



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

19/12

19. oktober 2012  
20. årgang

ISSN 0806 - 7457

Nå også med nytt fra  
Folkehelseinstituttet!

*Folkehelsekonferansen 2012, Plaza hotell, Oslo 4. oktober:*

## HELSE- OG OMSORGSMINISTER JONAS GAHR STØRE OM FOLKEHELSE



Kjære forsamling

Det er en glede og en inspirasjon å få komme hit til Folkehelsekonferansen 2012.

Noen ganger tenker jeg om arrangementer som dette – hvor mye rommer en slik konferanse?

Til denne konferansen er svaret for meg – nesten alt!

Arbeidet med folkehelse rommer for meg en visjon om samfunnet, et samfunn der vi tar et felles ansvar for alles helse sammen, samtidig som vi har kunnskap og erfaring til å se at vi selv har særlig ansvar for egen helse.

Arbeidet med folkehelse, for meg, handler om å se hele liv – og hele liv rommer verdien av helse og byrden av uhelse.

De fleste av oss stifter bekjentskap med begge deler, både helse og uhelse. Derfor er det alles ansvar og mitt ansvar.

Arbeidet med folkehelse danner et tyngdepunkt i den andre enden av det jeg vil kalle "oppmerksomhetens verdikjede" innen helse. La meg forklare!

Det etablerte tyngdepunktet i oppmerksomhetens verdikjede finner vi i sykehussektoren og i den institusjonsbaserte pleie- og omsorgssektoren. Det er naturlig og lett å forstå.

En sak om helse blir en «helsesak» når den krysser målnøret inn til spesialhelsetjenesten. Se på mediene, les overskriftene, hør debattene – det er her sakene er: Skandalene, kostnadene, manglene, krisene.

Folkehelse har et videre perspektiv – som tar utgangspunkt i folkets helse og menneskets helse, og ser på det som bør være samfunnets aller viktigste anliggende:

Nemlig: Hvordan hindrer vi at jeg kommer på sykehus? Også for de som jobber i sykehus, er dette et viktig. De sier det samme.

Hvordan sikrer vi at jeg blir sett og kjent tidlig nok til å finne ut at helsen min kan være på vei mot uhelse?

Hvordan tar jeg og de rundt meg – i hjem, familie, nabolag, hjemsted, arbeidsplass – tak i de forholdene som kan trekke livet mitt mot uhelse?

Og ikke minst – hvordan sprenger vi grensene til de andre sektorene – langt utenfor helse – der opprinnelsen til så mange helsehistorier oppstår – fra trafikken, ernæringen, idretten, jobben – og ikke minst; de sosiale nettverkene jeg er en del av – eller ikke er en del av? Begge deler har betydning.

Det er her vi må skape et nytt tyngdepunkt i "oppmerksomhetens verdikjede" – hvor mye som står på spill, og hvor mye det brede folkehelseperspektivet har å si for helse og helsepolitikken – og for hele samfunnet.

Da jeg fikk denne jobben sto dette klart for meg – vi må løfte frem det brede perspektivet. Magneten mot det andre perspektivet er sterk.

Ja, jeg er og skal være sykehusminister med kraft og engasjement for de titusener som jobber i sektoren og gjør et formidabelt arbeid. Og til dem sier jeg: jeg står bak dere.

Jeg skal støtte opp om alle de som har ansvar – medisinsk og administrativt – for at sykehusene våre virker til det aller beste – for pasientene og for alle som jobber der, og dermed for samfunnet.

Jeg skal jobbe hardt for å rette opp mangler, at vi finner dem, trekker lærdom og handler.

Flere skal få behandling, ventetidene skal ned, fristbruddene skal bli færre og vi skal sikre god kvalitet og styrket innsats for pasientsikkerheten.

Vi skal fortsette med banebrytende resultater som vi har sett de siste årene når det gjelder nye behandlingsmetoder og overlevelse etter alvorlig sykdom.

Men jeg skal og må være noe mer – for helse er som sagt noe mer enn sykehus.

Derfor var mitt første reisemål som helse- og omsorgsminister til Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag – HUNT – i Levanger - fordi de har dokumentert kunnskap om helheten – om helse-verdikjeden.

Vi som politikere skal tegne et kart for morgendagens helsepolitikk. Det begynner i dag. Skal vi tegne et meningsfullt kart, må vi kjenne terrenget – hva som er folks helse, hvor den er på vei og hva som driver den. Det vet de mye om på HUNT.

Steinar Krokstad på HUNT som tegner bilder av dette terrenget, med data fra de tre HUNT-undersøkelsene, leverte sterke argumenter for at det bør bli en fjerde undersøkelse og kanskje en femte.

Dette handler ikke bare om Nord-Trøndelag – men om hele nasjonen, trøndere er faktisk som nordmenn flest.

I sin presentasjon trakk Krokstad frem en artikkel jeg skrev i Dagbladet i august 2005 under tittelen "Gjenreis sosialmedisinen". Jeg har lest den om igjen og står hundre prosent ved det jeg skrev. Det handlet om folkehelse. Det handlet om sosiale ulikheter i helse, og om komplekse sammenhenger:

For det første: Dette er ikke bare et klassisk fattigdomsproblem. Sosiale ulikheter går i slyngende kurs gjennom de fleste inntekts-, yrkes og utdanningsgrupper, vi trenger tiltak som når alle.

For det andre: vi kommer ikke forskjellene til livs om vi gjør dem til et problem for helsesektoren alene. Alle dere vet det. Og det må gjentas ofte.

Og for det tredje; dette kan ikke bare handle om individuelle livsstilsvalg, fordi sosiale strukturer i samfunnet er så viktige for å bestemme hvilke valg vi tar. Derfor er jeg glad for å være her i dag.

Dette er for meg fortsatt et utgangspunkt for arbeidet med folkehelse – en prioritet for regjeringen og en prioritet for meg som helseminister.

Mye er skjedd de siste årene. Denne regjeringen har i begge perioder satt utjevning av sosial ulikhet først på dagsorden.

Strategiene våre kan oppsummeres i én setning: «Rettferdig fordeling er god folkehelsepolitikk».

Det er det folkehelsearbeid handler om. La meg omtale noen erfaringer fra de siste årene:

I 2007 la vi frem Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Denne stortingsmeldingen er helsedelen i regjeringens utjevningsspolitikk.

Strategien peker på at fordelingen av helse i befolkningen følger bestemte hovedmønstre. Jo bedre økonomi du har, jo bedre er helsen.

Det er ingen tvil om at det står dårligere til med folkehelsen i grupper som har lav inntekt og kort utdanning. Det behøver ikke å være slik.

Derfor må rettferdighet handle om forhold i samfunnet som virker inn på helse og sykdom.

Det må handle om så grunnleggende forhold som hvordan vi deler velferden i samfunnet. Det handler om arbeid, om oppvekst og utdanning, økonomiske levekår, bolig, miljø, sosiale nettverk. Og om selvrespekt, makt og tilhørighet.

Det handler om å ta ansvar og om å dele ansvar på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer.

Vi følger feltet tett i departementet. Den årlige rapporten om arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller, viser at det er positive utviklings-trekk som påvirker fordelingen av helse i befolkningen.

Inntektsforskjellene blir mindre.

Å investere i oppvekst og utdanning er å investere i god helse. En god barndom varer gjerne livet ut.

