Folkehelseforeningen.

13.00 – 13.30 Folkehelseperspektiv fra myndighetene
Janne Strandrud, seniorrådgiver, Helsedirektoratet

13.30 – 14.00 Kommuneperspektiv
Hvordan håndterer Oslo kommune flyktningsituasjonen?
Trygve Nordby, koordinator for asylsøkere og flyktninger i Oslo kommune

Utfordringer

14.00 – 14.30 Psykisk helse
Psykiske reaksjoner på flukt og eksiltilværelse
Sverre Varvin, professor og dr.med. ved Høgskolen i Oslo og Akershus

14.30 – 15.00 Somatikk
Infeksjonssykdommer – Hva gjør vi? Hva skal prioriteres?
Preben Aavitsland – leder smittevernlegene

Alle innleggene avsluttes med spørsmål og diskusjon.

Påmelding sendes til: johan.lund@medisin.uio.no senest tirsdag 8. mars kl. 1000

Folkehelseforeningens årsmøte fra 15.00 til 17.00

Referansekode i 'Helserådet': MET 2016-11. Stikkord: Folkehelseforeningen.

Extract:

Wellbeing or welfare benefits—what are the drivers for migration?

[Line Neerup Handlos](#) ¹

[Maria Kristiansen](#) ¹

[Marie Norredam](#) ^{1,2}

¹ Danish Research Centre for Migration, Ethnicity and Health, Section for Health Services Research, Department of Public Health, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

² Section of Immigrant Medicine, Department of Infectious Diseases, University Hospital Hvidovre, Hvidovre, Denmark

Line Neerup Handlos, Danish Research Centre for Migration, Ethnicity and Health, Section for Health Services Research, Department of Public Health, University of Copenhagen, Øster Farimagsgade 5, 1014 Copenhagen K, Denmark. E-mail: Linha@sund.ku.dk

Strong voices in public debates on the rising number of immigrants in Europe are advocating that immigrants who come to European countries, to a large extent, are driven by a quest for maximization of access to welfare benefits [1,2]. This argument is fueling some European immigration policy making, which more or less explicitly assumes that the primary driver behind migrant flows is money. Based on that assumption, a decrease in welfare benefits offered to immigrants will decrease the number of asylum seekers, and as it is the aim of many European policy makers to decrease the number of asylum seekers to their countries, drastic cuts in welfare services for immigrants have been suggested or are already implemented [3,4].

An example of such policy making is a Danish law reform from September 2015, which reduces the monthly payment offered to newly arrived immigrants by 50% [4]. This law reform has been implemented despite the fact that United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) and many others have condemned it as discriminatory and contrary to international conventions [5]. Similarly, in the UK, it has been proposed to halt all benefits for immigrants for the first four years of their stay in the UK [3].

If migrants were only driven by an incentive to optimize the amount of money obtained without work, those with a residence permit in a welfare state such as Denmark would remain where they were. Especially those who, due to illness or ...

[\[Full Text of this Article\]](#) (se betingelser for å kunne lese)

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2016-11. Stikkord: Migrasjon. Immigranter.



Statistisk sentralbyrå
Statistics Norway

PUBLIKASJON

Rapporter 2016/07

Frisklivssentraler i kommunane

Kartlegging og analyse av førebyggjande og helsefremjande arbeid og tilbod

Publisert: 22. februar 2016

Åpne og les publikasjonen i PDF (2.2 MB)

Innhold

- Sammendrag
- [Om publikasjonen](#)

Stadig fleire kommunar vel å etablere frisklivssentralar. Mellom 2011 og 2014 har det vore ei dobling av talet på kommunar som har etablert tilbodet.

Det overordna føremålet med rapporten er å bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget om det førebyggjande helsearbeidet i kommunane generelt og for frisklivssentralar spesielt.

Den breie kartlegginga av frisklivssentralar som blei gjennomført i samband med KOSTRA-rapporteringa for 2013-årgangen, har gjort det mogleg å sjå nærmare på innhaldet på frisklivssentralane i kommunane, både når det gjeld kor mange som har etablert tilbodet, korleis dei har valt å organisere tenesta, kva omfanget av tilbodet er, kor mange som nyttar seg av tilbodet, kva aktørar dei samarbeider med og kor mykje personell som jobbar der.

Meir omfattande tilbod i store kommunar

Resultata frå kartlegginga viser at stadig fleire kommunar vel å etablere frisklivssentralar. I perioden 2011–2014 har det vore ei dobling av kommunar som har etablert tilbodet.

Resultata tyder på at etableringa av frisklivssentralar har kome lenger på veg i enkelte fylke enn andre, og at det særleg er store kommunar i sentrale strom som vel å etablere tenesta. Det er også ein tendens til at tilbodet ved sentralane er meir omfattande i større og meir sentrale kommunar.

Sårbar teneste

Kartlegginga viser elles at frisklivssentral er ei relativt «lita» helseteneste målt i ressursbruk og brukarar samanlikna med andre kommunale helse- og omsorgstenester. I gjennomsnitt var det tilsett stillingar som svara til 0,9 årsverk per kommune med frisklivssentralar i 2013. Dette gjer at tenesta er sårbar og utsett dersom nøkkelpersonell skulle forsvinne ut. Små kommunar med tilbodet vil vere særleg utsette. Det var om lag 16 000 personar som deltok på eitt eller fleire av tilboda ved frisklivssentralar i 2013. Om lag halvparten av desse var tilvist frå andre tenester som t.d. fastlegetenesta. Det er flest deltakarar i dei større sentrale kommunane der befolkningsgrunnlaget er størst. Det er likevel i dei små og mindre sentrale kommunane med tilbodet at deltakarane ved frisklivssentralane utgjer den største delen av befolkninga. Det kan tyde på at tilbodet er ein viktig del av førebyggjande verksemda i dei små kommunane som faktisk etablerer tilbodet.

Utfordringar med vidareføring

I intervjuar med utvalde kommunar og fylkesmannembete kom det fram at det er utfordringar med å få kommunar til å vidareføre tilbodet når perioden med etableringstilskot frå Fylkesmannen tek slutt. Det blir elles peika på at arbeid knytt til tilskot er tidkrevjande dersom ein ser det i forhold til summane som blir utbetalt. Dette gjeld både i forvaltninga hos Fylkesmannen og ute i kommunane. Særleg små kommunar vil vere utsette.

Det er samstundes ei oppfatning av at frisklivssentralar fungerer etter hensikten i dei kommunane som har etablert tilbodet. Viktige faktorar for å lukkast meiner dei mellom anna er forankring hos politisk og administrativ leiing og ute i andre tenester som frisklivssentralane bør samarbeide med.

Arbeidet med rapporten er finansiert av Helsedirektoratet.

Kontakt

- Trond Ekorud
E-post: trond.ekornrud@ssb.no
tlf.: 21 09 43 99
- Merete Thonstad
E-post: merete.thonstad@ssb.no
tlf.: 21 09 45 40
- SSBs informasjonstjeneste
E-post: informasjon@ssb.no
tlf.: 21 09 46 42

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2016-4. Stikkord: Frisklivssentraler.

Gode venner er viktig for helse (forskning.no 24.2.2016)

– Ta vare på venner og nettverk inn i alderdommen. Da holder du deg i fysisk aktivitet og det er bra for helse og livskvaliteten.

Stig Nøra, journalist. En artikkel fra [Høgskolen i Oslo og Akershus](#)

Det går frem av en ny studie der forskerne har sett på hvor viktig sosialt nettverk og fysisk aktivitet er blant hjemmeboende kvinner over 75 år i Oslo-området.

– Vi ser veldig tydelig at det å være sosialt aktivt og samfunnsengasjert gir bedre fysisk form, sier professor Astrid Bergland ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Avgjørende for livskvalitet og helse

– Gode venner og kontakt med mennesker kan gi følelse av tilhørighet og er avgjørende for livskvaliteten, selvpålevd helse og hvordan du fungerer fysisk, sier Bergland.

Hun sier at sosial støtte er viktig for helsen, og det å treffe og snakke med andre er avgjørende for hvordan du takler utfordringer i livet. – Forskningen vår viser at det er en sterk sammenheng mellom sosialt nettverk, livskvalitet og fysisk funksjon blant eldre mennesker, sier hun.

Viktig uansett sosial bakgrunn

Et godt sosialt nettverk er like viktig for helsa uansett hvilket utdanningsnivå eller sosial bakgrunn du kommer fra.

Sosial støtte kan gi hver enkelt en opplevelse av omsorg, aktelse og å bli verdsatt, ifølge forskeren.

– De eldre som rapporterte at de ikke har problemer med å delta i sosiale organisasjoner, har bedre livskvalitet, selvrapportert helse, mobilitet, balanse og muskelstyrke, sier Bergland.

Det er også mulig at venner oftere oppfordrer hverandre til å ta vare på helsa og døyver angst og depresjon i vanskelige situasjoner.

Se hele artikkelen samt en del relatert materiale fra forskning.no ved å gå inn på <http://forskning.no/forebyggende-helse/2016/02/gode-venner-er-viktig-helsa>.

Referansekode i 'Helserådet': PSY 2016-6. Stikkord: Venner.

