

Postboks 7004, St. Olavs plass
0130 Oslo

HELSE RÅDET

R A P P O R T

NYTT FRA EMNEBIBLIOTEK FOR SAMFUNNSMEDISIN OG FOLKEHELSEARBEID –
HELSEBIBLIOTEKET – NASJONALT KUNNSKAPSSENTER FOR HELSESTJENESTEN

16/12

7. september 2012
20. årgang

ISSN 0806 - 7457

Nå også med nytt fra
Folkehelseinstituttet!

Veier til vår tid.....

30 år siden vi fikk kommunehelsetjenesteloven

På dagen, den 19. november 2012, skuer vi tilbake og spør oss selv:

- **Hvorfor fikk vi denne loven?**
 - 1970-tallet: Farvel med systemet Evang (Ole Berg)
 - NOU 10/79 og 28/79 (Hans Ånstad)
- **Hvordan ble loven?**
 - Fra Ot. prop 36 (1980-81) til Ot. prop. 66 (1981-82) (Leif Arne Heløe)
- **Senere tillegg og forbedringer**
 - NOU 1984:28 Helserådstjenesten og Ot. prop. nr. 40 (miljørettet helsevern) (Anders Smith)
- **Erfaringer underveis**
 - Røynslemeldinga – de første fem årene (Tor Inge Romøren)
 - Virkningene av rammefinansiering (Tor Borgenvik)
- **Hva skjedde ellers i samfunnet?**
 - Andre endringer og lover på 1980- og 90 tallet
 - Spesialitetene i allmenntilleggsmedisin og samfunnsmedisin
 - Lov om helse- og sosialstyre
 - Sykehjemsreformen
 - HVPU-reformen
 - Smittevernloven
 - Den sentrale helseforvaltningen på 1990-tallet (Ole Berg)
 - Nye trender i samfunnet (Ole Berg)
 - Hvor ble det av bedriftshelsetjenesten? (Arve Lie)
 - Endringene omkring årtusenskiftet
 - Psykisk helsevernlov
 - Pasientrettighetsloven
 - Helsepersonelloven
 - Spesialisthelsetjenesteloven
 - Fastlegeordningen
- **Hva har kommunehelsetjenesteloven bidratt til?** (Bjørn-Inge Larsen)
- **Hva har loven betydd for de nye lovene som vi fikk fra 1. januar 2012?** (Bjørn-Inge Larsen)

Det inviteres til seminar om kommunehelsetjenesteloven i Helsedirektoratet, Universitetsgaten 2, mandag 19. november kl. 10.00 – 16.00.

Det serveres stående lunsj utenfor auditoriet. Ingen deltageravgift, men påmelding må sendes til seniorrådgiver Marianne Bjerke, avd. lokalt folkehelsearbeid innen 5. november: e-post: mabje@helsedir.no, tlf. 24 16 39 56, mobil 915 37134.



FORSKRIFT OM OVERSIKT OVER FOLKEHELSEN

Helse- og omsorgsdepartementet har fastsatt forskrift om oversikt over folkehelsen. Forskriften er hjemlet i folkehelseloven og gir rammene for kommunenes og fylkeskommunenes oversikter over folkehelsen. Et målrettet, kunnskapsbasert og systematisk folkehelsearbeid krever god kunnskap. Forskriften trer i kraft 1. juli 2012.

I tillegg til å regulere kommunenes og fylkeskommunenes arbeid, vil forskriften gi bestemmelser om Nasjonalt folkehelseinstitutt's oppgave i å bistå med data fra nasjonale kilder gjennom utforming av folkehelseprofiler og etablering av statistikkbank.

- Vi må rette oppmerksomhet mot de grunnleggende samfunnsforhold som påvirker helse og sykdom og at dette legges til grunn i politikk og samfunnsutvikling, sier helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen.

Forskriften presiserer at oversiktene skal inneholde opplysninger om bakenforliggende faktorer som oppvekst- og levekårsforhold, som for eksempel bolig, utdanning, arbeid og inntekt, og om fysisk og sosialt miljø mv. Forskriften presiserer videre at kommuner og fylkeskommuner skal ha løpende oversikt. I tillegg skal det hvert fjerde år utarbeides et samlet oversiktsdokument som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet. Dette dokumentet skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategier etter plan- og bygningsloven.

Selve forskriftsteksten lyder slik:

Hjemmel: Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 28. juni 2012 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven) § 5, § 8, § 21 og § 25 og lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer § 7-11.

§ 1. Formål

Forskriften skal legge til rette for systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Forskriften skal bidra til samordning og standardisering av arbeid med oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne.

§ 2. Virkeområde

Forskriften gjelder:

- kommunenes og fylkeskommunenes arbeid med oversikt etter folkehelseloven § 5 og § 21 og
- Nasjonalt folkehelseinstitutt's arbeid med å gjøre tilgjengelig opplysninger etter folkehelseloven § 25 annet ledd.

§ 3. Krav til oversiktens innhold

Oversikten skal omfatte opplysninger om og vurderinger av:

- befolknings sammensetning
- oppvekst- og levekårsforhold
- fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- skader og ulykker
- helserelatert atferd
- helsetilstand.

Med oppvekst- og levekårsforhold menes for eksempel økonomiske vilkår, bo- og arbeidsforhold og utdanningsforhold. Med helse-relatert atferd menes for eksempel fysisk aktivitet, ernæring, bruk av tobakk og rusmidler.

Oversikten skal inneholde faglige vurderinger av årsaksforhold og konsekvenser og identifisere ressurser og folkehelseutfordringer lokalt og regionalt. Kommunen og fylkeskommunen skal være særlig oppmerksomme på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. I kommuner der det er grunn til å anta at det foreligger spesielle folkehelseutfordringer for den samiske befolkning, skal disse vurderes.

§ 4. Løpende oversiktsarbeid

Kommuner og fylkeskommuner skal løpende ha oversikt over folkehelsen. Den løpende oversikten skal dokumenteres på hensiktsmessig måte som en del av ordinær virksomhet.

§ 5. Krav om oversiktsdokument hvert fjerde år

Kommuner og fylkeskommuner skal utarbeide et samlet oversiktsdokument hvert fjerde år som skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet. Oversiktsdokumentet skal foreligge ved oppstart av arbeidet med planstrategi etter plan- og bygningsloven § 7-1 og § 10-1. Oversiktsdokumentet skal ikke inneholde opplysninger som kan knyttes til enkeltpersoner, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 1.

Kommunen skal samarbeide og utveksle informasjon med fylkeskommunen i arbeidet med oversiktsdokumentet. Fylkeskommunen skal understøtte kommunene, samarbeide og utveksle informasjon med kommunene i arbeidet med sitt oversiktsdokument.

§ 6. Opplysninger fra Nasjonalt folkehelseinstitutt

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal gjøre opplysninger fra nasjonale kilder tilgjengelige som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes arbeid med oversikter. Oppgaven omfatter blant annet å:

- utarbeide og presentere folkehelseprofil for hver enkelt kommune og fylkeskommune i løpet av første kvartal hvert år og
- etablere og oppdatere en statistikkbank.

§ 7. Fylkeshelseundersøkelser

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal legge til rette for samordning av fylkeshelseundersøkelser blant annet ved å gjøre tilgjengelig maler for innhold og gjennomføring av slike undersøkelser.

Fylkeskommuner som gjennomfører fylkeshelseundersøkelser bør benytte maler etter første ledd.

§ 8. Informasjon og medvirkning

Oversiktsdokument etter § 5 og folkehelseprofil etter § 6 skal være allment tilgjengelig slik at frivillige organisasjoner og befolkningen får tilgang til informasjon som grunnlag for å medvirke i beslutningsprosesser av betydning for folkehelsen.

§ 9. Ikrafttredelse

Forskriften trer i kraft 1. juli 2012.

For å lese merknader til forskriften: gå inn på Lovdata.no, søk under Helse- og omsorgsdepartementet, skriv: Oversikt over folkehelsen.

Helsedirektoratet arbeider for tiden med en veileder til denne forskriften. Kontaktperson: Pål Kippenes, avd. lokalt folkehelsearbeid.

Referansekode i 'Helserådet': HRE 2012 – 4

Stikkord: Folkehelseloven. Smittevernloven. Oversiktsforskriften.

DET EVIGE TEMA: FOLK SOM ROTER OG SKROTER HJEMME

Nedenfor gjengis et notat som jurist **Morten Frantze** skrev etter en telefonsamtale med en psykiatrisk sykepleier i et ambulerende psykiisk helseteam i en kommune i juli:

Sykepleierens problemstilling: To voksne personer med aktuelt alkoholmisbruk, men som ikke kvalifiserer for tvangstiltak etter lovgivningen om psykisk helsevern, og en hund bebor eget eid, forfallent, lite hus i en husklynge der det bare er ca. 3 meter til nabo. Sykepleieren beskriver de hygieniske forholdene i det lille, forfallede huset som ille. Toalettet fungerer ikke, hun bruker uttrykkene «avføring oppetter veggene» og svinesti, dusjen er uhygienisk, det er fluer i huset, det er lukt innendørs, og (noen av) naboene mener det er et tidsspørsmål før de blir eller kan bli plaget av dette, ev. i form av rotter. Beboerne makter ikke ordne opp. De har penger, men bruker dem på annet enn hygiene. Når en del av boligen blir ubeboelig, flytter de videre til en annen del. Beboerne av det tilgriset huset har hudproblemer + urinveisinfeksjon. Om man mener at de har pådratt seg dette bl.a. pga uhygien, er uklart for meg, men i hvert fall blir vel ikke slike helseproblemer bedre av de beskrevne uhygieniske forholdene.

Hunden er møkkete og har mistet pels, men beskyttes av annen lovgivning. Dyrebeskyttelsen har tatt affære, sendt varsel til hus- og hundeeierne at hunden vil bli hentet hvis de ikke ordner opp rundt den. Kommunelegen mener imidlertid, så vidt jeg forstår sykepleieren, at det ikke er hjemmel for tiltak/ virkemiddelbruk i regelverket om miljørettet helsevern. Et tilsynelatende paradoks altså.