Barnehagedekningen er nå 90 prosent. 95 prosent av 5-åringene med minoritetsbakgrunn går i barnehage. Det er et viktig bidrag til folkehelse og like forutsetninger når barna begynner på skolen.

Den positive trenden vi nå ser, er resultat av en bevisst omfordelingspolitikk og velferdsordninger som når ut til alle.

Perspektivet er ofte snevert. Det som er viktig med folkehelsearbeid er at vi kan brekke perspektivet langt ut over det som handler om helse.

Vi har gjennomført viktige reformer som også har betydning for helsen:

NAV-reformen (Arbeids- og velferdsreformen) der målet er å få flere i arbeid og aktivitet - og færre på stønad. Sykefraværet er på vei ned. Det skjer i en periode med høy sysselsetting og lav ledighet – det er bra.

Pensjonsreformen som skal sikre at vi er lenge i arbeid. Dette har vi gjort da vi ikke var i krise, og fått til med god trepartsdiallog.

Samhandlingsreformen som legger økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid. Flere må gis mulighet til flere leveår med god helse.

Samhandlingsreformen er så avgjørende fordi:

- Vi blir flere eldre, • flere lever med kroniske sykdommer og flere rammes av demens og kreft. • Samtidig kan en mindre andel av befolkningen yte omsorg.

Dette er terrenget. Vi bygger en helse- og omsorgstjeneste som kan møte disse utfordringene. Vi begynner nå.

- Som sikrer gode pasientforløp • Som bygger robuste tjenester med god kvalitet – nå og for fremtiden • Og som satser og løfter folkehelsen – for et friskere folk.

Det er mye oppmerksomhet om uenigheter i helsepolitikken. Men dette tror jeg faktisk det er bred politisk enighet om.

Og endelig; vi lagde Folkehelseloven, som er viktig for å få til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, og som utjevner sosiale helseforskjeller.

Loven ble ikke klekket ut i departementene. Den ble bygd opp på innspill og erfaringer fra de kommunene som har fått til folkehelsearbeid.

Mange av dere som bidro, er her i dag. Det var ved å lytte til dere at folkehelseloven ble mulig. Vi må hente erfaringer fra de som har skoene på.

Loven er klinkende klar på at folkehelse er et felles ansvar. Et ansvar som skal løftes opp på politisk nivå.

Loven pålegger de lokale folkevalgte å ha oversikt over helseforhold, og ta stilling til hva slags tiltak som må prioriteres først.

Jeg vil berømme Nasjonalt folkehelseinstitutt. De har laget folkehelseprofiler for hver eneste kommune og for alle fylkene. Profilene skal suppleres med regional og lokal kunnskap. Dette følges opp. Det erfarte jeg på besøk i Sarpsborg tidligere i uka der jeg fikk høre om Østfold Fylkeskommunes systematiske arbeid.

Dette er kunnskap som bereder grunnen for god handling. Med disse dataene kan kommunene få et bilde av hvor de skal legge inn trykket.

Dette er å jobbe kunnskapsbasert.

Å jobbe kunnskapsbasert er en forutsetning for å vite hvor skoen trykker, for å finne gode løsninger, for å dele god kunnskap.

Jeg nevnte folkehelseprofilene.

Jeg vil også nevne Sykepleierforbundet som vil gå i bresjen for et kunnskapsbasert helsevesen. Det er bra, jeg svarte forbundet at jeg er med. Og la meg legge til i kunnskaps- og erfaringskjeden, databankene på HUNT, pasientsikkerhetskampanjen og meldeordningene, kvalitetsregis-

trene – for å nevne noen.

Forholdene ligger dermed til rette for kunnskapsbaserte helsetjenester – og det skal bli enda bedre. Det tar vi opp i stortingsmeldingen om elektronisk samhandling som kommer i høst. Det er avgjørende.

Om ikke minst – det er stort engasjement og bevissthet blant fagfolk, folk flest, og jeg vil særlig nevne frivillig sektor. De ønsker vi tettere samarbeid med.

I går signerte fornyingsministeren på vegne av regjeringen, en avtale om samarbeid med frivilligheten og den ideelle sektoren. Et godt grunnlag for samspill.

«Helse i alt vi gjør» er selve kjernen i folkehelsearbeidet.

Utfordringen er å ivareta hensynet til folkehelsen i all politikk og å samarbeide bedre for å nå velferdsmålene.

Men la oss også notere utfordringene, noen motbakker som ikke blir slakere, men noen ganger brattere.

Det blir særlig tydelig når vi ser på hva levevaner gjør med folks helse: Vi kan i økende grad knytte sykdom til levevaner som kosthold, fysisk aktivitet, kosthold, røyking og alkohol.

Å møte noen av disse utfordringene handler om å utfordre sterke næringsinteresser. Som ikke viker for argumenter om folkehelse, som må møtes med en fast politisk vilje på vegne av folkehelse og folks helse.

Over halvparten av 40-åringene er overvektige og nærmere 1 av 5 lider av fedme – slik helsemyndighetene definerer det. WHO har satt forebygging av ikke-smittsomme sykdommer som diabetes, kreft, hjerte- og karssykdommer og kols på dagsorden, og vi følger opp i Norge.

Angst, depresjon, søvnvansker og alkoholskader er et stort samfunnsproblem, og viktige årsaker til personlig lidelse, sykefravær og arbeidsuførhet.

Vi blir flere eldre. Det er positivt. Men det betyr også at flere lever med kronisk sykdom. Samtidig blir det, relativt sett, færre i arbeid som kan hjelpe når det trengs.

En stor del av sykdomsbyrden henger sammen med hvordan vi lever, men sykdom henger også sammen med hvordan vi innretter samfunnet.

Vi vet at røykevaner og aktivitets- og kostvaner varierer systematisk med sosial posisjon. På HUNT fikk jeg for eksempel vite at vi har verdensrekord i sosial ulikhet i røyking.

Ingen må tro at dette handler om karakterbrist – det handler om systematiske forskjeller som henger sammen med manglende muligheter for å ta kontroll over eget liv. Det er et dypt alvorlig politisk tema.

På denne konferansen kommer også Sir Michael Marmot fra University College i London. Han er det verdt å lytte til. Hans budskap er at et rettferdig samfunn forutsetter at alle gis mulighet til å ta kontroll over eget liv.

Marmot har inspirert arbeidet med folkehelsestrategien, som vi er godt i gang med.

Det handler om å sørge for at barn og unge får en god start i livet. Dette er viktigst av alt. En god barndom varer livet ut.

Det handler om å skape et rettferdig arbeidsmarked og gode arbeidsforhold for alle.

Det handler om å utvikle sunne og bærekraftige lokalsamfunn.

Det handler om hva vi kan gjøre for å inkludere minoriteter og mennesker fra andre kulturer.

Folkehelse berører bredt. Hele politikkperspektivet er viktig. Derfor er så mange departementer og sektorer involvert i arbeidet med strategien.

Avslutning

Kilden til uhelse ligger i det sosiale spenningsfeltet. Det utfordrer oss til å sette et skarpt lys på hva vi, som samfunn, kan gjøre for å bevare og videreutvikle samfunnets sosiale kapital.

Et samfunns sosiale kapital forteller om graden av tillit og gjensidighet, og om hver enkelt og hele samfunnets sosiale nettverk.