Lærer mer med fysisk aktivitet i mattetimene *(forskning.no 24.2.2016)*

Elever som får drive med fysisk aktivitet i deler av timene med teorifag, blir mer oppmerksomme, husker bedre og blir mer sosiale. Effekten er særlig stor i matematikk.

Elin Nyberg, journalist. En artikkel fra **Universitetet i Stavanger**

Det er en sammenheng mellom skoleelevers utholdenhet, deres forståelse og resultater fra den nasjonale prøven i matematikk.

Det viser de foreløpige resultatene fra Silje Eikanger Kvaløys doktorgradsarbeid ved Universitetet i Stavanger. Hun har undersøkt effekten av å innføre fysisk aktivitet i andre fag enn kroppsøving. Ni skoler var med på prosjektet. Fem innførte fysisk fagaktivitet, mens fire var kontrollskoler.

Til forskernes forbauselse fant de imidlertid ingen sammenheng med de nasjonale prøvene i lesing og engelsk.

– Det ser ut som fysisk aktivitet endrer forståelsen på en måte som er gunstig for barnas matematikkferdigheter, sier Kvalø.

– Når vi er fysisk aktive skjer det ting i hjernen vår som også har betydning for forståelse, blant annet strømmes det mer blod til hjernen og antall nerveceller i hjernen øker. Det blir også flere forbindelser mellom hjernecellene, forklarer hun.

Se hele artikkelen samt en del relatert materiale ved å gå inn på <http://forskning.no/matematikk-pedagogiske-fag-skole-og-utdanning/2016/02/laerer-mer-med-fysisk-aktivitet-i-mattetimene>.

Referansekode i 'Helserådet': FYS 2016-15. Stikkord: Skoletimer. Matematikk.

Mye og lite søvn kan øke hjerterisiko *(forskning.no 27.2.2016)*

Å få nok søvn kan være spesielt viktig for kvinner og eldre, viser en ny studie

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

I en nylig publisert studie viser norske og taiwanske forskere at både de som sover mindre enn fire timer, og de som sover mer enn åtte timer hver natt, har økt risiko for å dø av hjertesykdom som hjerteinfarkt og ustabil angina pectoris.

– Dette er den største enkeltstudien som har sett på hvordan søvn lengde påvirker risikoen for å dø av hjerte- og karsykdom. Resultatene våre viser at nok, men ikke for mye søvn er en viktig del av en sunn livsstil, forteller forsker Linn Beate Strand ved Institutt for samfunnsmedisin ved NTNU.

Se hele artikkelen samt flere artikler med relatert innhold ved å gå inn på <http://forskning.no/hjertet-sovn/2016/02/mye-og-lite-sovn-kan-oke-hjerterisiko>.

Referansekode i 'Helserådet': PER 2016-5. Stikkord: Søvn.

ÅRSKONFERANSE **MILJØ OG HELSE I STAVANGER**

30. – 31. MAI 2016

Clarion Hotel Stavanger



**MILJØRETTET
HELSEVERN**

PROGRAM

MANDAG 30. MAI

- 09.30 - 10.30 REGISTRERING med kaffe og noe å bite i
- 10.30 - 10.45 VELKOMMEN
- v/ Christine Sagen Helgø, ordfører Stavanger kommune
- 10.45 - 11.00 PRESENTASJON AV ROGALAND BRANN OG REDNING IKS, MILJØRETTET HELSEVERN
- v/ Randi Helland Stråtveit, avdelingsleder RBR
- 11.00 - 12.00 HELSEBEREDSKAP VED MILJØ- OG KJEMIKALIEHENDELSER
- v/ Benedicte Mørkved Larsen, førstekonsulent Helse- og omsorgsdepartementet
- 12.00 - 13.00 LUNSJ

TEMA: FOLKEHELSE

- 13.00 - 14.45 INTEGRERING AV MILJØRETTET HELSEVERN I LOKALT FOLKEHELSEARBEID
- v/ Ole Trygve Stigen, avd.direktør Helsedirektoratet
- v/ Fylkesmannen i Hordaland
- v/ Elisabeth W. Haaland, rådgiver folkehelse Rogaland fylkeskommune
- v/ Rolf Bergseth, kommuneoverlege Klepp kommune og fagrådet miljørettet helsevern
- 14.45 - 15.00 PAUSE
- 15.00 - 16.00 HUMOR E HEILE VITSEN
- v/ Per Inge Torkelsen, klovn
- 17.00 OPPMØTE Skagenkaiaen for båttur til Lysefjorden og middag på Flor og Fjære



FOTO: Geir Tore Aamdal

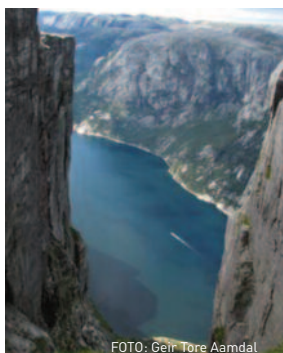


FOTO: Geir Tore Aamdal



PROGRAM

TIRSDAG 31. MAI

TEMA: TILSYN

- 08.30 - 09.30 ÅRSMØTE FORUM FOR MILJØ OG HELSE
- 09.30 - 10.30 TILSYN SOM OFFENTLEG STYRINGSVERKEMIDDEL - MÅL OG METODAR
v/ Geir Sverre Braut, professor Universitetet i Stavanger
- 10.30 - 10.45 PAUSE OG UTSJEKKING
- 10.45 - 11.30 TILSYN MED MILJØRETTET HELSEVERN - NYE VEILEDERE
v/ Finn Martinsen, seniorrådgiver Helsedirektoratet
- 11.30 - 12.30 LUNSJ
- 12.30 - 13.00 LANSERING NASJONAL TILSYNSKAMPANJE
v/ FMH-arbeidsgruppe
- 13.00 - 13.30 ETISKE OG PRAKTISKE DILEMMAER I TILSYNSSAMMENHENG
v/ Per-Erik Arnø, spesialkonsulent miljørettet helsevern Midtre Namdal
- 13.30 - 13.45 PAUSE
- 13.45 - 14.45 ERFARINGER MED FELLES TILSYN VED ASYLMOTTAK
v/ Grete Torjusen Tjeltveit, rådgiver miljørettet helsevern RBR
v/ Lasse Grahl-Jacobsen, branninspektør RBR
v/ Kjell Viste, sjefingeniør, Byggsak Stavanger kommune
- 14.45 - 15.00 AVSLUTNING

Med forbehold om endringer i programmet.



FOTO: Geir Tore Aamdal



PRAKTISK INFORMASJON

STED

Clarion Hotel Stavanger, Arne Rettedals gate 14, 4008 Stavanger.

Internett: clarionstavanger.no

TIDSPUNKT

30. – 31. mai 2016

PÅMELDING TIL KONFERANSEN skjer elektronisk innen 6. mars 2016. Link til påmelding: tilgang.no under fanen "Arrangementer". Påmeldingen er bindende. Alle som melder seg på vil få tilsendt giro til oppgitt fakturaadresse. Hotellrom må bestilles av den enkelte deltaker.

GODKJENNING

Kurset er søkt godkjent av Den norske legeforening som valgfrie kurs innenfor samfunnsmedisin og allmennmedisin (11 timer).

PRISER FOR KONFERANSEN

• Full deltakelse medlem (inkl. dagpakker, utflukt og middag)	3200,-
• Full deltakelse inkl. personlig medlemskap ut 2016	3200,-
• Full deltakelse ikke medlem	3500,-
• Deltakelse en dag, medlem mandag/tirsdag	1800,-
• Deltakelse en dag, ikke medlem mandag/tirsdag	2000,-

UTFLUKT OG MIDDAG

Båttur til Lysefjorden med utsikt til Prekestolen. Avgang kl. 17.00 fra Skagenkaiaen, Stavanger. Ankomst Flor og Fjære kl. 19.30. Omvisning på øya og middag. Transport tilbake kl. 23.30. Ankomst Stavanger ca. kl. 23.50. For mer informasjon se florogfjære.no

OVERNATTING

Overnattingssted – Clarion Hotel Stavanger. **Merk:** Bestilling av overnatting ordnes av den enkelte deltaker. Forum for miljø og helse har inngått en avtale med konferansehotellet. Etter 25. april kan det ikke garanteres ledige hotellrom til avtalt pris.

30. – 31. mai

Pris per døgn enkeltrom m/frokost kr. 1195,-

Pris per døgn dobbeltrom m/frokost kr. 1295,-

28. – 29. mai

Pris per døgn enkeltrom m/frokost kr. 895,-

Pris per døgn dobbeltrom m/frokost kr. 995,-

BESTILLING AV OVERNATTING

Oppgi koden **GR000199**. TLF. 51 50 25 60, eller epost cl.stavanger@choice.no

KONTAKTINFORMASJON

Arrangør av konferansen er Forum for miljø og helse (FMH) fmh.no

Medarrangør er Rogaland brann og redning IKS, avdeling for miljørettet helsevern

Randi Helland Stråtveit, leder Forum for miljø og helse

tel. 51 50 23 79 / 482 16 274 epost: randi.helland.stratveit@rogbr.no

PÅMELDINGSFRIST 13. MARS 2016

SOSIALE ULIKHETER I HELSE

*Nyhetsbrev nr. 12 (februar 2016)
fra Helsedirektoratets fagråd for sosial ulikhet i helse*

Nasjonal konferanse: Velferdsstat og ulikhet i helse i økonomiske krisetider, nå åpnet for påmelding!