Jeg har nevnt for sykepleieren

- At kommunen selv må vurdere tiltak/ virkemidler, og at vi bare kan gi generelle råd/ generell veiledning
- Muligheten for bruk av «helsediplomati»: å snakke grundig med beboerne uten å drive myndighetsutøvelse i snever forstand. I forhold til alkoholmisbrukere kan dette riktignok være vanskeligere.
- Kort om forholdet mellom folkehelselov og forskrift – forskriftens avvisning av slike problemstillinger, men lovens åpning for rettingsvedtak ved særlig klar hygienisk begrunnelse
- At folkehelselovgivningen i prinsippet stopper ved dørterskelen med mindre naboer eller andre uforstående kan bli plaget
- At hygieniske ulemper også i uteområdet der naboer ferdes, er relevant etter folkehelselovgivningen
- At hvis det bare er et tidsspørsmål før naboene blir eller kan bli plaget av lukt mv., blir spørsmålet om man kan tolke og anvende folkehelselovens rettingsbestemmelse dynamisk. Som parallell nevnte jeg at man ikke behøver vente med rettingsvedtaket inntil en virksomhet som åpenbart vil overskride støygrensene i forhold til omgivelsene, faktisk er igangsatt. Interessant problemstilling dette med tanke på de «private tilgrisingssakene». Jeg nevnte

også at jeg selv til en viss grad stiller meg åpen for rettslig/prinsipielt å benytte virkemidlet retting i et tilfelle som dette, jf. føre vår prinsippet, fra et visst tidspunkt av som kommunen naturligvis må vurdere.

- At det i alle fall må foretas en forholdsmessighetsvurdering hvis man tenker å bruke rettingsparagrafen.

At huset er umalt og forfaller jevnt og trutt til estetisk ulempe for omgivelsene, faller utenfor vårt myndighetsområde, sa jeg også, og nevnte helt kort muligheten for såkalte privatrettslige strøkservitutter. Dersom forfallet går utover isolasjon/ varme for beboerne, kunne det være et tilleggsmoment i den totale vurderingen av rettingsspørsmålet.

I ettertid av telefonsamtalen med sykepleieren kom jeg på spørsmålet om det har noen hensikt å kreve retting overfor to rusmisbrukere. Bruk av tvangsmulkt overfor to initiativløse rusmisbrukere vil kunne virke uetisk, og mulkten vil ikke kunne fastsettes ut fra rent rusmiddelpolitisk hensyn. Stansning, i motsetning til retting, hjemler bistand fra politiet. Men da må man for det ene tolke begrepet stansning vidt, for det annet er kravet om overhengende helsefare strengt, og for det tredje følger det etiske dilemmaet med på lasset: Stansning er et midlertidig tiltak inntil forholdene rettes, jf. mulighetene over for retting. Law in books and law in action.

Skadedyrbekjempelsesforskriften (forskrift 2000 nr. 1406 hjemlet i folkehelseloven og smittevernloven) representerer vel et unntak fra hovedregelen om at vår lovgivning stanser ved den private dørterskelen. Etter § 2-3 kan kommunen pålegge eier eller bruker av bygning mv. å iverksette nødvendige tiltak for å forebygge og eventuelt oppdage forekomst av skadedyr eller når forekomst av skadedyr tilsier dette. Og vel å merke siste setning i paragrafen: «Dersom pålegget ikke følges, kan kommunen gjennomføre pålegget for eiers eller brukers regning.» Rotter ser ut til å gå inn under definisjonen av skadedyr i forskriftens § 1-3. Hva som er «nødvendige tiltak for å forebygge og eventuelt oppdage forekomst av skadedyr», er både et hygiene- og et juridisk spørsmål. Jf. forholdsmessighetsprinsippet.

Kan man ved helsediplomati bevege rusmisbrukerne til å flytte til kommunal bolig hvis slik finnes? Kriterier for tildeling av kommunal bolig - bare for «fattige»? Sykepleieren nevnte selv at privat hygiene er lettere å håndtere i kommunalt eide boliger. Jf. føre vår; heller ikke bygningsmessig forfall virker antakelig gunstig på den totale helsesituasjonen for disse beboerne på sikt. At beboerne ifølge sykepleieren i dag er brukere av kommunale tjenester etter helse- og omsorgslovgivningen, kan gi kommunen visse muligheter i en forhandlings situasjon med beboerne.

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2012 – 17

Stikkord: Bolighygiene. Frantze Morten.

SKAL UFAGLÆRTE IVARETA MILJØRETTET HELSEVERN?

Fra Kompass:

Dag-Helge Rønnevik, kommuneoverlege Bokn og Karmøy kommuner:

På Haugalandet vedtok kommunene i fjor å legge ned det interkommunale samarbeidet "Haugaland Miljørettet Helsevern" – de største kommunene syntes ikke de fikk nok ut av samarbeidet. Vi er derfor tilbake til en situasjon der kommunene selv må ivareta dette fagfelget.

Det virker å være en tendens at kommunene nå flytter dette arbeidet over på de nye folkehelsekoordinatorene.

Rett nok er MHV lagt inn i folkehelseoven nå, men jeg er skeptisk til denne arbeidsfordelingen, og dimensjoneringen av ressursene i kommunene. Jeg tror ikke kommunene prioriterer dette nok (det har de kanskje aldri). Faktum er at folkehelsekoordinatorene har svært ulik bakgrunn, noen er farmasøyer, noen er helsesøstre mens andre kan være siviløkonomer. I grunnen setter man ufaglærte til å ivareta dette arbeidet, om vi setter det på spissen. Er det godt nok?

Det finnes flere gode eksempler på gode interkommunale modeller innen MHV, det har jeg sett.

Er det noen som har klare formeninger om hvilke ressurser en kommune på la oss si 40.000 innbyggere bør sette av for å ivareta MHV (saksbehandling, tilsyn, befaringer, revisjonsrunder osv)? Hvilke ressurser bør jeg som kommuneoverlege forvente jeg har til disposisjon av teknisk-hygienisk personell osv? Finnes det en "nasjonal norm" for dette, eller anbefalinger?

Stort tema, sikkert vanskelig å svare på...Men takknemlig om noen prøver!

Egil Bjørløw, helsesjef Stavanger kommune:

Det er etter mitt syn synd at dere legger ned det interkommunale samarbeidet innen miljørettet helsevern. Vi utredet dette for noen år siden, vi har et vedtak på at vi i Sør-Rogaland skal opp til 12 hele stillinger innen dette feltet i vår region. Etter min vurdering er interkommunalt samarbeid viktig, både for små kommuner med i utgangspunktet liten personalressurs til dette, og for å få et større fagmiljø. For min del er det også et selvstendig poeng at man med IKS kan oppnå likebehandling av aktører i ulike kommuner (for eksempel utesteder i ulike kommuner og tobakkskadelovens bestemmelser om uteserveringer).

Her er en liten oversikt vi lagde for et år siden:

Bemanning i andre kommuner pr 01.01.11

Kommuner	Kom.	Innb.	Still.	Innb.pr årsv. 2011	Innb.pr årsv. 2008
Indre Østfold	10	56 000	4,0	14 000	18 000
Gjøvikregionen	5	70 000	4,0	17 500	27 000
Trondheim	1	173 000	8,0	21 625	25 000
Salten	11	79 500	3,0	26 920	30 000
Bærum	1	115 000	4,0	28 750	26 000
Vestfold	11	150 000	5,0	30 000	28 000
Sør-Rogaland	17	324 000	10,0	32 400	44 000
Bergensområdet	7	300 000	6,0	50 000	48 000

Etter denne tabellen vil du for 40 000 behøve 0,8-2,9 stilling alt etter ambisjonsnivået. Som du ser har vi i vår region økt antall årsverk betydelig siden 2008, og tenker oss enda litt høyere.

Jeg er vel ikke så opptatt av fagbakgrunn (men den bør være relevant), mer opptatt av egnethet, at man kan skrive godt og har god evne til fullført saksbehandling. En del av saksfeltet er nokså spesialisert (for eksempel støyregelverket). Det er en kunst å drive gode revisjoner, synd dersom man mangler kontinuitet og kunnskap.

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2014 – 16

Stikkord: Interkommunalt samarbeid. Haugalandet. Rønnevik Dag-Helge. Bjørløw Egil.

STØY FRA VAKTLER

Helsedirektoratet har mottatt en henvendelse fra **Oddrun Persdotter Fiske**, Miljøretta helsevern i Surnadal kommune:

Ei dame i eit burettslag klager på støy (til oss) fordi naboen har vaktler (små hønseliknande fuglar). Etter å ha undersøkt ein god del, står eg att med at dette må borettslaget ordne opp med sine bebuarar. Borettslagsloven har paragraf om bruk av huset/dyr og liknande. Eit borettslag er vel ein eigedom, og miljøretta helsevernforskrifta tel vel berre dersom dei utom eigedomen blir påverka strengt tatt. Kva blir det rettaste her?

Jurist **Morten Frantze** i avdeling lokalt folkehelsearbeid i Helsedirektoratet svarer:

Forskrift om miljørettet helsevern 25.04.2003 nr. 486 gjelder i utgangspunktet for tilfeller av hygieniske ulemper som beboer(e) av leilighet i borettslag forårsaker (eller kan forårsake) for beboere av andre leiligheter i laget. Se forskriftens §2 om dens virkeområde. Virksomhetsbegrepet brukes i vid betydning i forskriften. Et eventuelt rettingsvedtak må i tilfelle hjemles i folkehelseoven § 14 jf. forskriftene. Men se forskriftens §3 om forholdet til annet regelverk. Jeg er enig i at man så langt mulig henviser slike saker til borettslaget/borettslagets styre. Kommunen kan eventuelt rådggi i spesielle saker. Dersom veiledningsplikten ikke fører frem, kan kommunen fatte rettingsvedtak etter en helhetsmessig vurdering av saken, jf. de involverte interesser, forholdsmessighet mv.

Anders Smith, seniorrådgiver/lege i avd. lokalt folkehelsearbeid:

Jeg tror det er viktig å presisere at et borettslag *ikke* kan betraktes som én bolig slik det synes å fremgå av Oddrun Fiske's henvendelse, men av *flere* boliger. Derfor vil det avgjørende for vurderingen være om forhold ved én bolig kan påvirke forhold for andre utenom boligen.