Å ha rikelig med sosial kapital er et personlig gode, men det er også et fellesgode. Stoler jeg på samfunnet rundt meg?

Betydningen av sosial kapital er godt dokumentert:

Jo mer integrert vi er i lokalsamfunnet, jo mindre risiko har vi for alt fra forkjølelse til hjerteinfarkt, slag, kreft eller depresjon. Det sier noe om motstandskraft og om jeg blir sett, hørt og tatt vare på.

Det er faktisk slik at betydningen av sosiale nettverk har stor betydning for helsen – ja noen antyder at mangel på nettverk og isolasjon kommer på nivå som risikofaktor som røyking, overvekt, høyt blodtrykk eller mangel på mosjon.

Mennesker som har dårlige sosiale nettverk, har fra to til fem ganger så høy sannsynlighet for å dø av alle tenkelige årsaker, sammenliknet med mennesker som har tette bånd med familie, venner og lokalmiljø.

Dette skaper vi ikke politisk, men vi må ta det med oss inn i lokalsamfunnet og all politikkutforming.

Det er et langsiktig mål for regjeringen å redusere sosiale helseforskjeller, uten at noen grupper får dårligere helse.

En nøkkelstrategi er å legge vekt på hva som bygger sosial kapital i hele samfunnet. Strategier som legger til rette for et inkluderende samfunn som fremmer vilkår for både kroppens og sinnets helse.

Strategier som inkluderer og integrerer alle typer mennesker: Mennesker med en annen kultur, mennesker som er eller har vært syke, de som opplever ensomhet, som skal finne seg til rette i samfunnet, pårørende til psykisk syke og rusavhengige – kort sagt alle mulige mennesker i alle deler av livet.

Vi trenger nye og oppfinnsomme partnerskap mellom offentlig, privat og frivillig sektor. Slike partnerskap må til for å trenge inn i de sosiale sammenhengene som spinner helse for noen og uhelse for andre – lenge før vi dukker opp i statistikkene for stykkpris og dødsfall i sykehuse.

Dere, kjære venner, er viktige i dette arbeidet – som ledere, planleggere og fagfolk i kommuner og i forvaltningen, som forskere og lærere, som studenter, og som tillitsvalgte og medarbeidere i frivillige organisasjoner.

Lykke til med konferansen!

Referansekode i 'Helserådet': MET 2012 – 3

Stikkord: Folkehelse. Sosial kapital. Sosialt nettverk. Støre Jonas Gahr.

## HVEM SKAL FØRE TILSYN MED MILJØRETTEDE HELSEVERN?

Av Anders Smith, redaktør av 'Helserådet'

Hvorfor er det i det hele tatt aktuelt å stille dette spørsmålet? Er det ikke for "all tid" gitt at det er kommunene som har en slik oppgave? Nedenstående er redaktørens egne betraktninger. Sentrale helsemyndigheter har ikke tatt opp saken til endelig vurdering.

Folkehelsesloven slår jo fast at det er kommunenes oppgave å "føre tilsyn med de faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid kan ha innvirkning på helsen" (Folkehelsesloven § 9).

Allikevel melder spørsmålet seg fra tid til annen, ikke minst når det gjelder tilsyn med kommunal virksomhet. Da er det gjerne uttrykket "bukken og havresekken" som brukes, d.v.s. at det er kommunen som er satt til å føre tilsyn med sine egne virksomheter. I den forbindelse er det gjerne kommunale skoler og kommunale barnehager som har vært trukket frem. Kan det for eksempel tenkes at den kommunale myndighet unnlater å stille tilstrekkelige krav til en kommunal skole for å spare penger eller for å prioritere andre kommunale oppgaver?

Å ta utenforliggende hensyn ved tilsynsutførelsen er i prinsippet ulovlig ("myndighetsmisbruk"), noe som overordnet forvaltningsmyndighet og domstolene kan reagere på. Forvaltningsloven har habilitetsregler i kapittel 2. Det ligger også en etisk utfordring i å tenke habilitet/inhabilitet når myndighet skal utøves. Ellers skulle man jo tro at en kommune kvier seg for å begå lovbrudd. Men det har jo de siste årene vært flere mediasaker om korrupsjon og lignende i kommuner.

Befolkningen har nok i stor grad fortsatt tillit til at den "lokale bukken" (d.v.s. kommunen) ikke blir satt til å passe havresekken (fortsatt kommunen!) på en tvilsom måte. Begrunnelsen er gjerne at kommunen har den nødvendige lokale kompetanse i motsetning til et sentralt forvaltningsnivå som ikke har slik kompetanse.

Miljørettet helsevern er dels et fag og dels et politikkområde. Og slik må det være: det må ligge faglig arbeid til grunn for administrative/politiske avgjørelser. Hvilken faglig kompetanse er nødvendig for å godkjenne og drive en skole? Her er det snakk om teknisk/hygienisk kompetanse, ingeniørfaglig kompetanse, juridisk kompetanse, helsefaglig kompetanse og kompetanse fra f. eks. idretts- og kulturetat.

Ansvar for skolene i en kommune innebærer at det fortløpende fattes administrative eller politiske vedtak (enkeltvedtak) i den hensikt å sikre gode og forsvarlige forhold for elever og ansatte. Hvis noen mener at forholdene ikke er gode nok, kan det klages. Kommunens enkeltvedtak kan påklages til fylkesmannen etter § 19.

Hvis noen har bedt kommunen om å gi pålegg om konsekvensutredning, retting eller stansing av kommunal virksomhet eller eiendom, så er også her kommunens beslutning om hvordan pålegget skal følges opp, et enkeltvedtak selv om pålegg ikke blir gitt. Dette kan med god grunn hevdes å følge av forskrift om miljørettet helsevern, § 16, 2. ledd. Det er dette som vi her i 'Helserådet' har kalt "vedtak om ikke å fatte vedtak", kfr. artikkel i 'Helserådet' nr. 12-13/99. Det dreier seg altså om at kommunen har besluttet ikke å bruke sin vedtakskompetanse.

Alle enkeltvedtak, inkludert "vedtak om ikke å fatte vedtak", kan påklages til fylkesmannen etter Folkehelsesloven § 19.

Foelrderåd m. fl. kan derved, når kravet om rettslig klageinteresse er oppfylt, få Fylkesmannens vurdering av en kommunal avgjørelse om at vilkårene for retting ikke er oppfylt. Fylkesmannen kan overprøve alle sider ved saken og kommunens skjønn. Dette burde skape større rettsikkerhet for barna lokalt, større likhet for barn i ulike deler av landet og gjøre det vanskeligere for bukken (kommunen) å passe havresekken.

Ikke alle besværing som f. eks. aktive foreldre fremsetter overfor kom-

munen, gir grunnlag for klage i henhold til ovennevnte regelverk. Her kan de som besværer seg, bruke andre virkemidler, f. eks. pressen som den fjerde statsmakt. På den annen side kan en del ting forbli usagt i kommuner med sterk enhetskultur, ting som nok burde ha vært gjenstand for en formell klage.

Det kommunale selvstyret står sterkt i Norge. Dette er også den sittende regjeringens standpunkt. Folkehelse skapes der folk bor og oppholder seg hvilket den nye folkehelsesloven bærer et klart preg av. Inkludert i dette synet er også det forhold at tilsynsorganene har (og bør ha) en nærhet til tilsynsobjektene, geografisk og forvaltningsmessig.