Det er nå lagt ut mer informasjon og lenke for påmelding til denne tidligere annonserte konferansen via [denne lenken](#)!

Hvordan påvirkes folkehelsen og sosial ulikhet i helse av økonomiske og sosiale utfordringer? Høgskolen i Oslo og Akershus, Helsedirektoratets Fagråd for sosial ulikhet i helse og Centre for Health Equity Studies (CHESS), Stockholm, inviterer til konferansen som skal ta for seg mange problemstillinger innen denne tematikken. Folkehelseloven plasserer et stort ansvar for å arbeide med sosial ulikhet i helse i kommunene. Det er derfor en egen sesjon om kommunenes rolle i arbeidet. Målgruppene for konferansen er kommunalt ansatte som arbeider med folkehelse spørsmål, ansatte i helseforvaltningen på alle nivåer, og forskere med interesse for problemstillingene.

Bekreftede plenumsinnledere er **David Stuckler**, professor i Political Economy and Sociology ved Oxford University; **Olle Lundberg**, professor i Health Equity Studies og leder for Centre for Health Equity Studies (CHESS) ved Universitetet i Stockholm og Karolinska Institutet; og **Céline Thévenot**, sosialpolitisk analytiker og ansatt i Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD).

Konferansen finner sted på Høgskolen i Oslo og Akershus 26. og 27. mai 2016.

NYHETSBREV OM SOSIAL ULIKHET I HELSE

utgis med ujevne mellomrom av Helsedirektoratets fagråd for sosial ulikhet i helse. Redaksjon: Astri Syse (Statistisk sentralbyrå), Heine Strand (Nasjonalt folkehelseinstitutt) og Øyvind Giæver (Helsedirektoratet). Kontakt redaksjonen (oyvind.giaever@helsedir.no) dersom du ønsker å abonnere, dersom du ikke lenger ønsker å abonnere eller dersom du har andre tips.

Theory and interpretation in qualitative studies from general practice: Why and how?

1. [Kirsti Malterud](#)^{1,2,3}

1. ¹Research Unit for General Practice, Uni Health Research, Bergen, Norway

2. ²Research Unit for General Practice in Copenhagen, Denmark

3. ³Department of Global Public Health and Primary Care, University of Bergen, Norway

1. Kirsti Malterud, Research Unit for General Practice, Uni Health Research, Kalfarveien 31, Bergen, 5018, Norway.

E-mail: kirsti.malterud@gmail.com

Abstract

Objective: In this article, I want to promote theoretical awareness and commitment among qualitative researchers in general practice and suggest adequate and feasible theoretical approaches. **Approach:** I discuss different theoretical aspects of qualitative research and present the basic foundations of the interpretative paradigm. Associations between paradigms, philosophies, methodologies and methods are examined and different strategies for theoretical commitment presented. Finally, I discuss the impact of theory for interpretation and the development of general practice knowledge. **Main points:** A scientific theory is a consistent and soundly based set of assumptions about a specific aspect of the world, predicting or explaining a phenomenon. Qualitative research is situated in an interpretative paradigm where notions about particular human experiences in context are recognized from different subject positions. Basic theoretical features from the philosophy of science explain why and how this is different from positivism. Reflexivity, including theoretical awareness and consistency, demonstrates interpretative assumptions, accounting for situated knowledge. Different types of theoretical commitment in qualitative analysis are presented, emphasizing substantive theories to sharpen the interpretative focus. Such approaches are clearly within reach for a general practice researcher contributing to clinical practice by doing more than summarizing what the participants talked about, without trying to become a philosopher. **Conclusions:** Qualitative studies from general practice deserve stronger theoretical awareness and commitment than what is currently established. Persistent attention to and respect for the distinctive domain of knowledge and practice where the research deliveries are targeted is necessary to choose adequate theoretical endeavours.

Referansekode i 'Helserådet': MET 2016-10. Stikkord: Kvalitative undersøkelser.

Genmodifisert mygg kan bekjempe zika-viruset (forskning.no 24.2.2016)

Kronikk:

Men da må vi først være trygge på at GM-myggen ikke gir helseskader eller skaper problemer for miljøet, skriver Anne Ingeborg Myhr og Ørjan Olsvik i denne kronikken.

Anne Ingeborg Myhr, direktør ved GenØk - senter for biosikkerhet i Tromsø

Ørjan Olsvik, professor, Universitetet i Tromsø

Den globale oppvarming vil sannsynligvis føre til store forandringer i utbredelsen av smittebærende insekter. Og med stadig større migrasjon av stadig større folkemengder, kommer dette til å bli en stor utfordring for helsevesener i mange land.

Det viser seg at genmodifisert mygg kan være en mulig løsning for å redusere bestand av sykdomsbærende mygg. Men da må vi overvåke den nye myggen nøye, slik at den ikke får uante konsekvenser for mennesker og miljø.

Se hele artikkelen samt en del relatert materiale fra forskning.no ved å gå inn på <http://forskning.no/meninger/kronikk/2016/02/genmodifisert-myggen-kan-kanskje-bekjempe-zika-viruset>.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-46. Stikkord: Zikavirus.

Nye ferdigheter trengs i kommunehelsetjenesten

Dette er overskriften på en artikkel i Kommunal Rapport for 25.2.2016 (side 18) som vi dessverre ikke har tillatelse til å gjengi. Det dreier seg om utdanning til avansert klinisk sykepleie. Dette igjen må sees i relasjon til samhandlingsreformen.

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2016-9. Stikkord: Kommunal sykepleie. Samhandlingsreformen. Kommunal Rapport.

Husk lusesjekk ved skole- og barnehagestart

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=103977>.

Reisevirksomhet og nye omgangsvener i vinterferien øker risikoen for å bli smittet med lus. For å sikre en lusefri vår oppfordrer Folkehelseinstituttet alle landets skoler og barnehager til å arrangere kampanjer mot hodelus i uke 10.

Hodelus er et stadig tilbakevendende problem i skoler og barnehager landet over, og det anslås at to til fire prosent av norske barn har lus til enhver tid.

Hvordan gjennomføres en hodeluskampanje?

Kampanjen kan gjennomføres ved at skoler og barnehager informerer foreldre og foresatte om hvordan man sjekker for og behandler hodelus. Instituttet har laget brosjyre og informasjonsskriv som barnehager og skoler kan bestille gratis og distribuere videre:

- [Brosjyre og informasjonsskriv om hodelus](#)

Dersom sjekk og behandling for lus skjer samtidig, ser det ut til å redusere antall hodelustilfeller over tid. Man kan derfor spesifikt oppfordre foreldre og foresatte til å foreta lusesjekken helgen 12.-13. mars, med fortløpende behandling dersom det er nødvendig. Hele familien bør undersøkes.

Hvis det oppdages smitte bør foreldrene varsle skole eller barnehage samt foreldre til barnets nære skole- eller fritidsvenner, slik at de også kan sjekkes og eventuelt behandles.

Spørsmål og svar om lus i skole og barnehage

Må barnet sendes hjem fra skole/barnehage hvis man oppdager at barnet har fått lus?

Nei, det er ikke nødvendig å sende barnet hjem da det trolig har hatt lus i lang tid, gjerne flere måneder. Flett gjerne håret eller benytt et tørkle, lue eller annet tetsittende hodeplagg for å redusere smittefaren.

Når kan barnet begynne på skolen/barnehagen igjen?

Barnet skal begynne på lusekur så fort som mulig. Dagen etter den første kuren kan barnet sendes til barnehage/skole.

Må skolen/barnehagen stenge?

Nei, det er ikke nødvendig å gi undervisningsfri for berørte klasser eller stenge avdelinger i barnehagen. Kroppsøvings- og svømmetimen kan også gå som normalt.

Skal helsesøster sjekke og behandle alle på skolen for lus?

Nei, det er foreldrenes ansvar å sjekke og behandle barna for lus. Helsesøster skal være tilgjengelig for råd og veiledning. Hun kan eventuelt hjelpe til med behandling hvis pårørende ikke viser vilje til å bli kvitt hodelusa.

Hva bør skolen/barnehagen gi av informasjon til hjemmet?

Det er lurt å dele ut et faktaark om hodelus og behandling til den berørte klassen/avdelingen eller hele skolen/barnehagen. Barna bør også informeres om hvordan lus smitter. Identiteten til barna som har hodelus skal ikke oppgis av skolen/barnehagen.

Har foreldre plikt til å opplyse om at barnet er smittet av lus?

Nei, men det er i alles interesse at skolen/barnehagen, og spesielt foreldre til nære skole- eller fritidsvenner, får vite når et barn har hodelus. Sannsynligvis er også noen av vennene smittet, og barnet kan raskt bli smittet på nytt etter at det har tatt lusekur.

Må klær og annet personlig utstyr tas med hjem dersom det oppdages lus på barn i barnehagen eller skolen?

Nei, det er ikke nødvendig å ta med dette hjem siden smitte fra slike gjenstander er svært usannsynlig.

- [Andre spørsmål og svar om hodelus](#)

Publisert: 25.02.2016, endret: 22.02.2016, 08:34

Se også:

- [LusfriNorge](#)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-42. Stikkord: Lus. Hodelus.