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2014 – 15

Stikkord: Støy. Nabostøy. Høns. Fiske Oddrun Persdotter. Frantze Morten. Smith Anders. Surnadal.

KOMMUNENS KOMPETANSE INNEN FOLKEHELSE

Red. innledning: **KOMPASS** er samfunnsmedisinernes egen diskusjonsliste som administreres av Helsebiblioteket i Nasjonalt kunn-

skapssenter for helsetjenesten. Slike nettsteder skal ha en ansvarlig redaktør. Undertegnede har fått tillagt seg denne oppgaven.

Nye medlemmer: send e-post til kompass-join@post.gruk.no. Da får du innleggene tilsendt etter hvert som de kommer.

For å sende innlegg til diskusjonslisten, send e-post til kompass@post.gruk.no.

Anders Smith

Fra diskusjonslisten gjengis følgende:

Dag-Helge Rønnevik, kommuneoverlege i Karmøy:

Jeg og ny folkehelsekoordinator i kommunen skal nå jobbe for at folkehelseperspektivet skal få roffeste i kommunen. Hvordan sørger kommuner for å ha god nok kompetanse på fagfeltet? Bør vi kjøre en seminar-serie der vi inviterer aktuelle parter for å sette søkelys på nye lover og forskrift som følger folkehelseloven og krav til oversikt over befolkningens helse? Er det noen som har tips til hvordan vi kan sørge for at vi internt i kommunen blir flinke nok på dette?? Informere i kommunestyret og formannskap? Holde interne foredrag? Temamøter?? Leie inn konsulenter som har master i helsefremmende og forebyggende arbeid??

Hvordan gjør dere det der ute?? Ønsker råd om hvordan gå fram i egen organisasjon for å få satt fokus på dette bedre!

Trond Brattland, kommuneoverlege i Tromsø:

Dersom jeg skulle tillate meg noe strøtanker om dette, vil jeg fremheve følgende kriterier for å få til et godt folkehelsearbeid:

- kompetanse
- ledelse
- koordinering og oppfølging

Ved å ha kommuneoverlege og folkehelsekoordinator på laget har man kommet langt på kompetanseområdet. Hovedutfordringen er ledelse. Hvordan får man ledelsen opptatt av folkehelse og lede kommunen i rett retning? Mye av folkehelsearbeidet foregår utenfor helsetjenesten, og da må ledelsen i kommunen ta grep for å få gjennomført det man skal. Et eksempel er skolene, som er presset både på læringsmål og økonomi. De vil ikke nødvendigvis ta sin del av folkehelseoppdraget med mindre det kommer beskjed ovenfra. Her er det selvsagt unntak, noen rektorer er opptatt av folkehelse og ønsker å delta av eget initiativ.

Så må man jobbe med å finne ut hvilke områder innenfor folkehelsefeltet ønsker man å satse. Folkehelsearbeidet er ganske vidt og må konkretiseres ned til f.eks. ulykkesforebygging, ernæring og overvekt, psykisk helse, osv.

Deretter må fagfolket i kommunen lage en oversikt over hvilke tiltak man bør iverksette i kommunen for å ta grep på de valgte områdene. Her må man gjerne samarbeide med frivillige aktører og andre aktører utenfor kommunen. Derav koordinering og oppfølging. Dette er en typiske folkehelsekoordinator.

Så hovedspørsmålet er; hvordan får dere rådmann med på folkehelsesatsningen?

Anders Smith, redaktør 'Helserådet': Tillater meg, i all beskjedenhet, å minne om det lille diktet jeg presenterte i 'Helserådet' nr. 22/11 ("Til

Kommunelegen").

Referansekode i 'Helserådet': MET 2012 – 2

Stikkord: Folkehelsearbeid. Kommunelege. Folkehelsekoordinator. Rønnevik Helge. Brattland Trond.

ARTIKLER PÅ www.helsebiblioteket.no

Nedenfor gjengis overskriftene i artikler innen samfunnsmedisin og folkehelse som er lagt ut på www.helsebiblioteket.no siden forrige nummer av 'Helserådet'.

For å kunne lese artiklene må du gå inn på denne nettsiden: velg meny punkt **Samfunnsmedisin og folkehelse** i venstre kolonne. I det nye bildet som du nå får opp, finner du i den midtre kolonnen i omvendt kronologisk rekkefølge alle de artiklene vi har lagt ut siden forrige oversikt (d.v.s. de nyeste komme øverst). Du finner den samme oversikten også ved å klikke på meny punkt **Nyhetsarkiv** i venstre kolonne på samme side.

- 31.08.2012 Følelse av overvekt kan gjøre deg tykk
- 31.08.2012 Nyfødte ikke så tunge som før
- 31.08.2012 Ny helseportal: Sunn skepsis
- 30.08.2012 Lavkarbo ga høyere forbrenning etter slankekur
- 30.08.2012 Viktig skritt mot influensavaksine
- 30.08.2012 Rettferdig fordeling av helse?
- 24.08.2012 Mobbing gjør oss fysisk svake
- 24.08.2012 Hvilke norske insekter kan vi spise?
- 22.08.2012 Fastsettelse av forskrift om oversikt over folkehelsen
- 22.08.2012 Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering
- 21.08.2012 Nesten like mye åreforkalkning av egg som av røyk
- 21.08.2012 Multiresistent tuberkulose truer
- 21.08.2012 Bakgrunn påvirker barns deltakelse i frivillige organisasjoner
- 20.08.2012 Valnøtter gir bedre sæd kvalitet
- 20.08.2012 Perfluorerte alkylstoffer (PFAS) kan gi redusert fødselsvekt
- 20.08.2012 Musemodeller avslører kryssallergi
- 20.08.2012 Hvilke tiltak fremmer samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene?

Jubileumskonferanse:

NATUR OG KULTUR SOM FOLKEHELSE

Se vedlagte folder i dagens nummer av 'Helserådet': her inviteres vi til å få mer innsikt i forskning, praktiske erfaringer og politiske visjoner for sammenhengen mellom natur, kultur og helse. Konferansen fokuserer på nye muligheter for samhandling, forebygging og rehabilitering innenfor helsetjenesten. Kfr. NaKuHel-teorien: "I møte mellom natur og kultur ligger en kime til både positive og negative konsekvenser for helse, miljø og livskvalitet".

Referansekode i 'Helserådet': RED 2012 – 4

Stikkord: NaKuHel.

STØY FRA BARN SOM LEKER

Før sommerferien var det en del innlegg på internett om støy fra barn som leker, f. eks:

- Vi har fått inn en klage hvor en nabo klager på støy fra naboen. Naboen har nylig installert svømmebasseng og det er opptil 10 barn som leker og «støyer», i følge klager, uholdbart mye. Hvis dette kun er på dagtid er det kanskje ikke så mye vi kan gjøre? Noen som har erfaring med lignende? Er dette i det hele tatt «vårt bord»?

- Er ikkje dette meir over mot granneloven?

- Helt riktig. Styr unna. Dette må de ordne opp i selv. Henvis også til granneloven og eventuelt konfliktrådet.

- Det finnes ikke (heldigvis) noen grenseverdi for lyd av glade friske barn i fri og sunn lek/utfoldelse. Denne problemstillingen blir omtrent den samme som at naboer klager over andres barn som leker og lager livslyd på trampoliner i nabolag. Granneloven er rette adresse, slike saker bør miljørettet helsevern klart styre unna.

Kommentar (Pål Jensen i Norsk forening mot støy)

- Enig i at dette kan sammenlignes med en trampoline. Men trampolinesaken nedenfor er 8 år gammel. Vi vet mer om helseskadene pga. støy nå enn vi visste da. Jeg kjenner likevel ikke til nyere rettssaker av denne typen og kan derfor ikke uttale meg om juridisk praksis i denne forbindelse.
- Selv om barna er aldri så livsglade, og selv om fysisk aktivitet er aldri så viktig – så må vi akseptere at noen oppfatter dette som støy, og finne en løsning.
- Støyen fra barna kan muligens dempes ved skjerming mot naboene.
- Etter min mening bør saken kunne løses i minnelighet mellom gode naboer – kanskje med et kompromiss, f.eks. at svømmebassenget ikke brukes hele dagen, og iallfall ikke sent på kveld/natt (brukstidene fremgår ikke). Men min erfaring tilsier at noe dypere ligger under ved enkelte nabo tvister om støy. Bruk av politi og rettsvesen i slike saker er likevel absolutt siste utvei.

Avisutklipp fra Rana Blad (fra 2004) tilsendt fra Trond Mathiassen, overing. Helse- og miljøtilsyn Salten IKS med følgende innhold:

– Vi er hoppende glade, for å si det sånn, sier Kari Edvartsen, etter at hun og mannen Knut Erling Jørgensen tirsdag ble blankt frifunnet i forhold til naboens krav om å flytte ei trampoline.

– Jeg bare håper at saken nå er opp og avgjort. Den tida dette har stått på har vært ei belastning, sier Edvartsen.

Saksomkostninger

Kravet om å få trampolinen fjernet var fremmet av Geir Karstensen og Terese Karlsen, som har irritert seg kraftig over naboens trampoline i Skjæranveien på Hemnesberget. De mener at trampolinen, som står to-tre meter fra deres balkong, medfører en uutholdelig støy, og stevnet derfor naboene Kari Edvartsen og Knut Erling Jørgensens for retten med et krav om å få trampolinen fjernet.

I retten har Karlsen og Karstensen tapt saken fullstendig og Edvartsen og Jørgensen har vunnet fullstendig:

Rana tingrett slår fast at trampolinen kan stå plassert og brukes der den har stått siden den ble kjøpt våren 2002. Og saksøker dømmes til å dekke naboens saksomkostninger med totalt 40.519 kroner.

Ikke uturvande

Tingretten påpeker i sin dom at ei trampoline kan medføre ulempe i form av støy, men at dette er en rimelig ulempe som man må regne med når man er bosatt i et boligstrøk. Trampolinebruken er således ikke ulovlig etter naboloven.