Men skolene representerer et problem. Kunne det tenkes at bare tilsynet med skoler sentraliseres? Eller vil det få konsekvenser for det miljørettede helsevernet i andre sektorer. Hvis hele eller store deler av det miljørettede helsevernet blir lagt til den regionale stat (Fylkesmannen), vil det trolig bety en ganske stor modifikasjon av det kommunale selvstyret. Det ville nemlig måtte føre til tapping av faglig kommunal kompetanse, og det ville gå ut over mangt et lokalt engasjement.

Dersom tilsynsmyndigheten flyttes til statlig myndighet, vil sistnevnte også fort kunne bli involvert i veiledning om miljørettet helsevern, og vi vil få en vanskelig grenseoppgang mellom kommunens (eventuelle) veiledning og fylkesmannens veiledning. Etter noens mening er det ikke hensiktsmessig at fylkesmannen får noen sentral rolle i veiledning av primærvirksomheter innen miljørettet helsevern. Veiledning i miljørettet helsevern forutsetter lokalt fokus, og det kan være hensiktsmessig med lokal kjennskap til f. eks. hvordan bedrifter av samme art innretter seg i en kommune. Jo mer lokal myndighet som tillegges fylkesmannen, desto mer kan det spøke for lokaladministrasjonens relevante kunnskap slik det kreves i Folkehelsesloven § 5, og det vil bli lengre vei for lokalbefolkningen for å bli hørt.

Fylkesmennene og fylkeslegene har i ulik grad vist interesse for miljørettet helsevern. Slik det er i dag, kan vi si at Fylkesmannen fører "tilsyn med tilsynet", d.v.s. at Fylkesmannen fører tilsyn med hvordan kommunen selv fører tilsyn med miljørettet helsevern i private og offentlige virksomheter.

Trolig bør man holde på dette prinsippet, men i sterkere grad satse på at fylkesmennene fører et *strengere* tilsyn på området. Fylkesmannen bør etter noens mening *ikke* bruke sine ressurser til å se på virksomhetene på "grasrota", men heller konsentrere seg om kommunene. Bedre tilsyn med *kommunene* vil kunne gi bedre muligheter for å se ting i sammenheng.

I Fornyings- og administrasjonsdepartementets utredning "Fylkesmannsrollen – Utvikling og utfordring", mars 2012 side 8 heter det at Fylkesmannen i hovedsak har kommunene som adressater. Og side 9: "Fylkesmannen har i den tiårige reformperioden (2002 – 2012 red.anm.) i stor grad vært preget av en konsolidering av fylkesmannens viktigste hovedfunksjoner. Fylkesmannen skal fortsatt være statens viktigste samordningsinstans overfor kommunene". Videre sies det i utredningen at dels har det vært en målsetting å begrense bruken av detaljstyrende virkemidler overfor kommunene, dels at styringen av kommunene er blitt sterkere, jf. den sterke vekst i individuelle rettigheter for innbyggerne: "Kjernen i Fylkesmannens oppgaveportefølje er som før påpekt, den kommunerelaterte virksomheten. Det er her organisasjonen som helhet har sin styrke ved en unik bredde i faglig sektorkompetanse, økonomisk og juridisk kommunekompetanse, meklingskompetanse, og ikke minst med inngående kunnskap om hver enkelt kommunes situasjon og særlige utfordringer. Det er imidlertid lang tradisjon for at Fylkesmannen også er tillagt andre typer oppgaver med direkte innbyggertilknytning. Dette er det både praktiske og rasjonelle grunner til. Det kan likevel være grunn til å peke på at omfanget av denne type oppgaver samlet sett ikke bør bli så stort at de over tid kan bidra til å underminere de kjernerelaterte kommunepopgavene. Denne balansegangen er det viktig å ha med seg når Fylkesmannens oppgaveportefølje drøftes".

Hvis Fylkesmannen overtar kommunenes tilsyn med miljørettet helsevern i skolene, bortfaller hans tilsyn med at kommunene selv fører slikt tilsyn. Hva er mest arbeidskrevende av de to? Dersom *skoletilsynet* statliggjø-

res, men ikke annet tilsyn med miljørettet helsevern, kan det oppstå en situasjon som gjør at Fylkesmannen fører både "primærtilsyn" og "meta-tilsyn".

I den grad tilsynet med miljørettet helsevern legges til Fylkesmannen, vil Helsedirektoratet eller Departementet bli klageinstans. Det synes å være en lite hensiktsmessig ordning i en tid hvor man for Fylkesmannsembetene ønsker "tilføring av oppgaver fra sentralt nivå for å avlaste departementene og rendyrke deres (d.v.s. departementenes – red. anm.) rolle som sekretariat for politisk ledelse og gjennomførere av sektorpolitikk", jf. Fylkesmannsrollen side 9. For Helsedirektoratets del vil det bli spørsmål om prioritering mellom "følge med funksjonen", forvaltningsoppgaver og gjennomføring av statlig politikk.

Ligger det noen fordel i interkommunale tilsynsorganer? 'Helserådet' har gjennom mange år drøftet spørsmålet om interkommunalt samarbeid om helseoppgaver. I 2006 hadde vi en artikkelserie gående med nettopp tittelen: "Interkommunalt samarbeid om helsetjenester". Artikkelsen ble i februar 2007 utgitt som eget hefte.

En interkommunalisering av tilsynet med skoler og barnehager vil trolig gjøre det lettere å gi informasjon til foreldre om skoler som ikke er godkjent.

Hva med fylkeskommunen som tilsynsmyndighet? Problemet er jo at fylkeskommunene også er eiere/drivere av skoler (de videregående skolene).

Det som her er skrevet, trekker i retning av fortsatt kommunalt tilsyn med miljørettet helsevern, også i skoler og barnehager. Men hva med godkjenning? Er det riktig at kommunene også godkjenner sine egne skoler? Da skal vi tilbake til 1990-tallet. Den gang uttrykte Forebyggingsavdelingen i Statens helsetilsyn skepsis til bruk av offentlig godkjenning som virkemiddel på forebyggingssektoren. Begrunnelsen var en "engstelse" for at brukerne av virksomheten skulle trekke for vidtgående slutninger av det faktum at virksomheten var godkjent. Det var i hvert fall viktig å gjøre klart, mente man, at godkjenning er en godkjenning for oppstart av virksomheten, men ikke en godkjenning for en mer eller mindre fjern fremtid. Og, i samsvar med dette, at godkjenning gis pr. et bestemt tidspunkt, altså at vilkårene for godkjenning på det tidspunktet var tilfredsstillende. Det ble gjort henvisninger til Petroleumsloven som i stedet sterkt vektla internkontrollprinsippet som det sentrale prinsipp.

Kanskje bør vi endre språkbruken og heller si at en skole "ble godkjent" eller at skolen "har/er blitt godkjent" fremfor å si at skolen "er godkjent". Å si at "skolen er godkjent" har samme grammatikalske form som at "døren er lukket". Dette er i høy grad egnet til å forvirre.