Legemiddelsalg utenom apotek i 2015

Butikkenes salg av reseptfrie legemidler fortsetter å øke

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117921>.

Over halvparten av reseptfritt paracetamol og to av tre nesenspray ble solgt i butikk. Dette viser nye tall for 2015 fra Folkehelseinstituttet.

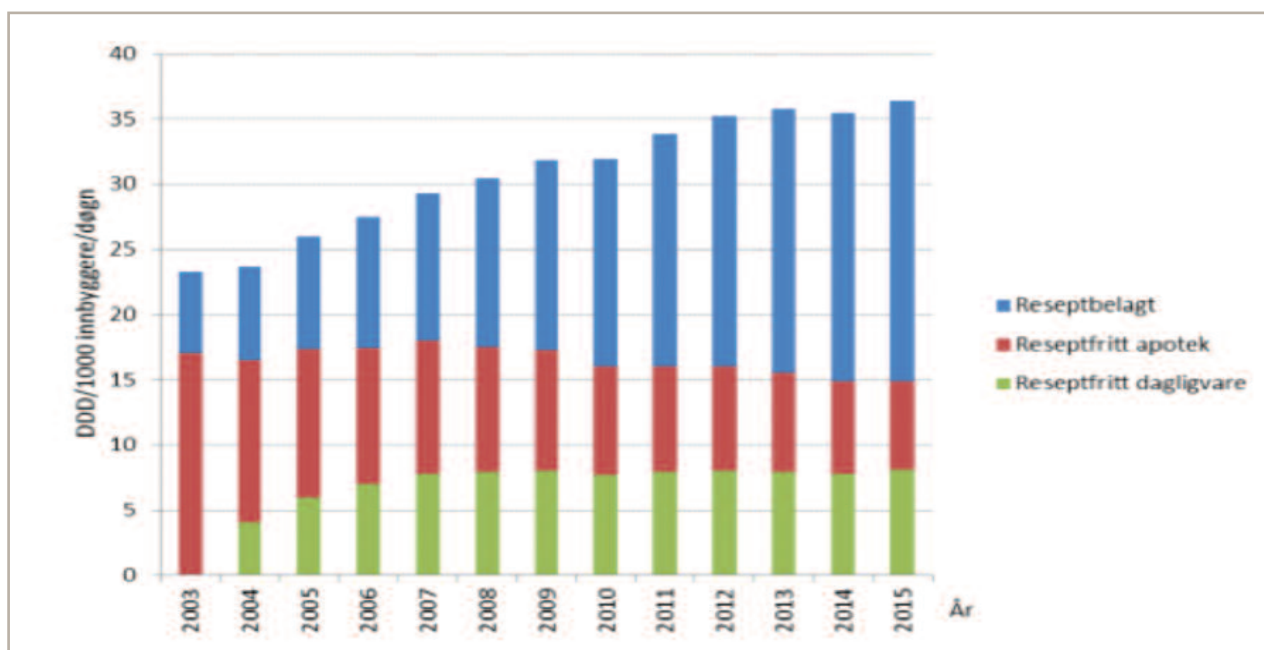


Smertestillende midler

Paracetamol

Salget av reseptfrie pakninger av paracetamol målt i doser (Definerte Døgn Doser - DDD), økte med 1,4 prosent i 2015 mens andelen solgt i dagligvare var på 54 prosent (tabell 2). Tallene tilsvarer at hver innbygger i snitt kjøpte 35 tabletter uten resept.

Totalt salg av paracetamol (reseptpliktig og reseptfritt) økte med 4 prosent i 2015. Figuren nedenfor viser utviklingen i totalt salg av paracetamol i perioden 1990-2015. Reseptfrie pakninger utgjorde en andel på 41 prosent av totalt salg av paracetamol i 2015 og denne andelen har gått ned over tid.



Figur: Salg av paracetamol 2003-2015 målt i DDD/1000 innbyggere/døgn. Kilde: Grossistbasert legemiddelstatistikk, Folkehelseinstituttet

Ibuprofen

Salg av reseptfrie pakninger av ibuprofen målt i doser økte med 0,7 prosent i 2015, mens andel solgt i dagligvare var 40 prosent (tabell 2).

Totalt salg av ibuprofen (reseptpliktig og reseptfritt) var stabilt i 2015.

Nesespray ved tett nese

To av tre personer kjøpte i 2015 nesenspray som brukes ved nesetetthet i butikk (tabell 2). Det har over tid vært en gradvis økning i salg av nesenspray, i 2015 var økningen 6 prosent. Salget tilsvarer at hver innbygger i snitt kjøpte en flaske.

Røykeavenningsmidler med nikotin

Salget av røykeavenningsmidler som f. eks. nikotintyggegummi og plaster økte med 10 prosent i 2015. Det har vært en gradvis økning i salget over tid. Andelen solgt i butikk var 47 prosent i 2015 (tabell 2).

Midler mot allergi

I 2015 sank salget av cetirizin (antihistamin) i reseptfrie pakninger med 14 prosent. Andel i dagligvarehandelen var 26 prosent i 2015, (tabell 2). Salget av cetirizin, reseptpliktig og reseptfritt, gikk ned med 4 prosent, mens samlet salg av alle antihistaminer var uforandret i 2015.

Nødprevensjon

Totalt ble det solgt 141 000 doser nødprevensjon i 2015, hvorav 9 700 (7 prosent) i butikk. Tallene er på sammen nivå som i 2014.

Fra mai 2015 har to ulike typer reseptfri nødprevensjon vært tilgjengelig: Norlevo® (levonorgestrel) og Ellaone® (ulipristal). Levonorgestrel kan selges utenom apotek, mens Ellaone® ble først tillat solgt i dagligvarehandelen fra februar 2016.

De mest solgte legemidlene i butikk og apotek

Tabell 1: Totalt reseptfritt salg i apotek og butikk i 2015. Kilde: Grossistbasert legemiddelstatistikk, Folkehelseinstituttet				
Virkestoff (ATC kode)	Bruksområde	Totalt antall pakninger 2015 (millioner)	Salg i 2015 (angitt i DDD/1000 innbygger/døgn)	Prosentvis endring i antall DDD reseptfritt salg i forhold til 2014
Ibuprofen (M01AE01)	Smerter	4,0	9,3	0,7
Paracetamol N02BE01	Smerter	9,1	14,9	1,4
Nikotin (N07BA01)	Røykeavvenning	1,5	7,0	10
Nesespray* (R01AA05, R01AA07, R01AB06)	Nesetetthet ved forkjølelse	5,3	33,4	5,5
Cetirizin (R06AE07)	Allergimedisin	0,5	5,0	- 14

*omfatter virkestoffene oxymetazolin og xylometazolin (inkl komb med ipratropiumbromid)

Kvantum angitt i antall solgte reseptfrie pakninger, og i doser (Definerte Døgn Doser - DDD) og endring i doser forhold til 2014.

Tabell 2: Prosentandeler av reseptfritt salg i butikk i perioden 2010 – 2015. Kilde: Grossistbasert legemiddelstatistikk, Folkehelseinstituttet						
Virkestoff (varemerker)	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ibuprofen (Ibux®)	39 %	38 %	39 %	38 %	38 %	40 %
Paracetamol (Paracet®)	48 %	50 %	50 %	51 %	52 %	54 %
Nikotin (Nicorette®/Nicotinell®)	25 %	31 %	35 %	39 %	44 %	47 %
Xylometazolin (Otrivin®)	57 %	61 %	62 %	64 %	65 %	67 %
Xylometazolin/ ipratropiumbromid (Otrivin comp®)	-	-	-	20 %	30 %	35 %
Cetirizin (Zyrtec®)	8 %	10 %	19 %	23 %	23 %	26 %

Andre legemidler

Utvalget av legemidler som tas inn av dagligvarekjedene endrer seg lite selv om Statens legemiddelverk utvider listen over legemidler som tillates solgt utenom apotek. Totalt selges rundt tjue forskjellige varemerker i dagligvarehandelen. Legemidlene som vises i tabellene ovenfor utgjør 97 prosent av totalsalget i dagligvare i antall pakninger. Slimløsende hostesaft (Tussin®), reisesyketabletter (Postafen®), midler mot halsbrann/sure oppstøt (Pepcid®) og diaré (Imodium®) selges også i butikk.

Publisert: 23.02.2016, endret: 23.02.2016, 10:19

Referansekode i 'Helsrådet': HTJ 2016-5. Stikkord: Legemidler. Reseptfrie legemidler.

Stadig flere henvendelser om forgiftninger med paracetamol

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117854>.

I fjor kom 1558 henvendelser om forgiftninger med paracetamol til Giftinformasjonen ved Folkehelseinstituttet. Antall slike henvendelser øker hvert år. Dette gjelder også antall selvpåførte forgiftninger blant unge jenter fra 15 til 19 år.