– Bruken av trampoliner som lekeanretning er i dag relativt vanlig, og må således kunne betegnes som ventelig i et alminnelig boligstrøk. Retten finner grunn til å understreke at det i naboerhold må kunne forventes at det tidvis utveksles sjenerende støy, er noe av det dommerfullmektig Rolf Selfors påpeker i dommen.

Selfors påpeker videre at det ikke foreligger noe som tilsier at Edvartsen og Jørgensens plassering av er å anse som «uturvande» (unødvendig). Dermed er ikke plasseringen i strid med naboloven i forhold til dette.

Retten konkluderer videre med at det ikke er grunnlag for å dømme trampolinen flyttet til andre steder på eiendommen, både fordi man slår fast at plasseringen ikke er noe brudd på naboloven, og fordi at de alternativer som saksøker har skissert ikke synes godt egnet. Retten også fast at det ikke foreligger noen sjikanøs hensikt med plasseringen og bruken av trampolinen.

Opphevet

Før saken havnet for tingretten, har konflikten vært forsøkt løst både i konfliktrådet og Hemnes forliksråd. Saksøker var misfornøyd med utfallet i begge instanser, og stevnet naboene inn for retten. Dermed er det også på det rene at dommen fra forliksrådet, hvor bruken av trampolinen ble satt til to timer pr. dag mellom klokka 15 og 21, ikke lenger er gyldig.

– Ettersom forliksrådets dom ble angrepet ved stevning, er den ikke lenger gjeldende, bekrefter dommerfullmektig Rolf Selfors.

For den saksøkte part betyr dette at trampolinen nå kan brukes uten å måtte ta hensyn til den totimers-grensa som ble satt ved forliksrådets dom.

Så har miljørettet helsevern og skjenkekontroll som er underlagt Brannvesenet Sør-Rogaland IKS gjort oppmerksom på en sak behandlet av Fylkesmannen i Rogaland:

3



FYLKESMANNEN
I ROGALAND

Deres ref.:

MOTTAK
Vår dato: 30.11.2011
Vår ref.: 2011/5497
Arkivnr.: 462.206
6 DES 2011

Klepp kommune
Postboks 25
4358 Kleppe

Kopi: Miljøretta helsevern
Margrethe H. Ness

Postadresse: 27525/11
Postboks 59 Sentrum,
N-4001 Stavanger

Besøksadresse:
Lagårdsveien 44, Stavanger

T: 51 56 87 00
F: 51 56 88 11
E: postmottak@fmro.no

www.fylkesmannen.no/rogaland

Sak angående støy fra Borsheim barnehage i Klepp kommune

Fylkesmannen i Rogaland viser til brev fra Klepp kommune mottatt her den 23.05.11. Klepp kommune har oversendt klagesak angående støy fra Borsheim barnehage til klagebehandling.

Vi beklager lang saksbehandlingstid i denne saken.

Sakens bakgrunn

Ekteparet Nielsen og Ellingsen har i brev datert 29.09.10 klaget på støy fra Borsheim barnehage. Barna i barnehagen er støykilden.

Kommuneoverlege Rolf Bergseth traff den 09.02.11 følgende vedtak:

*Kommuneoverlegen gir ingen pålegg i saken.
Det vises til Kommunehels jenesteloven kap. 4a§,4a - 7 (granskning) og 4a - 8 (retting).
Vedtaket er et enkeltvedtak og kan påklages iht. bestemmelsen i eForvaltningslovens kap. VI
og Kommunehelsetjenesteloven kap. 4a - 12. En evt. klage sendes til kommuneoverlegen
innen tre uker etter mottatt vedtak.*

Vedtaket ble påklaget av ekteparet Nielsen og Ellingsen i brev datert 27.02.11.

Kommuneoverlegen gjennomførte befarings på stedet den 27.04.11.

Klepp kommune v/ kommuneoverlegen opprettholdt vedtaket i vedtak datert 18.05.11.

Saksforholdet som er lagt til grunn i saksbehandlingen

Borsheim barnehage er utvidet og har nå 54 barn. Småbarnsgruppene er ute på formiddagen ca. en time hver dag, storbarnsgruppene er ute etter klokken 12.00 frem til 16.30. Barna går også på tur i nærområdet, men det vil være aktivitet på uteområdet daglig.

Barnehageområdet blir brukt av andre etter barnehagens stengetid i ukedagene og i helgene.

Nielsen arbeider hjemmefra.

Fylkesmannen viser ellers til saksdokumentene som er kjente for klager.

Fylkesmannens vurdering av saken

Fylkesmannen er klageinstans i henhold til lov om kommunehelsetjenester § 4a-12.

Forskrift om miljørettet helsevern § 9 a) har denne ordlyden:

*" § 9. Helsemessige ulemper som virksomhet eller eiendom påfører omgivelsene
Virksomheter og eiendommer skal planlegges, drives og avvikles, slik at følgende krav til miljøfaktorer
overholdes når det gjelder den belastning omgivelsene påføres:*

*a) Ved etablering og bruk av støykilder skal det tilstrebes lavest mulig støynivå. Støy og vibrasjoner skal ikke
medføre helsemessig ulempe eller overskride helsemessig forsvarlig nivå."*

Helsedepartementet har i Rundskriv I-3/2003 gitt merknader til bestemmelsen:

*"Bestemmelsen retter seg mot ulike forhold ved virksomheten som kan ha direkte eller indirekte innvirkning på
helsen, og som dermed kan medføre en belastning for omgivelsene. Bestemmelsen sikter til den drift av
virksomheten som har virkning på omgivelsene utenfor, som for eksempel støy, forurensning og
avfallshåndtering.*

*Kravene i forskriften er gitt som funksjonskrav, og det nærmere innholdet må søkes i faglige normer,
retningslinjer og veiledere. Flere av miljøfaktorene er nærmere regulert i annet lovverk. Dette gjelder særlig
forurensningsloven med forskrifter, det vises til merknadene til § 3 om forholdet til annet regelverk. Sentrale
helsemyndigheter skal ha oversikt og gjøre tilgjengelig hvilke normer som til enhver tid er gjeldende."*

Fylkesmannen viser til *retningslinje for behandling av støy i arealplanlegging*, T-1442 datert 26.01.05. Selv om den i utgangspunktet skal legges til grunn av kommuner ved planlegging og behandling av enkeltsaker etter plan- og bygningsloven, mener Fylkesmannen at den også er relevant i forbindelse med sak etter kmhtl. kap 4a.

Det er spørsmål om stemmebruk fra barn eller voksne kan føre til helsemessig ulempe.

Klagerne har anført at de ønsker støyskjerming fordi de blir forstyrret av lyden fra barn som leker ute både i barnehagens åpningstid og når barnehagen er stengt. Det er Nielsen som blir mest forstyrret av dette fordi hun arbeider hjemmefra.

Barn vil lage lyd i form av roping og skriking, men spørsmålet er om denne "støyen" er en helsemessig ulempe i relasjon til regelverket og at denne ulempen over tid også vil kunne føre til helseskade, jf forskrift om miljørettet helsevern § 7.

Klagen gjelder stemmebruk både på dagtid og i forbindelse med bruk om kvelden. Stemmebruk fra barn i barnehage er ikke regulert, men Helse- og omsorgsdepartementet har i veileder om *Støyvurdering ved etablering av nærmiljøanlegg* uttalt seg om støygrenser når det gjelder stemmebruk:

Anbefalte støygrenser

Norge har ikke egne regler for støy fra ballbinger og lignende anlegg. Det foreligger heller ikke forskningsbasert kunnskap som kan danne grunnlag for å fastsette støygrenser. Av den grunn må anbefalinger om grenseverdier baseres på erfaringer fra klager på ballbinger og tilsvarende nærmiljøanlegg og på generell kunnskap om hvilke støynivåer som kan skape problemer.

I forbindelse med ballbinger er det to hovedkilder til støy. Den ene, stemmebruk, er det

ikke ønskelig å regulere, og det er tvilsomt om det foreligger lovhjemmel til å regulere denne type "støy"....

Denne veilederen er fra 2006 og fylkesmannen mener at uttalelse om at det ikke er hjemmel for å regulere stemmebruk også kan legges til grunn i denne saken. Klager kan derfor ikke gis medhold i krav om at kommunen setter i verk tiltak for å redusere denne "støyen".


Vedtak

Fylkesmannen i Rogaland stadfester kommuneoverlegen i Klepp sitt vedtak datert 18.05.11.

Klager får ikke medhold.

Dette vedtaket er endelig og kan ikke påklages, jfr. fvl. § 28, 3. ledd.

Med hilsen


Pål Iden

Avdelingsdirektør/ fylkeslege


Marit Bergeland

Seniorrådgiver/ jurist

Saksbehandler: Marit Bergeland
Saksbehandler telefon: 51 56 87 61
E-post: marit.bergeland@fmro.no

Kopi til:

Jostein Ellingsen Nordsjøvegen 236 4352 KLEPPE

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2012 -14

Stikkord: Støy. Barn. Trampoline. Nabolvist. Fylkesmannen i Rogaland.

Sjenerte barn får oftere emosjonelle vansker i ungdomstiden

Publisert 21.08.2012, oppdatert: 21.08.2012, 14:35

Stikkord: Depresjon, Psykisk helse

Det er vanlig at småbarn i 0-4 års-alderen blir lett sjenerte og usikre i nye situasjoner, og vanligvis har ikke dette noen betydning for dem senere i livet. Derimot har de barna som blir mer sjenerte gjennom barneårene, og som holder et stabilt høyt sjenansenivå i senere barnealder, større risiko for å få lavere sosial kompetanse og høyere nivå av angstsymptomer i tidlig ungdomsalder.

Dette viser en ny publikasjon fra TOPP-studien, der forskere fra Folkehelseinstituttet i samarbeid med Carleton Universitet i Canada og Universitetet i Melbourne, Australia, har undersøkt hvor mye eller lite endringer det er i temperamentstrekket sjenanse gjennom barndommen (fra 1 1/2 år til 12-13 år). Videre undersøkte de om sjenanse predikerte angst- og depresjonssymptomer og sosial kompetanse i ungdomsalder (12-13 år).