Folkehelseloven § 10, første ledd hjemler forskrifter om godkjenning "før eller ved iverksetting av virksomhet". Ved manglende godkjenning kan kommunen etter en forholdsmessighetsvurdering kreve virksomheten stanset. Men stansningsreaksjonen passer dårlig for virksomheter som samfunnsmessig er så nødvendige at de i realiteten ikke kan stanses, for eksempel skoler. Dette siste gjelder uansett om det er kommunen eller Fylkesmannen som er tilsyns-/godkjenningsorgan. Ved manglende effektive rettslige virkemidler taper godkjenningskravet i anseelse, selv om man ikke skal se bort fra den pedagogiske og symbolske effekt av manglende godkjenning. Et alternativ til f. eks. godkjenning hvert tredje år, er en meldepliktordning med samme intervall (3 år). Forskjellen mellom meldeplikt og godkjenning ligger i forventningene til myndighetenes oppfølging. Man skal ikke se bort fra at meldeplikt kan passivisere kommunen ytterligere.

Referansekode i 'Helserådet': HRE 2012 – 5

Stikkord: Tilsyn. Godkjenning. Miljørettet helsevern. Skoler. Barnehager. Kommuner. Fylkesmannen.

Kommunal Rapport:

## 6-ÅRINGER GIKK PÅ HELSEFARLIG SKOLE I ETT ÅR

**56 førsteklasinger i Os i Hordaland gikk i ett år på en skole som kommuneoverlegen hadde stengt. Mange foreldre opplevde at barna kom hjem med hodepine.**

3. oktober 2012 - 8:55 | Av NTB

Verken foreldrene eller skolens rektor fikk vite at kommuneoverlegen mente det var helsefarlig å bruke skolen og derfor stengte den, skriver Bergens Tidende.

– Hadde jeg visst dette, hadde vi stengt skolen på dagen, sier rektor Beate Moberg ved Os skule.

Kommuneoverlege Jon Vangdal Aamaas stengte skolen i fjor etter flere klager fra elever med hodepine og konsentrasjonsproblemer. Etter at en ventilasjonsmåling viste at luften var altfor dårlig i første etasje av Kviteskulen, en 100 år gammel bygning ved Os skule, ga han beskjed om at skolen skulle stenges i august 2011 hvis ikke tilfredsstillende ventilasjon ble installert.

Likevel har skolebygningen vært i bruk hele tiden. Først denne uken starter arbeidene med nytt ventilasjonsanlegg.

Det hører også med til historien at de 56 førsteklasingene har vært fordelt på totalt tre klasserom. Hvert klasserom er bare godkjent for fem elever.

– Det er ingen som er fornøyd med det som har skjedd, sier ordfører Terje Søviknes (Frp).

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2012 -24

Stikkord: Inneklima. Skole. Os.

## ARTIKLER PÅ [www.helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no)

Nedenfor gjengis overskriftene i artikler innen samfunnsmedisin og folkehelse som er lagt ut på [www.helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no) siden forrige oversikt som var i 'Helserådet' nr 17/12.

For å kunne lese artiklene må du gå inn på denne nettadressen: 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.

- 05.10.2012 Helsefarer ved asfaltarbeid
- 05.10.2012 Lett fysisk aktivitet to ganger i uken gir lavere blodsukker
- 04.10.2012 Røntgenkjemi løser koleragåte
- 04.10.2012 Idrettsanlegg gir lite nytte for næringslivet
- 04.10.2012 Hjertefare for overvektige barn
- 03.10.2012 - Morgentrening uten kalorier
- 03.10.2012 Mangel på D-vitamin øker risikoen for diabetes
- 03.10.2012 Større overvektrisiko blant enebarn
- 01.10.2012 Nærmere p-pille for menn

## Informasjon til publikum:

### Stor helsegevinst ved å vaksinere seg mot influensa

Publisert 26.09.2012, oppdatert: 26.09.2012, 12:26  
Stikkord: Influensa

Nær én million mennesker i Norge har økt risiko for komplikasjoner til influensasykdom. Av de som får komplikasjoner vil noen trenge behandling i sykehus. Noen opplever å få varig svekket helse som følge av sykdommen. Årets influensavaksine er nå distribuert til helsetjenesten i hele landet. Tilhører du en av risikogruppene, og ønsker årets influensavaksine, kan du ta kontakt med din fastlege. I noen kommuner har man egne vaksinasjons-tilbud.

Det viktigste forebyggende tiltaket for å unngå influensa er vaksinasjon. Influensavaksinen bør fortrinnsvis tas i løpet av september-november, og full beskyttelse oppnås etter én til to uker.

Den positive helseeffekten ved å la seg vaksinere mot influensa gjelder særlig for personer som har fylt 65 år, gravide etter 12. svangerskapsuke og personer med kjente medisinske risiksykdommer, uansett alder. Selv om influensavaksinen ikke gir full beskyttelse mot smitte hos alle, kan forløpet av sykdommen bli mer kortvarig og mildere når man er vaksinert.

#### Risikogrupper som anbefales å vaksinere seg er:

- Alle fra fylte 65 år
- Beboere i omsorgsbolig og sykehjem
- Gravide etter 12. svangerskapsuke (2. og 3. trimester)
- Barn og voksne med:
  - o diabetes mellitus, type 1 og 2
  - o kronisk luftveissykdom
  - o kronisk hjerte-/karsykdom
  - o kronisk leversvikt
  - o kronisk nyresvikt
  - o kronisk nevrologisk sykdom eller skade
  - o nedsatt infeksjonsforsvar
  - o betydelig fedme (BMI over 40)

I tillegg til risikogruppene anbefales det at helsepersonell som har pasientkontakt tar vaksinen. Disse er i stor grad utsatt for smitte, og kan også utgjøre en betydelig smitekilde for pasienter dersom de selv blir smittet.

Les mer om anbefaling av influensavaksine til helsepersonell her: (se: [www.fhi.no](http://www.fhi.no))

- Helsepersonell anbefales influensavaksine

For sesongen 2012/2013 er sesonginfluensavaksinen også anbefalt til svine-røktere og andre som har regelmessig kontakt med levende griser. Hovedhensikten med vaksinasjon av svine-røktere er å beskytte grisene mot influensasmitte og å hindre utvikling av virus med nye egenskaper i svine-besetningene.

#### Kort om influensavaksinen

- Influensavirus endrer seg hele tiden. For å oppnå best mulig beskyttelse tilpasses vaksinen hvert år. Effekten av vaksinen avtar over tid. Vi anbefaler derfor at vaksinen tas årlig.
- Influensavaksinen kan ikke gi influensasykdom.
- Influensavaksinen har vært brukt i mange år og gir generelt få bivirkninger. Som andre vaksiner kan den gi en lett sykdomsfølelse og feber, samt ømhet der vaksinen er satt.

Les mer om influensa og influensavaksinasjon her: (se: [www.fhi.no](http://www.fhi.no))

- Informasjonsbrosjyren "Det er tid for den årlige influensavaksinen"
- Informasjonsbrev til gravide om influensa og influensavaksine
- Sesonginfluensa - spørsmål og svar
- Smittevernaboka (e-bok) - Influensa
- Vaksinasjonsboka (e-bok) - Influensavaksine

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=99401>

#### Relaterte sider (se: [www.fhi.no](http://www.fhi.no))

- Brosjyre til publikum: - Det er tid for den årlige influensavaksinen
- Smittevernaboka - Influensa
- Vaksinasjonsboka - Influensavaksine
- Vaksine mot sesonginfluensa - spørsmål og svar

#### Relaterte publikasjoner (se: [www.fhi.no](http://www.fhi.no))

- Det er tid for den årlige influensavaksinen
- Sesonginfluensa og vaksine til gravide

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 – 105

Stikkord: Influensa. Sesonginfluensa.