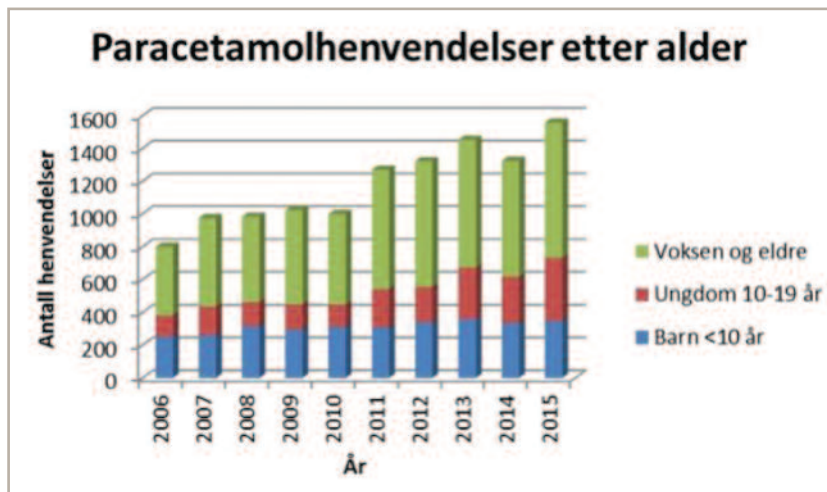
Giftinformasjonen har gjennom mange år hatt en økning i antall henvendelser om paracetamol. I 2015 hadde Giftinformasjonen 1558 henvendelser der paracetamol ble registrert som hoved-virkestoff. Det vil si at i disse henvendelsene er paracetamol det eneste som er tatt, eller at det er vurdert som det mest problematiske virkestoffet ved blandingsforgiftninger.

Tabell 1 Henvendelser om eksponering for paracetamol hos barn og voksne de siste ti årene

År	Akutte eksponeringer. Legemidlet er inntatt i løpet av under 24 timer	Spørsmål om bivirkninger	Eksponeringer ut over 24 timer	Totalt antall henvendelser
2015	1476	17	65	1558
2014	1248	15	60	1323
2013	1375	14	63	1452
2012	1253	10	58	1321
2011	1220	16	34	1270
2010	956	12	30	998
2009	987	11	23	1021
2008	955	9	18	982
2007	936	16	22	974
2006	774	10	16	800

Totalt antall henvendelser til Giftinformasjonen ved Folkehelseinstituttet har økt i samme periode, men ikke i samme grad som for paracetamol. I stolpediagrammet under (figur 1) er eksponeringene gruppert etter alder.

Figur 1. Paracetamolhenvendelser inndelt etter alder.



Eksponeringer hos barn under 10 år

Når Giftinformasjonen blir kontaktet om barn under 10 år som har fått i seg paracetamol, er det ofte fordi barna har funnet legemidlet i sitt nærmiljø. Det kan ha ligget i en håndveske, på badet, på nattbordet eller på kjøkkenbenken.

De minste barna utforsker sine omgivelser. Noen av disse tablettene er tilsatt smak (banan, jordbær, solbær), og erfaring tilsier at når smaken er god er det større risiko for at barn spiser mange tabletter. I aldersgruppen under 10 år var 70% av henvendelsene om barn mellom 1 og 4 år.

Giftinformasjonen får også mange henvendelser hvor foreldre har feildosert legemidler til barna. Det er heller ikke uvanlig at foreldrene gir barnet feil styrke, voksendose eller for eksempel dobbel dose fordi begge foreldrene gir legemiddel til barnet.

Uhellene hos barn blir sjelden behandlingstrengende. Noen barn blir henvist til lege/sykehus for å få medisinsk kull, og det kan være nødvendig å ta blodprøve av barnet på sykehus, for å kunne slå fast om barnet har fått i seg en farlig mengde paracetamol.

I 2015 ble det i 35 av henvendelsene om barn gitt råd om oppfølging hos lege eller på sykehus, ofte fordi det ikke kunne utelukkes at det var tatt en behandlingstrengende mengde. Av og til har innringer begrenset informasjon om hendelsesforløpet, og Giftinformasjonen ved Folkehelseinstituttet gir i slike tilfeller faglig råd og hjelp til å vurdere hva som bør gjøres.

Eksponeringer hos større barn og ungdom 10-19 år

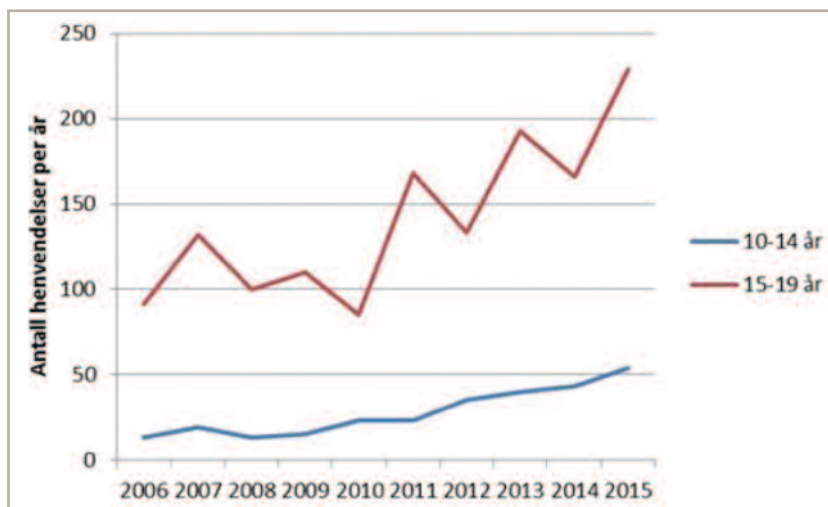
Henvendelser om paracetamol hos ungdom (10-19 år) dreier seg i stor grad om selvpåførte forgiftninger.

I denne sammenheng betyr det at legemidlet er tatt i hensikt å skade seg eller som rop om hjelp.

I 2015 var dette årsaken i 73,5 % av henvendelsene i denne aldersgruppen. Antall henvendelser om selvpåførte forgiftninger har steget kraftig i løpet av de siste årene.

Jenter er sterkt overrepresentert i ungdomsgruppen ved selvpåførte forgiftninger med paracetamol. I 2015 hadde Giftinformasjonen omtrent ti ganger så mange henvendelser om selvpåførte forgiftninger med paracetamol hos jenter som hos gutter. Antall henvendelser om jenter 10-19 år for de siste årene er vist i figur 2. For aldersgruppen 10-14 år er antall henvendelser så få at vi ikke kan konkludere med noen reell endring, få pasienter som gjentar handlingen kan lett slå tydelig ut på så få henvendelser.

Figur 2. Henvendelser om selvpåførte forgiftninger med paracetamol hos jenter/unge kvinner



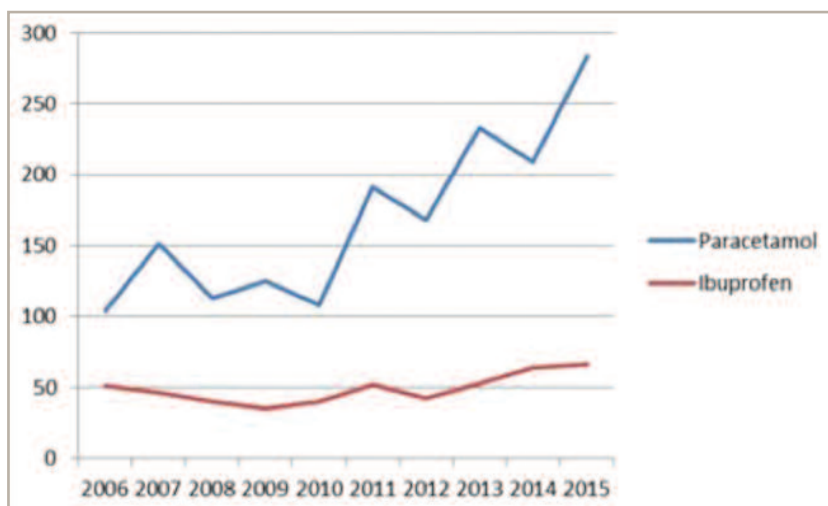
Fordi årsaken til eksponeringen hos ungdom oftere er selvforskyldt enn uhell, vil mengden de inntar være større og risikoen høyere enn for barn under 10 år.

I over 60 % av henvendelsene ble det vurdert at det var fare for moderat eller alvorlig forgiftning. Begge disse risikokategoriene krever oppfølging på sykehus.

Det er gode behandlingsmuligheter ved forgiftninger med paracetamol dersom behandling igangsettes raskt. Giftinformasjonens materiale viser ikke hvor mange som utvikler alvorlige symptomer, da vi oftest kun er involvert tidlig i forløpet.

Det er naturlig å sammenlikne henvendelser om paracetamol med ibuprofen, da begge disse legemidlene er vanlige smertestillende som kan kjøpes uten resept, og begge er tilgjengelige utenom apotek. Antall henvendelser om ibuprofen er vesentlig lavere enn paracetamol, og viser ikke samme økning (figur 3).