Totalt ble 921 barn undersøkt med spørreskjema: Mødrene rapporterte barnets sjenansenivå gjennom barndommen (ved 1.5, 2.5, 4-5, 8-9 og 12-13 år), og både mødrene og barna rapporterte om angst- og depresjonssymptomer og sosial kompetanse da de var 12-13 år.

To forskjellig utviklingsperioder

Resultatene viser til to forskjellige utviklingsperioder i sjenanse: Det var mer økning og større variasjon blant barna i småbarnsalder (fra 1.5 til 4-5 års alder) og kun svak økning og mindre variasjon etter 4-5 år og frem til ungdomsalder (13 år). Sjenanse fra 4-5 års alder og oppover, men ikke tidligere, predikerte et høyere nivå av både angstsymptomer og lavere sosial kompetanse i tidlig ungdomsalder, på tvers av informantene.

En mulig forklaring på hvorfor sjenanse øker og varierer mest i småbarnsalderen kan være at det er større variasjoner og mindre forutsigbarhet i små barns sosiale erfaringer i denne perioden (dvs. før starten av formell skolegang), slik at noen barn oftere opplever situasjoner der de kan bli sjenert. Selv om utviklingen flatet noe ut etter 4-5 års alder, økte sjenansenivået generelt gjennom barneårene. En grunn til dette kan være at barnet får større bevissthet rundt jevnaldrenes betydning når de nærmer seg tenårene – særlig situasjoner der de blir lett flau fordi de føler at de blir dømt av andre.

Betydning for psykisk helse

– Funnene er viktige ettersom de gir informasjon om hva som er typisk utvikling av temperamentstrekket sjenanse. Det er vanlig å bli mer sjenert i løpet av barneårene – særlig i småbarnsalder, sier hovedforfatteren Evalill Karevold fra Avdeling for oppvekst, utvikling og kulturelt mangfold.

– I tillegg støtter resultatene hvor viktig det er å hjelpe veldig sjenerte barn til å bli mer utadvendte for å unngå økning i emosjonelle problemer, og for å utvikle bedre sosial kompetanse i ungdomsalder, sier Karevold.

For eksempel viser resultatene at alderen 4-5 år vil være en optimal tid å starte å hjelpe de mest sjenerte barna.

Begrensninger

Resultatene tyder på at sjenanse påvirker angstsymptomer mer en depresjon, men det er mulig at 12-13 år er for tidlig til å måle depresjon, som sannsynligvis kommer til uttrykk litt senere i livet. Fremtidige studier burde derfor undersøke om sammenhengen mellom sjenanse og depresjon blir sterkere jo eldre de blir.

Referanse

Karevold, E., Ystrom, E., Coplan, R.J., Sanson, A.V. and Mathiesen, K.M. A Prospective Longitudinal Study of Shyness from Infancy to Adolescence: Stability, Age-Related Changes, and Prediction of Socio-Emotional Functioning, *Journal of Abnormal Child Psychology* 2012, DOI: 10.1007/s10802-012-9635-6

Om TOPP-studien

TOPP-studien "Trivsel og oppvekst i barndom og ungdomstid" har i åtte runder samlet inn spørreskjemadata om barn og unge og familiene deres. Studien undersøker utviklingsveier til trivsel, god psykisk helse og psykiske plager, hos barn, ungdom og deres familier.

Referansekode i 'Helserådet': UNG 2012 – 7

Stikkord: Depresjon. Psykisk helse.

Legemidler som selges både i apotek og dagligvarehandelen - 1. halvår 2012:

Økning i salg av reseptfrie smertestillende legemidler

Publisert 15.08.2012, oppdatert: 20.08.2012, 10:26

Stikkord: Smerte, Legemiddelforbruk

Reseptfritt salg av paracetamol og ibuprofen har gått opp, viser tall fra Folkehelseinstituttet for perioden januar til juni 2012. Andelen reseptfritt salg av paracetamol og ibuprofen utenom apotek er stabil.

Smertestillende legemidler

Paracetamol

- Salg av reseptfrie pakninger av paracetamol målt i doser (DDD) økte med fire prosent i første halvår 2012 sammenlignet med tilsvarende periode i fjor. Salget tilsvarer at hver innbygger kjøpte 18 tabletter.
- Halvparten av det reseptfrie salget av paracetamol skjer utenom apotek.
- Totalsalg (reseptfritt og reseptbelagt salg) økte med ni prosent. Reseptfritt salg utgjør 47 prosent av totalt salg. Andelen reseptfritt salg har gått ned over tid.

Se tabell neste side.

Ibuprofen

- Salget av reseptfrie pakninger av ibuprofen målt i doser (DDD)

økte med to prosent i første halvår sammenlignet med tilsvarende periode i fjor.

- 40 prosent av reseptfritt salg av ibuprofen skjer utenom apotek.
- Totalsalg (reseptfritt og reseptbelagt) økte med fire prosent.

Reseptfritt salg utgjør 56 prosent av totalt salg og denne andelen har vært stabil over tid.

Se tabell nedenfor.

Nødprevensjon

Totalt ble det solgt 77 100 doser nødprevensjon i første halvår 2012. Dette er en økning på knapt én prosent i forhold til 2011. Av disse ble bare 3700 doser (knapt fem prosent) solgt i dagligvarehandelen. Salg i dagligvarehandelen gikk svakt ned i første halvår 2012 sammenlignet med tilsvarende periode i 2011.

Nesespray ved tett nese

Salg av nesepreyer som inneholder xylometazolin økte med 11 prosent i første halvår 2012 i forhold til samme periode i 2011 (se tabell nedenfor). Nesespray skal brukes i korte intervaller ved forkjølelse, men brukes også ved pollenallergi.

Allergimedisin

Det har vært et økt salg av allergitabletter som brukes ved pollenallergi i dagligvarehandelen i første halvår 2012 i forhold til 2011 (se tabell nedenfor). Andelen solgt i dagligvare var på 17 prosent første halvår 2012. Økningen kan skyldes at man nå kan få kjøpt pakninger á 21 tabletter i butikkene, mens det i første halvår 2011 bare var mulig å få kjøpt pakninger á sju tabletter. Reseptfritt cetirizin utgjorde bare 18 prosent av totalt antall solgte doser i første halvår 2012. Tabell 1: Salg av de mest solgte reseptfrie legemidler i dagligvarehandelen i perioden januar-juni 2012 og andel (%) i dagligvare i forhold til 1. halvår 2011. Prosentvis endring i antall solgte doser (DDD) i forhold til 1. halvår 2011

Virkestoff (ATC kode)	Bruksområde	Totalt reseptfritt salg i apotek og dagligvare 1. halvår 2012 (DDD/1000 innb./døgn)	Prosentvis endring i salg (DDD) i forhold til 1. halvår 2011	Andel i dagligvarehandel	
				1. halvår 2011	1. halvår 2012
Ibuprofen (M01AE01)	Smerter	10,9	2 %	38 %	39 %
Paracetamol (N02BE01)	Smerter	16,3	4 %	50 %	50 %
Nikotin (N07BA01)	Røykeavvenning	5,3	8 %	32 %	36 %
Xylometazolin (R01AA07)	Nesetetthet ved forkjølelse	29,8	11 %	62 %	62 %
Cetirizin (R06AE07)	Allergimedisin	7,1	21 %	9 %	17 %

Kilde: Grossistbasert legemiddelstatistikk, Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Om legemidler som kan selges både i apotek og i dagligvarehandelen:

Nesespray og smertestillende legemidler inngår i sortimentet som skal være tilgjengelig ved alle utsalgssteder (butikk, kiosk, bensinstasjon osv.), men ellers kan utvalget variere. Det er i hovedsak merkene Ibux (ibuprofen), Paracet (paracetamol) og Otrivin (xylometazolin, neseprey) som selges i dagligvare.

Andelen av de ulike legemidlene som selges i butikk har vært relativt stabil i første halvår 2012 i forhold til 2011. Andelen for de mest solgte legemidlene er vist i tabellen over.

Statens legemiddelverk bestemmer hvilke legemidler som kan selges utenom apotek og utvalget revideres årlig. Mange av legemidlene som Statens legemiddelverk har bestemt kan selges utenom apotek er ikke tatt inn i vareutvalget av dagligvarekjedene.

Prissetting av reseptfrie legemidler er fri, og basert på grossistenes rapportering er det derfor ikke mulig å si noe om prisutviklingen.

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2012 -11

Stikkord: Legemidler. Reseptfrie legemidler. Smertestillende legemidler.

A(H1N1)-pandemien:



Ny beregning av dødelighet på verdensbasis

Publisert 22.08.2012, oppdatert: 23.08.2012, 15:27

Nylig er det publisert en artikkel i tidsskriftet *The Lancet Infectious Diseases* om dødelighet under de 12 første måneder av 2009-pandemien. Studien beregner en dødelighet på verdensbasis som er 15 ganger høyere enn de rapporterte laboratoriebekreftede dødsfallene, samt at populasjonen med høy dødelighet var betydelig yngre enn ved sesonginfluensa. Forfatterne løfter frem behovet for gode epidemiadata også fra lav- og middelinntektsland. 60 % av dødsfallene skjedde i Sørøst-Asia og Afrika.

Selv om pandemien forårsaket av 2009 pandemisk influensa A H1N1-viruset (forkortet til pH1N1) er over, kan man likevel lære av studier av det som skjedde under utført under pandemien, særlig med tanke på å forberede responsen ved en eventuell ny pandemi. Studien, som nylig har blitt publisert i det internasjonale tidsskriftet *Lancet Infectious Diseases*, anslår antallet respiratoriske og kardiovaskulære dødsfall som var assosiert med pandemiviruset. Ut fra dette tallgrunnlaget har man beregnet hvilke aldersgrupper og hvilke områder i verden som ble mest berørt.

Antall dødsfall ble anslått ved å kombinere data fra 12 land over antall personer som ble smittet med pH1N1 løpet av det første året av pandemien med data 5 land på antall dødsfall knyttet til pandemiviruset. Tallmaterialet ble så justert for forskjeller landene i mellom når det gjelder risiko for død som følge av influensa, etter som det vil være store forskjeller i dødelighet mellom høyninntektsland og lav- eller middelsinntektsland.