### Helsepersonell anbefales influensavaksine

Publisert 26.09.2012, oppdatert: 26.09.2012, 12:24  
Stikkord: Influensa

Helsepersonell som har pasientkontakt er i stor grad utsatt for influensasmitte, og kan være en betydelig smitekilde for sine pasienter dersom de selv blir smittet. Vaksinering av helsepersonell er derfor et viktig tiltak for å forebygge influensasykdom både hos helsepersonell og pasienter.

Nær én million mennesker i Norge har økt risiko for å få komplikasjoner etter influensasykdom og i gjennomsnitt dør anslagsvis 900 mennesker årlig som følge av influensa [1]. En hovedhensikt med influensavaksinering av helsepersonell er å redusere alvorlig sykdom og dødsfall blant pasienter.

#### Mer utsatt for influensasmitte

Helsepersonell har økt risiko for influensa gjennom sitt arbeid sammenliknet med andre arbeidstakere [2]. Etter en influensasessong har flere helsearbeidere vært utsatt for influensaviruset uten at de selv kan huske å ha gjennomgått sykdommen [3]. Studier viser i tillegg at helsepersonell har en tendens til å gå på jobb selv om de er syke [4, 5]. Vaksinering er derfor et viktig tiltak for å forebygge influensasykdom og smitte blant helsepersonell.

#### Helsepersonell som smittespredere

Helsepersonell kan være smittespredere av influensavirus på sin arbeidsplass. Helsepersonell kan smitte andre kollegaer [6], og de kan smitte pasienter med økt risiko for alvorlig influensasykdom [5]. Gjennom vaksinasjon av helsepersonell ønsker man spesielt å beskytte pasienter som har økt risiko for alvorlig influensasykdom, inkludert de som ikke selv oppnår god beskyttelse av influensavaksinen (som for eksempel små barn, eldre og immunsupprimerte).

#### Opprettholde et godt helsetilbud

Helsepersonell får ofte en økt arbeidsbelastning i vinterhalvåret, på grunn av økt sykkelighet blant pasienter og økt sykefravær blant kolleger. Dersom mange ansatte på en arbeidsplass blir syke samtidig, kan dette føre til problemer med å opprettholde et godt helsetjenestetilbud. Influensavaksinasjon av helsepersonell er derfor også et forebyggende tiltak for opprettholdelsen av et godt helsetjenestetilbud.

#### Referanseliste

1. Gran JM, Iversen B, Hungnes O, Aalen OO. Estimating influenzarelated excess mortality and reproduction numbers for seasonal influenza in Norway, 1975-2004. *Epidemiol Infect.* 2010; 138:1559-68.
2. Kuster SP, Shah PS, Coleman BL, Lam PP, Tong A, Wormsbecker A, McGeer A. Incidence of influenza in healthy adults and healthcare workers: a systematic review and metaanalysis. *PLoS One.* 2011; 6:e26239.
3. Elder AG, O'Donnell B, McCruden E, Symington IS, Carman WF.

Incidence and recall of influenza in a cohort of Glasgow healthcare workers during the 1993–4 epidemic: results of serum testing and questionnaire. *BMJ* 1996; 313:1241-2

4. Wilde JA, McMillan JA, Serwint J, Butta J, O'Riordan MA, Steinhoff MC. Effectiveness of influenza vaccine in health care professionals: a randomized trial. *JAMA* 1999; 281:908-913
5. Salgado CD, Farr BM, Hall KK, Hayden FG. Influenza in the acute-hospital setting. *Lancet Infect Dis.* 2002; 2:145-55.
6. Srinivasan A, Perl TM. Respiratory protection against influenza. *JAMA.* 2009; 302:1903-4.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=99400>

**Relaterte sider** (se: [www.fhi.no](http://www.fhi.no))

- Smittevern boka - Influenza
- Vaksinasjonsboka - Influenzavaksine

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 – 106

Stikkord: Influenza. Sesonginfluenza.

## Informasjonsbrev til gravide om influenzavaksinasjon 2012-2013

Publisert 26.09.2012, oppdatert: 01.10.2012, 13:23

Stikkord: Influenza, Svangerskap (graviditet)

I forbindelse med at gravide anbefales å vaksinere seg mot sesonginfluenza, har Folkehelseinstituttet utformet et informasjonsbrev til gravide.

Informasjonsbrevet er tilgjengelig på bokmål og nynorsk, og er beregnet på gravide som ønsker informasjon om anbefalingene, samt helsepersonell som skal informere gravide om influensa og influenzavaksinasjon.

Gravide i 2. og 3. trimester blir anbefalt vaksinasjon mot sesonginfluenza kommende høst og vinter. Gravide i 1. trimester med annen tilleggsrisiko kan vurderes for vaksinasjon.

Les mer om anbefalingene i informasjonsbrevet: (se: [www.fhi.no](http://www.fhi.no))

- "Sesonginfluenza - Vaksine til gravide kan beskytte både mor og det nyfødte barnet"

For referanser til studier som ligger til grunn for anbefaling av influenzavaksine til gravide, se presentasjon holdt under Vaksinedagene 2012:

- Bakgrunn for anbefaling om sesonginfluenzavaksine til risikogrupper – med fokus på gravide

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=99398>

**Relaterte sider** (se: [www.fhi.no](http://www.fhi.no))

- Smittevern boka - Influenza
- Vaksinasjonsboka - Influenzavaksine
- Vaksine mot sesonginfluenza - spørsmål og svar

**Relaterte publikasjoner** (se: [www.fhi.no](http://www.fhi.no))

- Det er tid for den årlige influenzavaksinen
- Sesonginfluenza og vaksine til gravide

**Relaterte dokumenter** (se: [www.fhi.no](http://www.fhi.no))

- Bakgrunn for anbefaling av sesonginfluenzavaksine til risikogrupper – med fokus på gravide

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 – 107

Stikkord: Influenza. Sesonginfluenza. Gravide.

## Sesonginfluenzavaksinasjon skal meldes til SYSVAK

Publisert 02.10.2012, oppdatert: 02.10.2012, 14:54

Fra januar 2011 ble det innført meldeplikt for alle vaksinasjoner til det nasjonale vaksinasjonsregisteret SYSVAK, jfr. Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK-registerforskriften). Dette innebærer at også sesonginfluenzavaksinasjon skal meldes til SYSVAK.

Helsepersonell er pålagt å melde sesonginfluenzavaksinasjon til SYSVAK såfremt den vaksinerte samtykker til dette. Muntlig samtykke dokumentert i journalen er tilstrekkelig.

- SYSVAK-kode
  - o Årets influenzavaksiner har SYSVAK-kode FLU02
- Vaksinasjonene kan registreres på papirskjema for de som ikke har mulighet for elektronisk overføring via sitt elektroniske pasientjournal-system. Dersom du er usikker på om du har mulighet for elektronisk overføring, ta kontakt med din journalleverandør.
- Lenke til registreringsskjema SYSVAK
- Lenke til informasjonsbrosjyre om SYSVAK

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 – 102

Stikkord: Influenzavaksine. Sesonginfluenza. SYSVAK.