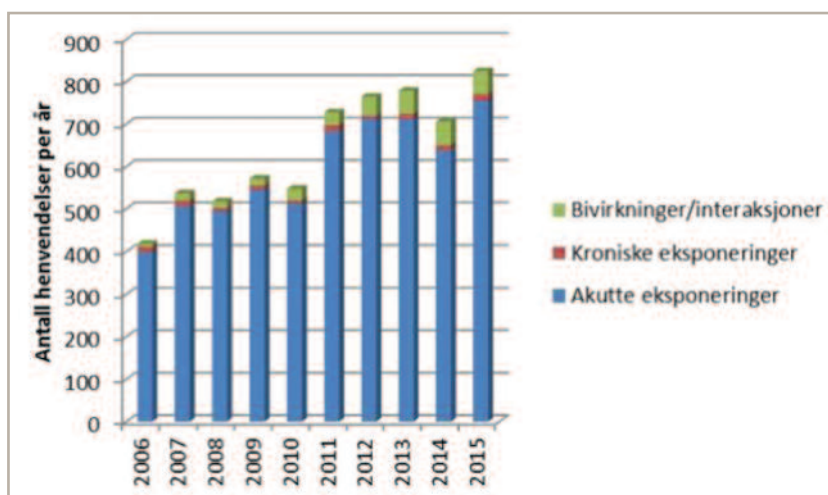
Figur 3. Selvpåførte forgiftninger med paracetamol og ibuprofen hos ungdom.



Eksponeringer for paracetamol hos voksne og eldre

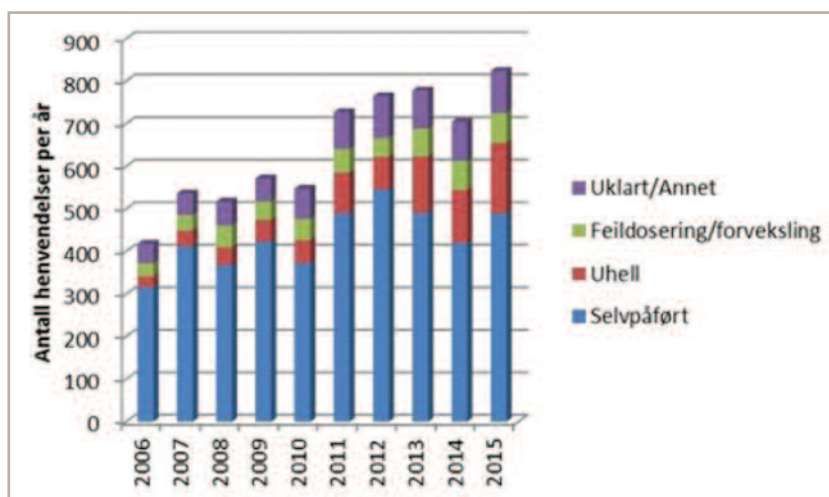
Henvendelsene om paracetamol hos voksne har også hatt en kraftig økning. Giftinformasjonen har i hovedsak henvendelser om akutte eksponeringer, som er inntak som strekker seg over mindre enn 24 timer.

Figur 4. Henvendelser om paracetamol hos voksne etter type eksponering



Det er flere henvendelser om eksponeringer hos kvinner enn menn, i 2015 utgjorde de 69,2 %. Selvpåførte forgiftninger utgjorde 59,3 % av totalt antall paracetamoleksponeringer i 2015 (se figur 5), og det ser ut som alle årsakskategorier har hatt en økning.

Figur 5. Årsak til henvendelser om paracetamol hos voksne (alle bivirkninger og kroniske eksponeringer i Uklart/Annet)



• [Fakta om paracetamol](#)

Viktige begrensninger ved tolkning av Giftinformasjonens rapporter om henvendelser.

Giftinformasjonens henvendelsesrapporter er ikke oversikt over forgiftninger i Norge. Trolig er det mange som ikke kontakter Giftinformasjonen ved Folkehelseinstituttet, men heller kontakter legevakt/AMK direkte.

Helsepersonell med erfaring fra slik forgiftningsbehandling vil ikke alltid ringe Giftinformasjonen, og mange sykehus bruker behandlingsanbefalingene som ligger tilgjengelig på Helsebiblioteket, uten å kontakte Giftinformasjonen per telefon.

Antall henvendelser tilsvarer ikke antall pasienter

Ved noen hendelser får vi flere henvendelser om samme hendelse. Derfor vil antall henvendelser være høyere enn antall pasienter. Dette vil ofte skje der en pasient er utsatt for noe alvorlig eller trenger langvarig behandling og vi blir kontaktet av både hjemmefra og fra legevakt ambulanse og sykehus.

Risikovurdering kan ha for høy alvorlighetsgrad

Giftinformasjonen setter risikovurdering ut fra eksponeringsmengde eller symptomer. Oftest kontaktes vi før det har blitt noen symptomer, og risikoen settes ut fra høyeste sannsynlige inntatte mengde.

I de tilfeller hvor pasienten kommer raskt under behandling vil den reelle alvorlighetsgraden ofte bli lavere enn risikovurderingen. Relativt ofte, særlig ved selvpåførte forgiftninger, er det inntatt flere legemidler. Da gjøres risikovurderingen ut fra helheten som er inntatt, ikke bare ett virkestoff.

Publisert: 17.02.2016, endret: 18.02.2016, 16:27

Referansekode i 'Helserådet': SKA 2016-6. Stikkord: Paracetamol. Forgiftninger.

Testing for zikafeber tilgjengelig i Norge

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117871>.

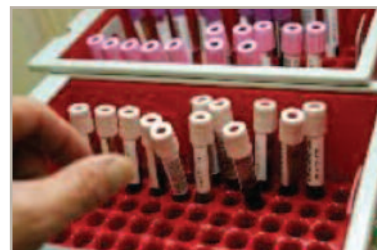
Serologiske undersøkelser for påvisning av zikavirus er nå også tilgjengelig på Folkehelseinstituttet. Fortsatt er det aktuelt å sende noen prøver til Folkhälsomyndigheten i Sverige.

Det er nå etablert serologiske tester ved Folkehelseinstituttet, men PCR-analyse vil ikke bli tilgjengelig før i løpet av noen uker. Nettsidene vil fortløpende oppdateres med informasjon om dette. Folkehelseinstituttet kan videreformidle prøver til Folkhälsomyndigheten ved behov.

- [Råd til helsepersonell om zikafeber](#)

Publisert: 18.02.2016, endret: 19.02.2016, 09:16

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-43. Stikkord: Zikafeber.



Løfter fram en ny brukerrolle i helsetjenesten

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117824>.

I Trento i Nord-Italia er brukere og familiemedlemmer ansatt i avdelingen for psykisk helse. Er dette noe for norsk helsetjeneste? Dette er blant spørsmålene som belyses under fem seminarer som arrangeres av Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet og Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon.



SAMMEN OM EN NY BRUKERROLLE: De løfter fram en ny rolle for brukerne av helsetjenester. Fra venstre: Berit Larsen (Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon – FFO), Renzo Destefani (representant fra Trento), Bent Høie (helse- og omsorgsminister), Anders Vege (Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet) og Arnfinn Aarnes (FFO). Foto: Helse- og omsorgsdepartementet

I Asker den 15. februar åpnet helse- og omsorgsminister Bent Høie en rekke av seminarer om hvordan helsetjenesten kan gjøre nytte av brukernes og pårørendes erfaringer for å bedre tilbudet til personer med psykiske lidelser.

Ser til Italia

Seminarene i Asker, Sandefjord, Kristiansand, Klepp og Molde retter oppmerksomheten mot en ny brukerrolle i norsk helsetjeneste. Det blir presentert eksempler på nyteknning, både fra Norge og Italia.

Representanter fra Trento i Nord-Italia presenterer sin modell, der brukere og familiemedlemmer er ansatt i avdelingen for psykisk helse, på lik linje med fagfolk. De kaller sin tilnærming «doing together», der brukere, pårørende, fagfolk og innbyggere arbeider sammen på en likeverdig måte for å skape kvalitet og tilfredshet.

Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet og Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon vil samle eksempler som kommer fram under seminarene og lage en publisasjon om en ny brukerrolle og brukervedvirkning på ulike nivåer.

Mye å lære av en likemann

En av arrangørene, seksjonsleder Anders Vege i Kunnskapssenteret, har fulgt med på hvordan den italienske modellen har utviklet seg over tid. Han er opptatt av at helsetjenesten tar brukernes kunnskap alvorlig.

– I den italienske modellen ansettes brukere innenfor området psykisk helse. Kan den være aktuell også innen andre områder?

– Selv om man under disse seminarene hører om psykisk helse, kan man se for seg at dette også kan være overførbart til ulike kroniske lidelser. Man kan for eksempel lage et system der en pasient som nettopp har fått en diagnose, like naturlig som å møte fastlegen, møter en som har erfaring i å leve med sykdommen, svarer Vege.

Seksjonslederen mener at en pasient kan lære mye av en likemann om hva som har påvirket helsen, både i positiv og negativ retning.

Statsråden vil flytte makt

Under seminaret i Asker understreket Bent Høie at hans mål er å skape pasientens helsetjeneste.

– Det betyr at det som er viktigst for brukere og pårørende skal være styrende for utviklingen av helsetjenesten. I Trento i Italia har de kommet langt i å gjøre pasienten og familien til aktive og likeverdige deltakere. Jeg tror vi har mye å lære av hverandre på tvers av landegrensene, sa Høie blant annet.

Han utdypet sitt syn på en ny brukerrolle på denne måten:

– For å skape pasientens helsetjeneste må vi flytte makt til brukerne og de pårørende. For mange i helse- og omsorgstjenesten betyr dette en stor snuoperasjon. Det innebærer endringer i kultur, holdninger og organisering. Både den som gir og den som mottar tjenester får nye roller.