Studien anslår at på verdensbasis døde 201 200 personer av lunge- og andre luftveiskompikasjoner assosiert med pandemiviruset under de første tolv måneder av pandemien. Ytterligere 83 300 personer døde som følge av komplikasjoner med hjerte- karsykdommer i samme tidsrom. Dette tallet er mer enn 15 ganger høyere enn antallet laboratorieverifiserte dødsfall som er rapportert til WHO. 80 % av de pandemirelaterte dødsfallene var blant mennesker yngre enn 65 år og nesten 60 % av dødsfallene skjedde i Sørøst-Asia og Afrika.

Studien viser den høye belastningen av influensa i lav- og mellominntektsland og understreker behovet for å innhente bedre data fra disse landene, samt behovet for å produsere og levere tilstrekkelig mengde influensavaksiner til Afrika og Sørøst-Asia.

Studien bekreftet tidligere kunnskap om at pandemien hovedsakelig

rammet yngre deler av befolkningen, i motsetning til sesonginfluenza som hovedsakelig rammer eldre aldersgrupper. Slike data kan bidra i å prioritere offentlige helsetiltak ved en pandemi, og bør tas hensyn til i beredskaps- og responsplaner.

Kilde/referanse: Dawood FS, Iuliano AD, Reed C, Meltzer MI, Shay DK, Cheng PY, Bandaranayake D, Breiman RF, Brooks WA, Buchy P, Feikin DR, Fowler KB, Gordon A, Hien NT, Horby P, Huang QS, Katz MA, Krishnan A, Lal R, Montgomery JM, Mølbak K, Pebody R, Presanis AM, Razuri H, Steens A, Tinoco YO, Wallinga J, Yu H, Vong S, Bresee J, Widdowson MA. Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza A H1N1 virus circulation: a modelling study. *The Lancet Infectious Diseases*, Volume 12, Issue 9, Pages 687 - 695, September 2012, doi:10.1016/S1473-3099(12)70121-4

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 – 88

Stikkord: Influensa. Pandemi. Svineinfluensa. H1N1.

Økt kunnskap om utbredelsen av flåttbåren TBEvirus

Publisert 24.08.2012 , oppdatert: 24.08.2012, 22:55

Den flåttoverførte virussykdommen skogflåttencefalitt (hjernebetennelse), har de senere år blitt vanligere langs kysten fra Aust-Agder til Vestfold. Forskere har nå undersøkt flått fra sju forskjellige områder langs sørlandskysten og de fant at 0,5 % av flåtten var bærere av Tick-borne encephalitis virus (TBEV). TBEV overføres med skogflått og kan gi skogflåttencefalitt (TBE) hos mennesker.

Forskere fra Folkehelseinstituttet (FHI), Veterinærinstituttet og Meteorologisk institutt står bak undersøkelsen som er den første store Tick-borne encephalitis virus (TBEV) studien i Norge. Det har tidligere kun vært publisert én studie som undersøkte forekomsten av TBEV ved ett område i Arendal kommune.

Syv områder langs sørlandskysten er blitt undersøkt for forekomsten av TBEV

Områdene ble valgt ut på basis av informasjon i Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) om hvor TBE pasienter var blitt bitt av flått. Innsamlingen var også basert på informasjon fra lokalbefolkningen som hadde kjennskap til hvor det var høy bestand av flått. I 2011 ble det i MSIS meldt om 15 tilfeller av TBE hos mennesker som følge av flåttbitt i Norge.

TBEV ble funnet i flått fra alle de undersøkte stedene, og forekomsten lå gjennomsnittlig på 0,53 % . Høyest forekomst var det i Skjernøysundkilen i Mandal mens Dalen i Risør hadde lavest forekomst.

Luffuktighet og temperatur påvirker

Studien indikerer at det kan være en sammenheng mellom forekomst av TBEV og enkelte mikroklimatiske forhold som luffuktighet, samt hvor hurtig temperaturstigningen er på våren. Dette er i overensstemmelse med tidligere publikasjoner på området internasjonalt. Områder med høyest forekomst av TBEV infisert flått hadde også den høyeste relative luffuktigheten, mens steder med lavest forekomst også hadde den laveste luffuktigheten. Dette indikerer at klimatiske forhold kan påvirke hvor stor andel av flåtten som er bærere av TBEV.

Ny metode

I denne studien er det utviklet en ny testmetode, Polymerase Kjedereaksjon (PCR), som påviser lave nivåer av virus i prøvene. Resultatene ble analysert med to forskjellige beregningsmetoder, Minimum Infection Rate (MIR) og Estimated Pooled Prevalence (EPP), for å beregne tilstedeværelse av virus i materialet. Dette gir et bedre grunnlag for å beregne forekomsten.

Bakgrunn

I mai 2009 startet den store "flåttreisen". To eksperter fra FHI og Veterinærinstituttet reiste sørlandskysten rundt og samlet inn flått. Ca 7 000 flått ble fanget, hvorav 6 000 i nymfestadiet, som skulle analyseres for TBE virus ved genteknologiske metoder (PCR). Adskillig tid gikk med til å utvikle og etablere metoder for å preparere og analysere flåttmaterialet. Arbeidet ble ferdig våren 2010 og høsten 2010 startet PCR arbeidene.

- Les hele artikkelen: Prevalence of tick borne encephalitis virus in tick nymphs in relation to climatic factors on the southern coast of Norway (se: www.fhi.no)

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=98895>

Relaterte sider (se: www.fhi.no)

- Smittevern boka - Skogflåttencefalitt (TBE-virusinfeksjoner)
- Vaksinasjonsboka - Skogflåttencefalittvaksine (TBE-vaksine)

Relaterte lenker (se: www.fhi.no)

- Vet. instituttet: Flåttbårne sykdommer hos dyr

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 – 89

Stikkord: Flått. Skogflått. Skogflåttencefalitt. TBEV.

Zoonoserapporten 2011:

Fortsatt påvises lite smitte fra mat og dyr i Norge

Publisert 30.08.2012 , oppdatert: 30.08.2012, 13:19

Til tross for flere påvisninger av salmonella hos norske husdyr, utbrudd av rabies på Svalbard og økt fokus på revens dvergbendemark har Norge fortsatt svært lite smitte fra mat og dyr. Sykdommer som smitter mellom dyr og mennesker både ved direkte kontakt eller via mat kalles zoonoser. Årlig utarbeides en rapport som beskriver forekomsten av 11 viktige smittestoffer som forårsaker zoonoser, i før, dyr og mat, samt sykdomstilfeller hos mennesker.

Zoonoserapporten 2011 viser at det forekommer lite smitte fra mat og kontakt med dyr i Norge, men det er viktig å fortsette overvåkingen og ha en fortløpende kontroll med zoonosene for å kunne forebygge at mennesker blir smittet. De vanligste zoonosesykdommene i Norge er campylobacteriose og salmonellose.

Zoonoserapporten er utarbeidet av Veterinærinstituttets zoonosesen-ter i samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt og Mattilsynet. Rapporten er tilgjengelig på Veterinærinstituttets nettsider (se relaterte lenker nedenfor).

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=99002>

Relaterte publikasjoner (se: www.fhi.no)

- Årsrapport: Næringsmiddelbårne infeksjoner og utbrudd i 2011

Relaterte lenker (se: www.fhi.no)

- Zoonoserapporten 2011: fortsatt lite smitte fra mat og dyr i Norge (Veterinærinstituttet)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 – 90

Stikkord: Zoonoser.

Menn som har sex med menn:

Nytt tilbud om hiv-hurtigtest ved Olafiaklinikken

Publisert 28.08.2012 , oppdatert: 28.08.2012, 10:00

Olafiaklinikken i Oslo åpner nytt hiv-hurtigtest tilbud til gruppen MSM (menn som har sex med menn) på tirsdager. Med et kveldsåpent drop-in tilbud, vil man senke terskelen slik at flere kommer for å teste seg. Tilbudet er gratis og man får svar på testen mens man er der.

Antallet årlige nydiagnostiserte tilfeller av hiv har mer enn fordoblet seg blant menn som har sex med menn (MSM) i Norge det siste tiåret, med det høyeste antall nydiagnostiserte tilfeller (97) funnet i 2011.

Et av hovedmålene i nasjonal hivstrategi "Aksept og mestring" er å redusere nysmitte. Tidlig diagnostisering av hivsmittede kan være et av tiltakene for å redusere videre spredning av viruset.

Forskning viser at flere tester seg når hurtigtesting tilbys. Mange foretrekker å slippe og vente på prøvesvaret i flere dager. Hurtigtester gir svar med en gang, og testen som brukes er svært nøyaktig.

Testepoliklinikken vil også tilby screening for andre seksuelt overførbare infeksjoner (SOI) som ubehandlet øker faren for hivsmitte. Man har også tilbud om Hepatitt B-vaksinering til gruppen MSM.

Poliklinikken er bemannet av erfarne sykepleiere fra Olafia. Klinikken har lang erfaring med rådgivning, diagnostikk og oppfølging av hiv og SOI til MSM. Man trenger ikke bestille time, tilbudet er såkalt "drop-in".

Åpningstid: Hver tirsdag fra klokken 15:30 til 19:30. Gratis konsultasjon og testetilbud.

Besøksadresse: Trondheimsveien 2, Bygg N

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=98926>

Relaterte lenker (se: www.fhi.no)

- Olafiaklinikkens nettsider

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2012 – 23

Stikkord: Hiv. Olafia-klinikken.

Studie fra Århus Universitet i Danmark:

Skadevirkninger på barn av alkohol i svangerskapet

Publisert 28.08.2012, oppdatert: 28.08.2012, 12:59

Stikkord: Svangerskap (graviditet)

Resultater fra studien viser at et beskjedent alkoholforbruk (1 – 4 alkoholenheter i uken) under graviditeten ikke har betydning for barnets utvikling og intelligens. Folkehelseinstituttet understreker at resultatene i denne enkeltstudien ikke rokker ved Helsedirektoratets anbefalinger om avholdenhet i svangerskapet.

- Man kan ikke utelukke at framtidige studier kommer fram til andre resultater. All forskning har svakheter, også denne, sier professor Leiv Bakketeig på Folkehelseinstituttet. Som prosjektleder for studien var Bakketeig tilknyttet Syd-dansk Universitet og Sundhedsstyrelsen i Danmark.