**Høsten 2012:**

## Utbrudd av vankomycinresistente enterokokker (VRE) ved Sykehuset Østfold

Publisert 02.10.2012, oppdatert: 02.10.2012, 21:05

Folkehelseinstituttet har blitt varslet om et utbrudd av vankomycinresistente enterokokker (VRE) med vanA resistensmekanisme ved Sykehuset Østfold. Første tilfelle ble oppdaget 15. august, og per 1. oktober er det meldt 37 tilfeller. To av pasientene har hatt en behandlingstrengende VRE-infeksjon, mens de resterende 35 har vært bærere.

Enterokokker tilhører normalfloraen i tarm og forårsaker sjelden alvorlige infeksjoner. Det er likevel viktig å hindre spredning av resistente bakterier i sykehus, fordi det der finnes mennesker som er mer sårbare for disse enn i befolkningen forøvrig. Det er derfor satt i gang en rekke smitteverntiltak ved Sykehuset Østfold, og forekomsten av VRE følges nøye. Folkehelseinstituttet anbefaler helseinstitusjoner som mottar pasienter fra Sykehuset Østfold å undersøke disse for VRE. Mer informasjon om anbefalte smitteverntiltak ved håndtering av VRE i helseinstitusjoner finner du under "Relaterte sider" nedenfor. Under "Relaterte lenker" finner du også en lenke til Sykehuset Østfold sine hjemmesider. Kontaktperson ved Sykehuset Østfold i forbindelse med VRE-utbruddet er smittevernoverlege Jetmund Ringstad.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=99509>

**Relaterte sider** (se: [www.fhi.no](http://www.fhi.no))

- Nasjonal anbefaling: - Håndtering av vankomycinresistente enterokokker (VRE) ved norske sykehus og sykehjem

**Relaterte lenker** (se: [www.fhi.no](http://www.fhi.no))

- Sykehuset Østfolds hjemmeside

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 – 103

Stikkord: Vankomycinresistens. Enterokokker.

**Brosjyre til publikum:**

## Det er tid for den årlige influenzavaksinen

Publisert 26.09.2012, oppdatert: 26.09.2012, 12:22

Stikkord: Influenza

Publikumsbrosjyren om vaksine mot sesonginfluensa er klar. Brosjyren kan bestilles fra Publikasjonssenteret på Folkehelseinstituttet.

I forbindelse med årets vaksinerings mot sesonginfluensa har Folkehelseinstituttet utformet en informasjonsbrosjyre. Brosjyren inneholder informasjon om risikogrupper og helsegevinster ved influensavaksinasjon. Informasjonen er tilgjengelig på bokmål og nynorsk.

Landets kommuner har fått tilsendt et antall brosjyrer. Flere kan bestilles ved behov.

- "Det er tid for den årlige influensavaksinen"

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=99396>

**Relaterte sider** (se: [www.fhi.no](http://www.fhi.no))

- Smittevern boka - Influensa
- Vaksinasjonsboka - Influensavaksine
- Informasjon til publikum: - Stor helsegevinst ved å vaksinere seg mot influensa
- Vaksine mot sesonginfluensa - spørsmål og svar

**Relaterte publikasjoner** (se: [www.fhi.no](http://www.fhi.no))

- Sesonginfluensa og vaksine til gravide

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 – 108

Stikkord: Influensa. Sesonginfluensa.



## Rekvisisjon (remisse) for prøver til nasjonal overvåking av antiviral resistens ved nyoppdaget hivinfeksjon

Publisert 02.10.2012, oppdatert: 02.10.2012, 21:04

Stikkord: Hivinfeksjoner (aids)

Alle nydiagnostiserte hivsmittede i Norge har siden 2006 blitt undersøkt med hensyn på resistensmønster for revers transkriptase og protease. Det er nå utarbeidet en ny rekvisisjon som skal brukes ved innsending av prøver for resistensbestemmelse.

Rekvisisjonen skal følge prøver til resistensbestemmelse fra alle pasienter med nyoppdaget hiv-infeksjon i Norge. Prøvene skal sendes Avdeling for Mikrobiologi ved Oslo Universitetssykehus HF Ullevål, som utfører HIV resistensanalysene for hele landet. Avdeling for Mikrobiologi sender et tolket svar direkte til rekvisisjonen samt rapporterer avidentifisert virussekvens elektronisk til RAVN (Resistensovervåking av antivirale midler i Norge) ved Folkehelseinstituttet, som har ansvar for nasjonal overvåking av HIV-resistens. Resultatene av disse resistensundersøkelsene vil kobles til opplysninger gitt i MSIS-meldingen, og det er derfor viktig at rekvisisjonen påføres MSIS meldenummer.

Rekvisisjonen kan bestilles fra Folkehelseinstituttet (se lenke nedenfor)

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=99518>

**Relaterte publikasjoner** (se: [www.fhi.no](http://www.fhi.no))

- Rekvisisjon (remisse) for prøver til nasjonal overvåking av antiviral resistens ved nyoppdaget HIV-infeksjon

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 – 101

Stikkord: Hiv. Aids.

## Uendret anbefaling om denne sesongens influensavaksine

Publisert 10.10.2012, oppdatert: 10.10.2012, 16:55

Norske helsemyndigheter opprettholder anbefalingene om vaksinerings med Fluarix mot årets sesonginfluensa. Alle personer med økt risiko for alvorlige komplikasjoner av influensa, anbefales vaksinerings.

Finske myndigheter anbefaler at vaksinen Fluarix ikke skal gis til personer under 65 år. Bakgrunnen for dette er en hypotese fremsatt av finske forskere om en mulig mekanisme for utvikling av narkolepsi hos personer som tidligere er vaksinert med Pandemrix. Europeiske legemiddelmyndigheter vil gå gjennom de vitenskapelige dataene som ligger bak den finske hypotesen og vil informere om konklusjonene fra denne gjennomgangen.

Norske myndigheter mener resultatene er så usikre at det ikke er grunnlag for å endre anbefalingene om vaksinasjon nå. De finske resultatene vil bli nærmere vurdert på europeisk nivå i løpet av kort tid og Norge vil følge europeiske anbefalinger. Det er ikke meldt om noen tilfeller av narkolepsi etter vaksinasjon med Fluarix.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=99646>

**Relaterte lenker** (se: [www.fhi.no](http://www.fhi.no))

- Pressemelding fra det finske folkehelseinstituttet

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 – 111

Stikkord: Influensa. Sesonginfluensa.

**Høsten 2012:**

## Utbrudd av vankomycinresistente enterokokker (VRE) ved Sykehuset Østfold

Publisert 02.10.2012, oppdatert: 02.10.2012, 21:05

Folkehelseinstituttet har blitt varslet om et utbrudd av vankomycinresistente enterokokker (VRE) med vanA resistensmekanisme ved Sykehuset Østfold. Første tilfelle ble oppdaget 15. august, og per 1. oktober er det meldt 37 tilfeller. To av pasientene har hatt en behandlingstrengende VRE-infeksjon, mens de resterende 35 har vært bærere.