Den italienske modellen

Representantene fra Trento i Nord-Italia er ikke i Norge bare for å bidra i seminarrekken om en ny brukerrolle. Også under helse- og omsorgsministerens årlige vintermøte i Asker den 15. februar for ledere i helsetjenesten og helseetatene presenterte de sin modell og erfaringene så langt. Under norgesoppholdet forteller de blant annet at fagfolk har fått en økende anerkjennelse av og respekt for den erfaringskompetansen som pasienter og pårørende besitter.

Dette har ført til at fagfolk, erfarne brukere og pårørende nå arbeider side om side i en lang rekke aktiviteter, grupper og arbeidsområder. Både hos fagfolkene og i befolkningen har det skjedd en viktig kulturendring. Synet på psykiske lidelser og hjelpetilbudet har endret seg betydelig.

[Her er en kort oppsummering av de viktigste aktivitetene i den italienske modellen.](#)

Publisert: 17.02.2016, endret: 17.02.2016, 11:28

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2016-6. Stikkord: Kvalitetssikring. Brukerrolle. Brukerperspektiv.

Ny temaside om zikafeber

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117845>.

Folkehelseinstituttet har opprettet en egen temaside om zikafeber på nettsidene. All informasjon om sykdommen, det pågående utbruddet på det amerikanske kontinentet, mikrokefali-situasjonen og reiseråd er samlet på disse temasidene.

Temasiden inneholder fakta om zikafeber, råd til gravide, råd til helsepersonell, reiseråd, spørsmål og svar samt nyheter.

- [Temasiden om zikafeber](#)

Publisert: 16.02.2016, endret: 17.02.2016, 09:09

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-44. Stikkord: Zikafeber.

Problemene med antibiotikaresistente bakterier øker i hele Europa

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117795>.

I den årlige rapporten fra EFSA og det europeiske smittevernssenteret (ECDC), kommer det frem at bakterier som er resistente mot de vanligste antibiotikakategoriene, er et økende problem i Europa. I EU-området dør det årlig om lag 25 000 personer som følge av infeksjoner med resistente bakterier.

Det slås særlig alarm om at *Campylobacter*-bakterier som ofte medfører matbårne infeksjoner, er resistente mot antibiotikakategoriene ciprofloksacin.



– Det er alvorlig når vi har færre antibiotika å velge mellom mot såpass vanlige bakterier, sier overlege Martin Steinbakk ved avdeling for bakteriologi og infeksjonsimmunologi ved Folkehelseinstituttet.

– Dette er problemer det er mulig å forebygge, men det krever at helsemyndigheter og helsepersonell i alle land tar oppgaven med å redusere bruk av unødvendig antibiotika alvorlig, sier han.

Nord i Europa er problemet mindre enn i Sør-Europa, i hovedsak fordi bruken av antibiotika til dyr er mindre her.

Norges situasjon beskrives mer detaljert i [NORM-VET-rapporten 2014](#). Der ser man at for pasienter smittet utenfor Norge var 77 prosent av *Campylobacter*-bakteriene resistente mot ciprofloksacin. For personer antatt smittet i Norge var 27,5 prosent av *Campylobacter*-bakteriene resistente.

– Situasjonen er bedre for oss som bor i nord enn for land lengre sør i Europa, men vi har alle en skjør situasjon som krever at vi tar dette på stort alvor, sier Steinbakk.

Publisert: 11.02.2016, endret: 11.02.2016, 14:53

Se også:

- [Antimicrobial resistance on the rise in the European Union, EFSA and ECDC warn.pdf](#)
- [Scientific report: The European Union Summary Report on antimicrobial resistance in zoonotic and indicator bacteria from humans, animals and food in 2014.pdf](#)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2016-45. Stikkord: Antibiotikaresistens.

Folkehelseprofiler for bydeler 2016 er publiserte

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117833>.

Folkehelseprofiler 2016 for bydeler i byene Oslo, Bergen, Stavanger og Trondheim er nå tilgjengelige for nedlasting fra Folkehelseinstituttets nettsider. Det er andre gang instituttet presenterer profiler for bydeler i de fire største byene.

Folkehelseprofiler for bydeler 2016 supplerer folkehelseprofilene for kommunene 2016 som ble publisert forrige uke.

- Direkte til nedlastingssiden: [Hent profil for bydel og kommune](#)

Nytt i bydelsprofilene i år, sammenliknet med 2015

Folkehelseprofilene for bydeler tar utgangspunkt i folkehelseprofilen for kommuner når det gjelder indikatorer og temaområder.

Følgende indikatorer på side 4 i bydelsprofilene 2016 ble ikke vist i 2015-profilene:

1. Indikatorer fra Ungdata-undersøkelsen for bydeler i Oslo og Stavanger. For Bergen og Trondheim er ikke Ungdata-tall tilgjengelige i profilene, enten fordi det ikke ble spurt om bydelstilhørighet i undersøkelsen eller av andre årsaker. Mer om [Ungdata-tallene](#) i folkehelseprofilene.
2. Data fra Kreftregisteret når det gjelder lungekreft og tykk- og endetarmskreft.
3. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre.
4. Befolkning i yrkesaktiv alder.

Forskjeller mellom bydelsprofiler og kommuneprofiler

I bydelsprofilene er det 30 indikatorer, mens det for kommuner er 34. I bydelsprofilene markeres ikke nivået for de 10 beste kommunene.

Følgende tall finnes i kommuneprofilene, men ikke i bydelsprofilene:

1. Tall på sykehusinnleggelser fra Norsk pasientregister.
2. Tall på legemiddelbrukere.
3. Tall på overvekt fra vernepliktsverket.

Følgende tall finnes i bydelsprofilene, men ikke i kommuneprofilene:

1. Befolkning i yrkesaktiv alder (se [Kommunehelse statistikkbank](#) for kommunetall).
2. Innvandrere (se [Kommunehelse statistikkbank](#) for kommunetall).
3. Overvekt fra MFR (se [Kommunehelse statistikkbank](#) for kommunetall).

Bruerveiledning

Folkehelseprofilene for bydelen er utformet for å hjelpe lokale myndigheter til å identifisere ressurser og folkehelseutfordringer. Bydelsstatistikken gir informasjon om variasjoner mellom ulike bydeler og kan være nyttig i kommunens planlegging og prioritering. Indikatorene bør tolkes i lys av lokal kunnskap og annen informasjon.

- [Bruerveiledning for folkehelseprofiler](#)
- [Om statistikken i folkehelseprofilene for bydelene 2016](#)
- Om [Ungdata-tallene](#) i folkehelseprofilene.

Bydelskart Oslo, Stavanger, Bergen og Trondheim

Figurene til venstre og på neste side viser kart med bydelsinndelingene for de fire aktuelle byene,. Figurer: Folkehelseinstituttet.

Oslo:



Stavanger:



Bergen:



Trondheim:



Publisert: 15.02.2016, endret: 16.02.2016, 09:49

Referansekode i 'Helserådet': HST 2016-8. Stikkord: Bydelsprofiler.

Kvalitetsforbedring

Sykehus tok grep og bedret pasientenes overlevelse

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117726>.

Pasientene ved Sørlandet sykehus Kristiansand hadde tidligere gjennomsnittlig lavere overlevelse enn pasienter ved andre sykehus. Sammen med Kunnskaps-senteret identifiserte sykehuset de livstruende tilstandene som sterkt påvirket dødeligheten og tok grep – med godt resultat.

Fra 2010 til 2013 skåret Sørlandet sykehus Kristiansand dårligere på målingene av 30-dagers overlevelse enn mange andre sykehus, men i [den nyeste kvalitetsmålingen med tall fra 2014](#) skiller det seg ikke lenger ut negativt.

Blant annet påvirket blodforgiftning og lungebetennelse dødeligheten i stor grad, men så satte sykehuset inn flere tiltak for å oppdage og behandle en negativ sykdomsutvikling tidlig. Resultatet lot ikke vente på seg.

– Det er nettopp slik vi tenker at sykehusene kan bruke resultatene fra våre kvalitetsmålinger. Det er viktig at den som kjenner hvor skoen trykker foretar



Sørlandet sykehus Kristiansand skåret lavere enn gjennomsnittet i de årlige kvalitetsmålingene av 30-dagers overlevelse, men i 2014 snudde det. Foto: Sørlandet sykehus

ytterligere analyser av våre tall og setter inn skreddersydde tiltak, sier avdelingsdirektør Anne Karin Lindahl ved Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet.

Les også: [Bedre overlevelse blant pasienter i norske sykehus](#)

– Negative tall vanskelig å ta innover seg

Kunnskapssenteret har gjennomført årlige kvalitetsmålinger av 30-dagers overlevelse siden 2010. De tre første årene skåret Sørlandet sykehus Kristiansand betydelig lavere enn gjennomsnittet, men i 2014 snudde det.

– Det første året med negativt avvik på totaloverlevelse var vanskelig å ta innover seg: vi diskuterte tallmaterialet og metodebruk. I den forbindelse hadde vi hadde tett kontakt med Kunnskapssenteret som stilte opp for å møte ledere og fagfolk i Kristiansand, forteller sykehusets fagdirektør Per Engstrand.