Barn født av mødre som hadde drukket små mengder alkohol i svangerskapet er like intelligent og velutviklet som barn av avholdende mødre. Det gjaldt også barn til mødre som var beruset enkelte ganger, før de kjente til graviditeten.

- Resultatene fra studien er et viktig bidrag til helseopplysningene til gravide. Selv om Helsedirektoratet anbefaler at gravide ikke drikker alkohol, vet vi fra andre undersøkelser at mange gravide ikke er helt avholdende under graviditeten. Noen har vært beruset før de visste at de var gravide. Nå er det vitenskapelig belegg for å berolige disse mødrene, sier Leiv Bakketeig.

Disse forskningsresultatene er også et vesentlig signal til jordmødre og leger, som gir råd til gravide.

Omfattende og grundig studie

Resultatene fra studien baserer seg på nevropsykologiske undersøkelser av 1628 barn, der mødrene i telefonintervju ble spurt om deres alkoholforbruk under graviditeten.

De gravide ble oppdelt i grupper, alt etter hvor mye de oppgav å ha drukket: Et lavt forbruk: En til fire alkoholenheter i uken, et moderat forbruk: Fem til åtte alkoholenheter i uken. Fra tidligere studier vet man at et større daglig alkoholinntak kan forårsake skader hos barnet.

Barna fikk målt IQ og oppmerksomhet, og ble testet i deres evne til å planlegge, organisere og fastholde oppmerksomheten i fem årsalder. Resultatene ble sammenlignet med en kontrollgruppe med jevnaldrende barn, hvis mødre ikke hadde drukket alkohol under graviditeten, og det var ingen forskjell på barna i de to gruppene.

I Norge tilsvarer en standard alkoholenhet et glass vin eller 0,33 l pilsnerøl, dvs ca 12 - 15 gram ren alkohol.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=98935>

Relaterte lenker (se: www.fhi.no)

- Forskningsresultatene er offentliggjort i fem artikler i BJOG

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2012 – 24

Stikkord: Graviditet. Alkohol.

Inntak av søt drikke og sammenheng med for tidlig fødsel

Publisert 27.08.2012, oppdatert: 27.08.2012, 11:21

Stikkord: Graviditet (se Svangerskap), Mor og barn-undersøkelsen

Inntak av brus og saft med sukker eller kunstige søtningstoffer, kan øke risikoen for prematur fødsel i følge en ny studie fra norske og svenske forskere. Prematur fødsel er viktig å forebygge fordi det kan føre til tidlig død, sykdommer i spedbarnstid og barnealder og funksjonshemninger.

Ved Nasjonalt folkehelseinstitutt analyseres data fra Den norske mor og barn-undersøkelsen (MoBa) for å finne årsaker til for tidlig fødsel. Sammenheng med livsstilsfaktorer, kosthold, infeksjoner og genetiske faktorer blir undersøkt. Så langt har vi ikke funnet sterke faktorer som kan forklare hvorfor fødsel starter for tidlig, selv om det ser ut til å være økt risiko ved overvekt og enkelte kostholds-faktorer, blant annet søte drikker.

I en tilsvarende dansk studie fant man en sammenheng mellom inntak av drikke med kunstige søtningstoffer, men ikke sukkerholdige drikker, og lett økt risiko for prematur fødsel. Vi har undersøkt de samme data fra MoBa, og har funnet at for kvinner som drakk minst ett glass daglig av søt drikke var risikoen lett økt for prematur fødsel (før 37 ukers svangerskap).

Kvinnene som drakk mest søt drikke hadde høyere kroppsmasseindeks, lavere utdanning, var oftere røykere og enslige. De statistiske analysene ble korrigert for alle kjente faktorer som kan påvirke både inntaket av søte drikker og fødselsvekt (utdanning, røyking, alder og kroppsmasseindeks).

På dette tidspunktet har vi ikke tilstrekkelig kunnskap til å konkludere med at inntak av søte drikker kan være en årsak til for tidlig fødsel. Mens den danske undersøkelsen fant økt risiko bare ved inntak av kunstig søtet drikke, fant vi det samme forholdet for både kunstig søtet og sukkerholdige drikker. Denne forskjellen i funn gir grunn til forbehold. Flere studier, helst i form av kontrollerte kliniske forsøk er nødvendige, men uansett er det grunn til å være tilbakeholden med daglig inntak av brus og søt saft.

Om studien

Studien ble gjennomført i samarbeid mellom Nasjonalt folkehelseinstitutt, Sahlgrenska Universitetssykehus og Sahlgrenska Akademien i Göteborg. 60761 gravide deltok i studien, der tre spørreskjema omkring livsstil og kosthold ble fylt ut i løpet av svangerskapet. Data fra Medisinsk Fødselsregister ble sammenholdt med denne informasjonen.

Den norske mor og barn-studien er en unik langtidsstudie, som rekrutterte mer enn 100 000 gravide i perioden 1999-2008 med spørreskjemadata og blodprøver fra deltakerne.

Referanse:

Association between intake of artificially sweetened and sugar-sweetened beverages and preterm delivery: a large prospective cohort study. Linda Englund-Ögge, Anne Lise Brantsæter, Margareta Haugen, Verena Sengpiel, Ali Khatibi, Ronny Myhre, Solveig Myking, Helle Margrete Meltzer, Marian Kacerovsky, Roy M Nilsen and Bo Jacobsson *Am J Clin Nutr.* published 1 August 2012, 10.3945/ajcn.111.031567

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=98909>

Relaterte sider (se: www.fhi.no)

- Sweetened soft drinks linked to preterm birth

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2012 – 25

Stikkord: Sukkerholdige drikker. Søtningstoffer.

Risikoen for hoftebrudd faller, men fortsatt rundt 9000 brudd per år

Publisert 30.08.2012, oppdatert: 30.08.2012, 09:19

Risikoen for hoftebrudd har falt i den norske befolkningen. Fra 1999 til 2008 gikk hyppigheten ned med 13 prosent hos kvinner og 5 prosent hos menn. Det viser en undersøkelse utført av forskere i forskningsnettverket NOREPOS, hvor flere forskere fra Folkehelseinstituttet deltar. Helsevesenet behandler likevel om lag samme antall hoftebrudd som før, fordi antall nordmenn i risikoklassen over 70 år har økt.

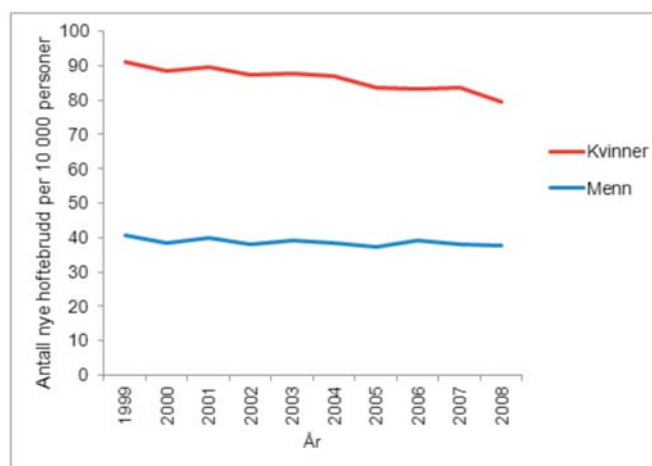
Tallene kommer fram i forbindelse med en grundig undersøkelse av data fra alle sykehus i Norge som behandlet hoftebrudd i perioden 1999 til 2008. Resultatene er publisert i tidsskriftet *European Journal of Epidemiology*. Førsteforfatter er forsker Tone Omsland ved Folkehelseinstituttet og Universitetet i Bergen.

Forskere ved Folkehelseinstituttet har samlet inn dataene i samarbeid med Universitetet i Bergen, Universitetet i Oslo, Universitetet i Tromsø og Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, som alle deltar i forskningsnettverket Norske Epidemiologiske Osteoporosestudier (NOREPOS). Kunnskapscenteret og Statistisk sentralbyrå har også deltatt i arbeidet. Forskere ved Garvan Institute of Medical Research, Sydney, Australia, bidro i analysearbeidet i forbindelse med Omslands forskningsopphold i Sydney.

Mindre risiko for å få hoftebrudd

Totalt var det i overkant av 9000 hoftebrudd hvert år i perioden 1999-2008. Syv av ti pasienter var kvinner. Det totale antallet hoftebrudd endret seg ikke over tid.

Høyrisikograppa for hoftebrudd er aldersgruppa 70 år og eldre. Når forskerne tok hensyn til at antallet personer over 70 år økte i perioden, fant de at risikoen for hoftebrudd gikk ned med 13 prosent hos kvinner og 5 prosent hos menn.



Figur 1: Hoftebrudd i Norge 1999-2008, kvinner og menn. Diagram: Tone Omsland, Folkehelseinstituttet/Universitet i Bergen.

Resultatene viser også at:

- Gjennomsnittsalder ved hoftebrudd var 82 år hos kvinner og 79 år hos menn.
- Gjennomsnittsalder ved bruddet økte med nesten ett år hos kvinner, men endret seg ikke hos menn i den undersøkte tiårsperioden.
- Forekomsten av hoftebrudd hos kvinner gikk ned i alle aldersgrupper fra 70 år og oppover, men ikke hos de under 70 år.
- Forekomsten av hoftebrudd hos menn gikk ned i aldersgruppen 75-84 år.

Usikre årsaker til nedgang i risiko

- Hvorfor har risikoen gått ned?

- Vi vet ikke sikkert. Men tidligere studier viser at økt kroppsvekt reduserer risikoen. Derfor tror vi at økende kroppsvekt i befolkningen kan ha hatt betydning, sier Omsland.

- Hva med andre faktorer som framholdes i det forebyggende arbeidet – som røyking og fysisk aktivitet?

- Det kan også spille en rolle, men vi vet ikke sikkert. Det er behov for mer forskning når det gjelder forebygging av benskjørhet og andre risikofaktorer for hoftebrudd.

Ett brudd gir økt risiko for nye brudd

Hos kvinner som allerede hadde hatt ett hoftebrudd, var risikoen å få et nytt hoftebrudd dobbelt så stor som hos kvinner som ikke hadde hatt hoftebrudd tidligere. Hos menn økte risikoen fem ganger. Totalt fikk omtrent 15 prosent av kvinnene og 10 prosent av mennene et hoftebrudd nummer to.

Fortsatt et stort helseproblem

Studien av hoftebrudd i Norge har blitt til gjennom et bredt samarbeid.

- Til tross for en nedgang i risiko for hoftebrudd, og da spesielt hos kvinner, er hoftebrudd fortsatt et stort samfunnsproblem. Selv om risikoen for den enkelte avtar, er belastningen på helsevesenet fortsatt høy fordi det totale antall brudd holder seg uforandret, sier seniorforsker Anne Johanne Sjøgaard ved Folkehelseinstituttet. Hun har vært primus motor for å få til denne studien.

- Hva styrer antall hoftebrudd i framtida?

- Forventet levealder spiller en viktig rolle. Siden forventet levealder øker og størrelsen på aldersgruppa over 70 år øker, er det grunn til å tro at hoftebrudd vil fortsette å være et stort folkehelseproblem. Vi må også i årene framover fokusere både på forebygging og behandling av hoftebrudd. Derfor trenger vi en ny handlingsplan for forebygging og behandling av slike brudd. Den forrige gikk ut i 2008, sier Sjøgaard og legger til at det sannsynligvis er mange med høy bruddrisiko som ikke får tilbud om legemiddelbehandling. En doktorgradsavhandling ved Folkehelseinstituttet viser for eksempel at bare 17 prosent av kvinnene og 5 prosent av mennene som har hatt et hoftebrudd, fikk behandling med legemidler etterpå (Devold 2012).

Om NOREPOS

NOREPOS- Norske Epidemiologiske Osteoporosestudier. NOREPOS er et samarbeid mellom fire epidemiologiske osteoporosestudier i Norge som er knyttet til helseundersøkelser i Oslo, Tromsø,

Hordaland og Nord-Trøndelag. I tillegg har NOREPOS samlet informasjon om alle hoftebrudd behandlet ved norske sykehus i perioden 1999-2008.

Faktaark: Andelen personer over 65 år i befolkningen

Faktaark: Beinskjørhet og brudd

Referanse

Omsland TK, Holvik K, Meyer HE, Center JR, Emaus N, Tell GS, Schei B, Tverdal A, Gjesdal CG, Grimnes G, Forsmo S, Eisman JA, Sjøgaard AJ. Hip fractures in Norway 1999-2008: time trends in total incidence and second hip fracture rates. A NOREPOS study. Eur J Epidemiol 2012 (engelsk sammendrag i Pubmed). DOI: 10.1007/s10654-012-9711-9

Se også: Devold H.M., Sjøgaard A.J., Tverdal A., Falch J.A., Furu K., Meyer H.E. Hip fracture and other predictors of anti-osteoporosis drug use in Norway. Osteoporos Int. 2012 Jul 10 (engelsk sammendrag i Pumed)[Epub ahead of print]

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=98917>

Referansekode i 'Helserådet': SKA 2012 - 6

Stikkord: Hoftebrudd. Osteoporose. Fallskader.

Bli man deprimert av dårlig søvn, eller omvendt?

Publisert 27.08.2012, oppdatert: 27.08.2012, 14:28

En ny studie fra Folkehelseinstituttet viser at det går begge veier: vi sover dårligere når vi er deprimert, og blir oftere deprimert når vi sover dårlig.

Studien er basert på 24,715 deltakere i Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) som svarte på to spørreskjemaer med 11 års mellomrom (1995-97 og 2006-08). De ble spurt om søvnvansker (insomni), depresjon, fysiske plager og sosioøkonomiske og livsstil faktorer. Henholdsvis 5.1 % og 6.5 % av deltakerne hadde insomni ved de to tidspunktene, og henholdsvis 8.9 og 9.3 % var deprimerede. Forskerne fant at de som hadde insomni ved begge tidspunktene hadde en 6-doblet risiko for å være deprimert på slutten av de 11 årene. Samtidig hadde de som var deprimerede ved begge tidspunktene en 7-doblet risiko for å ha utviklet insomni. Effektene var fortsatt til stede når de tok hensyn til forskjeller i demografi, livsstil- og helsevariabler ("konfunderende faktorer").

– Dette viser at årsakssammenhengen mellom søvnvansker og depresjon går begge veier, og at effekten hver vei er like sterk. Dette har ikke tidligere blitt vist i forskningslitteraturen, sier Børge Sivertsen ved Divisjon for Psykisk Helse, og hovedpersonen bak studien.

De fleste studier har kun sett på insomni som risikofaktor for senere depresjon, ikke omvendt. Veldig få studier har i tillegg sett på depresjon som risikofaktor for senere insomni, som i denne studien.

Studien finner også at effekten av insomni på depresjon er sterkere enn tidligere studier har funnet. Det kan være fordi i denne studien har de hatt strengere krav for hva betegnes som insomni, ved å inkludere nedsatt funksjon på dagtid i kriteriene (se faktaboks).

– Denne studien er viktig fordi den støtter opp under forskning som viser at tidlig behandling av en lidelse (for eksempel depresjon) trolig kan forhindre utvikling av en annen lidelse, insomni i dette tilfellet. Da begge disse lidelsene er assosiert med store individuelle og samfunnsøkonomiske konsekvenser, vil forebyggende arbeid og tidlig intervensjoner være spesielt viktig, forteller Sivertsen.

Faktaboks: Hva er insomni?

- Insomni kjennetegnes av problemer med innsovning, urolig nattesøvn, tidlig morgenoppvåking og/eller dårlig søvnkvalitet.
- Diagnosen krever at søvnvanskene medfører nedsatt funksjon på dagtid.

(Kilde: tidsskriftet.no)

Studien er utarbeidet av Folkehelseinstituttet i samarbeid med Universitetet i Bergen, Haukeland Universitets Sykehus, Helse-Fonna HF, Helse Nord-Trøndelag HF, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og Universitetet i Turku, Finland.

Referanse

Sivertsen, B. Salo, P., Mykletun, A., Hysing, M., Pallesen, S., Krokstad, S., Nordhus, I. H. and Øverland, S. (2012) The Bidirectional Association Between Depression and Insomnia: The HUNT Study. *Psychosomatic Medicine* 74 (6). DOI: 10.1097/PSY.0b013e3182648619

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=98908>

Relaterte lenker (se: www.fhi.no)

- Helseundersøkelsen i Nord Trøndelag

Referansekode i 'Helserådet': PSY 2012 – 7

Stikkord: Søvnløshet. Insomni. Depresjon.

Prevalensundersøkelse av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk (PIAH):

Infeksjoner i norske helseinstitusjoner våren 2012

Publisert 27.08.2012, oppdatert: 27.08.2012, 13:03

Omtrent én av 19 sykehuspasienter og én av 16 beboerne i sykehjem hadde en helsetjenesteassosiert infeksjon, viser Folkehelseinstituttets prevalensundersøkelse (endagsundersøkelse) våren 2012.

Folkehelseinstituttet har siden 2002, på noen utvalgte dager i året, undersøkt hvor mange prosent av pasientene som deltar i undersøkelsen som har en av følgende helsetjenesteassosierte infeksjoner: urinveisinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon eller postoperativ sårinfeksjon. I tillegg registreres blodbainfeksjoner på sykehus og i rehabiliteringsinstitusjoner, mens det i helseinstitusjoner for eldre registreres hudinfeksjoner. En helsetjenesteassosiert infeksjon er en infeksjon som oppstår under eller etter, og som følge av opphold i en helseinstitusjon. Slike infeksjoner er uheldige komplikasjoner ved behandling, og påfører pasienten unødvendig lidelse. De medfører også økte kostnader for samfunnet. Det er derfor ønskelig å redusere forekomsten av dem.

Kan helsetjenesteassosierte infeksjoner forebygges?

Vårens prevalensundersøkelse viser at omtrent 5 % av pasientene på sykehus og 6 % av beboerne på sykehjem hadde en helsetjeneste-

assosiert infeksjon på undersøkelsesdagen. Denne infeksjonsforekomsten er blant de laveste registrert siden disse undersøkelsene startet, og skyldes hovedsakelig en nedgang i forekomsten av urinveisinfeksjoner.

Det har i flere år vært fokus på forebygging av urinveisinfeksjoner i norske sykehus. Denne høsten vil det bli publisert nye retningslinjer for forebygging av urinveisinfeksjoner i helsetjenesten. I tillegg er forebygging av kateterassosierte urinveisinfeksjoner et av innsatsområdene i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender".

- Vi håper disse tiltakene vil bidra til en ytterligere reduksjon i forekomsten av slike infeksjoner i norske helseinstitusjoner, sier seniorrådgiver Nina Sorknes ved avdeling for infeksjonsovervåking ved Folkehelseinstituttet.

Hun påpeker at det viktig at hver enkelt helseinstitusjon vurderer egne resultater fra prevalensundersøkelsen, og behovet for infeksjonsforebyggende tiltak, dersom den totale forekomsten av helse-tjenesteassosierte infeksjoner skal gå ned.

Økt fokus på bruk av antibiotika

Studier viser at overforbruk og feil bruk av antibiotika fører til utvikling av antibiotikaresistens hos mikrober. Det er en nasjonal målsetting at forekomsten av antibiotikaresistens i Norge ikke skal øke. I prevalensundersøkelsene kan sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner også registrere bruk av antibiotika. Dette kan gi hver enkelt institusjon mulighet til å kontrollere om retningslinjene de har for forskrivning av antibiotika blir fulgt.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=98905>

Relaterte dokumenter (se: www.fhi.no)

- Prevalensundersøkelser - våren 2012.pdf

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 – 91

Stikkord: Sykehusinfeksjoner. Nosokomiale infeksjoner. Sykehjem.

HELSE RÅDET

Nytt fra emnebibliotek for samfunnsmedisin og folkehelsearbeid
Helsebiblioteket, Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten

Postboks 7004 St. Olavs plass, 0130 Oslo

Redaktør: Anders Smith

Telefon 92 89 56 16

Internett: <http://www.helsebiblioteket.no>

e-post: smi@helsebiblioteket.no