I dag understreker han at indikatoren 30-dagers totaloverlevelse kan være et varsel om at noe kan være galt i pasientforløpet – fra pasientene legges inn i sykehuset til kommunen har overtatt oppfølgingen. Gjennomsnittlig liggetid for sykehuset er under fire døgn, så kommunens oppfølging fanges også opp av denne indikatoren.

– Det kan derfor være vanskelig å konkludere hvor i 30-dagerforløpet utfordringen ligger, sier fagdirektøren.

Fant fram til risikopasientene

Ved diagnosespesifikke overlevelsestill – som ved hjerteinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd – kan fagfolkene se overlevelsestillene i sammenheng med prosedyrer og veiledere. Det kan man ikke ved totaloverlevelse, som viser hvor stor andel av alle pasientene som er i live 30 dager etter innleggelse.

– Vi rettet derfor innsatsen mot pasienter med høy risiko, uansett diagnose. Vi har nå etablert et system for tidlig identifisering av livstruende tilstander –TILT, der vi systematisk overvåker pasientene. Når risikoskåren når en gitt verdi, reagerer vi med en gang med relevante tiltak, sier Engstrand.

TILT er innført ved de fleste sengeenheter ved hele Sørlandet sykehus HF og ved noen sykehjem.

– Forbedringen for totaloverlevelse i Kristiansand er svært hyggelig, resultatet er likedan også når vi beregner overlevelsen med den statistiske metoden som ble benyttet tidligere. Vi tror derfor at TILT ved siden av andre tiltak har bidratt til det gunstige resultatet, sier fagdirektøren.

Gode resultater etter hjerteinfarkt

Sykehuset i Kristiansand har også gode resultater for førstegangs hjerteinfarkt. Fra 2012 til 2014 har antall pasienter som er i live 30 dager etter innleggelsen økt med omtrent fem prosentpoeng.

– Hva er suksessoppskriften, Engstrand?

– Vi har vært gode til å følge nasjonale og internasjonale anbefalinger for infarktbehandling.

– For hjerneslag og hoftebrudd ser det ut til at dere ligger litt under gjennomsnittet for alle sykehus. Hvilke tiltak har dere ertet her?

– Vi ser nærmere på dette tallmaterialet og vurderer hvordan hele pasientforløpet kan forbedres, svarer fagdirektøren.

Bildene av sykehuset og Per Engstrand er tatt av fotograf ved Sykehuset Sørlandet.

Publisert: 09.02.2016, endret: 15.02.2016, 16:42

Årlige publikasjoner om overlevelse

Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet presenterer årlig publikasjoner om kvalitetsindikatorer for 30-dagers overlevelse etter innleggelse i sykehus:

Totaloverlevelse og overlevelse ved førstegangs hjerteinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd.

Disse indikatorene er blant mange andre som sykehusene bruker i sitt kvalitetsarbeid.

[Alle kvalitetsindikatorer er publisert samlet på HelseNorge.no](#)

[Les mer om kvalitetsindikatorer og kvalitetsmåling også hos Kunnskapssenteret](#)

Referansekode i 'Helserådet': KVA 2016-3. Stikkord: Sykehusbehandling. Overlevelse.

Hjerte- og karregisteret 2014:

Over 1200 fikk ablasjonsbehandling for hjerteflimmer

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117781>.

I 2014 ble over 26 000 pasienter med forkammerflimmer i hjertet undersøkt eller behandlet på norske sykehus. Om lag 1200 fikk såkalt ablasjonsbehandling, viser tall fra Hjerte- og karregisteret ved Folkehelseinstituttet.

Det var betydelig variasjon mellom kvinner og menn og mellom helseregionene når det gjelder andel pasienter som fikk ablasjonsbehandling.

- [Atrieflimmer: Tall fra Hjerte- og karregisteret 2014](#)

Publisert: 11.02.2016, endret: 11.02.2016, 09:46

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2016-7. Stikkord: Flimmer. Forkammerflimmer. Hjertesykdom.

Kvalitetsforbedring

Brukerne viktige i læringsnettverk om pasientforløp

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117626>.

Brukerne og deres organisasjoner er en ressurs som bør trekkes inn i planleggingen og gjennomføringen av læringsnettverk, viser en evaluering av pasientforløp ved psykisk helse og rus. Slike nettverk benyttes i forbedringsarbeid, blant annet i helsetjenesten.

Dette framgår av den nye publikasjonen «[Sentrale elementer i læringsnettverket for gode pasientforløp ved psykiske problemer og rus](#) Notat om kvalitetsutvikling nr. 3» fra Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet.

I gode pasientforløp samhandler og kommuniserer de ulike tjenestene innen kommune- og spesialisthelsetjenesten med hverandre på en slik måte at brukeren eller pasienten opplever et helhetlig tilbud.

Hva er et læringsnettverk? Se nederst i denne artikkelen.

Dette læringsnettverket som var i regi av KS tok utgangspunkt i samhandlingsreformen og primærhelsemeldingen. Et av målene var at pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig hjemmet. Læringsnettverk brukes både i nasjonale og lokale satsinger for å forbedre ulike områder i helsetjenesten, [også innen tjenester for eldre og kronisk syke](#).

Brukerne bør trekkes inn

Den viktigste lærdommen er at brukerne og deres organisasjoner er en ressurs som med fordel kan trekkes inn i planleggingen og gjennomføringen av læringsnettverk.

– Det er dessuten viktig å finne ut om metoden faktisk fører til at nettverkene når de målene de setter seg. Vi anbefaler derfor å legge inn midler på forhånd til forskning for å følge nye læringsnettverk, foreslår Kunnskapssenterets prosjektleder, [seniorrådgiver Toril Bakke](#).

Spurte også fagfolkene

Prosjektet hadde ikke midler til å engasjere et eksternt forskningsmiljø til å måle om pasientforløpene faktisk ble bedre av læringsnettverket, men økonomien gjorde det likevel mulig å evaluere ved hjelp av den dialogbaserte evalueringsmetoden [BrukerSpørBruker](#) (BSB).

Det ble gjennomført kvalitative intervjuer med tjenesteutøvere og brukerrepresentanter i seks ulike forbedringsteam i kommunene. En elektronisk spørreundersøkelse ble utført i de andre kommunene som deltok i læringsnettverket.

Evalueringen viser at brukerrepresentantene ga verdifulle bidrag i utvikling av tjenestene. Den viser også at de i all hovedsak opplevde å bli godt inkludert i læringsnettverket og å bli tatt alvorlig.



LÆRINGSNETTVERK: Den viktigste lærdommen er at brukerne og deres organisasjoner er en ressurs som med fordel kan trekkes inn i planleggingen og gjennomføringen av et læringsnettverk. Illustrasjonsfoto: Colourbox

Likeverdig samarbeid

En av suksessfaktorene var at samarbeidet ble opplevd som likeverdig mellom tjenesteutøverne og brukernes representanter, men evalueringen har også avdekket at det var en utfordring å rekruttere brukerrepresentanter.

– Hva kan dette skyldes?

– Det ser blant annet ut til at kommuner uten etablerte brukerorganisasjoner hadde størst vansker med å rekruttere brukerrepresentanter til læringsnettverket, svarer Toril Bakke.

Hva er et læringsnettverk?

Læringsnettverk er et begrep som benyttes om mange ulike former for felles kompetanseutvikling mellom profesjoner og organisasjoner. Her er noen kjennetegn:

- Deltakerne har et felles område som de ønsker å forbedre.
- Under samlinger deles ideer og man lærer av hverandre.
- Deltakerne utvikler en felles faglig plattform.
- Mellom samlingene arbeider deltakerne systematisk med å forbedre det valgte området.

Kilde: «[Sentrale elementer i læringsnettverket for gode pasientforløp ved psykiske problemer og rus](#). Notat om kvalitetsutvikling nr. 3», Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet, februar 2016.

Publisert: 01.02.2016, endret: 08.02.2016, 13:06

Dette læringsnettverket

[Læringsnettverket for gode pasientforløp ved psykiske helse- og/eller rusproblemer](#) i regi av KS omfattet 61 kommuner og var inndelt geografisk i fem nettverk:

- Nord-Norge med samlinger i Tromsø
- Sør-Norge og Vestlandet med samlinger i Stavanger
- Østlandet med samlinger på Gardermoen (to nettverk)
- Midt-Norge med samlinger på Værnes

Kommunene som deltok ønsket å utvikle gode pasientforløp, ettersom manglende samhandling mellom tjenester er blant de viktigste utfordringene ved disse problemene.

Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, KS og Kunnskapssenteret besluttet i 2013 å gjennomføre nasjonale læringsnettverk for utvikling av gode pasientforløp.

Se også:

- [Håndbok i læringsnettverk](#)
- [Læringsnettverk som verktøy i kvalitetsforbedring - en oppsummering av forskning og erfaring](#)
- [2016 - Sentrale elementer i læringsnettverket for gode pasientforløp ved psykiske problemer og rus](#)

Referansekode i 'Helserådet': KVA 2016-4. Stikkord: Læringsnettverk. Brukermedvirkning. Pasientforløp.

Ny prosedyre for å stabilisere mulig nakke- eller ryggskade

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=117926>.

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2016-8. Stikkord: Nakkeskade. Ryggskade.