Enterokokker tilhører normalfloraen i tarm og forårsaker sjelden alvorlige infeksjoner. Det er likevel viktig å hindre spredning av resistente bakterier i sykehus, fordi det der finnes mennesker som er mer sårbare for disse enn i befolkningen forøvrig. Det er derfor satt i gang en rekke smitteverntiltak ved Sykehuset Østfold, og forekomsten av VRE følges nøye. Folkehelseinstituttet anbefaler helseinstitusjoner som mottar pasienter fra Sykehuset Østfold å undersøke disse for VRE. Mer informasjon om anbefalte smitteverntiltak ved håndtering av VRE i helseinstitusjoner finner du under "Relaterte sider" nedenfor. Under "Relaterte lenker" finner du også en lenke til Sykehuset Østfold sine hjemmesider. Kontaktperson ved Sykehuset Østfold i forbindelse med VRE-utbruddet er smittevernoverlege Jetmund Ringstad.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=99509>

**Relaterte sider** (se: [www.fhi.no](http://www.fhi.no))

- Nasjonal anbefaling: - Håndtering av vankomycinresistente enterokokker (VRE) ved norske sykehus og sykehjem

**Relaterte lenker** (se: [www.fhi.no](http://www.fhi.no))

- Sykehuset Østfolds hjemmeside

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 – 103

Stikkord: Vankomycinresistens. Enterokokker.



## Revidert preparatomtale for Malarone – tidsbegrenset bruk fjernet

Publisert 26.09.2012, oppdatert: 26.09.2012, 13:24  
Stikkord: Malaria

Doseringsavsnittet i preparatomtalene til Malarone/Malarone Junior er nå endret, og begrensningen på opptil 28 dagers profylaktisk bruk i malarieområder er fjernet.

Det betyr at Folkehelseinstituttets faglige råd om tidsbegrenset bruk av preparatet som er gjengitt i «Forebygging av malaria hos reisende (2009)», ikke lenger gjelder. Hvor lenge medikamentene skal brukes er nå en beslutning som tas av utskrivende lege. Se forøvrig de oppdaterte preparatomtalene fra Legemiddelverket:

- Oppdatert preparatomtale for Malarone
- Oppdatert preparatomtale for Malarone Junior

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=99404>

Relaterte publikasjoner (se: [www.fhi.no](http://www.fhi.no))

- Smittevern 19 Forebygging av malaria hos reisende

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 – 104

Stikkord: Malaria. Malarone.

## Nytt faktaark: Alvorlig svangerskapskvalme

Publisert 02.10.2012, oppdatert: 02.10.2012, 14:51

Nesten alle kvinner opplever kvalme eller oppkast når de er gravide. Alvorlig svangerskapskvalme rammer et fåtall, men er likevel en hyppig årsak til sykehusinnleggelse tidlig i svangerskapet.

Alvorlig svangerskapskvalme - faktaark (se: [www.fhi.no](http://www.fhi.no))



Referansekode i 'Helserådet': SEX 2012 – 22

Stikkord: Svangerskapskvalme.

## Hvert tredje barn sikres feil i bil

Publisert 05.10.2012, oppdatert: 05.10.2012, 13:40  
Ingunn Johansen Brenne, Marianne Skjerven-Martinsen  
Stikkord: Trafikkulykker

Foto: Riktig sikring av barn i bil. Copyright Marianne Skjerven-Martinsen, FHI

Bilulykker er hovedårsaken til alvorlige skader og dødsfall blant barn i Norge. En ny studie fra Folkehelseinstituttet viser at 37 prosent av alle barn under 16 år sitter feilsikret i bilen. For 23 prosent av barna er feilen så stor at en kollisjon ville få svært alvorlige konsekvenser. Resultatene fra studien blir lagt fram på et seminar om trafikkulykker i Oslo mandag den 8. oktober. - Med riktig bruk av sikkerhetsutstyr vil færre barn bli skadet og drept i trafikken, sier lege og doktorgradstipendiat Marianne Skjerven-



Martinsen, i forskningsprosjektet "Barn i Bil" ved Folkehelseinstituttets Divisjon for rettsmedisin og rusmiddelforskning.

### Feil bruk av setebelter mest utbredt

Fra april til august i 2011 gjennomførte Skjerven-Martinsen og hennes prosjektmedarbeidere totalt seks veikantundersøkelser der de stoppet biler i helgetrafikken og undersøkte hvordan barn var sikret. Undersøkelsene ble gjort i samarbeid med utrykningspolitiet langs høyhastighetsveier i sørøst-Norge. Totalt ble 1260 barn under 16 år inkludert i studien. Resultatene viser at:

- 37 prosent av alle barn under 16 år sitter feilsikret i bilen.
- 23 prosent er feilsikret på en slik måte at alvorlig eller dødelig skade sannsynligvis ville oppstått ved en bilkollisjon på en høyhastighetsvei.
- Feilsikringen er størst hos barn i aldersgruppen 4 - 7 år.
- De fem vanligste feilene, uavhengig av aldersgruppe, er feilplasserte setebelter, vridd belter, løse barneseler, belte under armen i stedet for over skulderen og små barn (<135 cm) som sitter i sete uten sidestøtte.
- Sitteputer er det sikkerhetsutstyret som er forbundet med flest sikringsfeil. Over halvparten av barna som satt på disse ble registrert med feil.

- Vi ser at de voksne ønsker å bruke utstyr for å sikre barna, men de mangler kanskje kunnskap om hvor galt det kan gå hvis man ikke bruker utstyret riktig. Målet med denne studien var derfor å evaluere feilbruken av sikringsutstyr for barn i bil, knyttet til barnets høyde, alder og type utstyr. Slik kan vi gi råd til både foreldre, myndigheter og ikke minst industri om forebyggende tiltak mot feilsikring, sier Marianne Skjerven-Martinsen.

### Studerte bilulykker for å lære om skaderisiko

I en tidligere studie som inngår i «Barn i bil»-prosjektet, studerte forskerne bilkollisjoner som skjedde i sørøst-Norge mellom 2007 og 2009 der noen i bilen ble alvorlig skadd eller drept, og det satt barn i bilen. Det ble gjort undersøkelser av ulykkesstedet, de involverte bilene og barnesikringsutstyret innen 24 timer etter ulykken. Innsatspersonell og eventuelle vitner ble intervjuet, det ble gjort kliniske undersøkelser av de skadde barna og obduksjoner av de drepte barna.

- I denne studien fant vi at 52 prosent av de skadde eller drepte barna ikke hadde vært godt nok sikret. Belter ute av posisjon eller for løse belter var den vanligste feilen, og bidro i flere tilfeller til alvorlig skade eller død. Vi så også eksempler på at løse gjenstander i bilen kan gi store fysiske skader når ulykken først er ute ved å treffe barna direkte eller igjennom seteforskyvning, avslutter Skjerven-Martinsen.

I den pågående hovedstudien til «Barn i bil»-prosjektet undersøkes alle alvorlige bilulykker i sør-øst Norge hvor det er barn i bilen. Til nå er over 100 ulykker inkludert. Resultatet av denne studien blir publisert våren 2013.

- Trygg Trafikk Les mer hos Trygg Trafikk om blant annet sikring av barn i bil (se: [www.fhi.no](http://www.fhi.no))

Referansekode i 'Helserådet': SKA 2012 – 8

Stikkord: Bilulykker. Barnesete.

## Alkohol + legemidler = svært trafikkfarlig

Publisert 05.10.2012, oppdatert: 05.10.2012, 10:57  
Stikkord: Trafikk, rus- og legemidler

Ulykkesrisikoen er svært høy dersom sjåføren kombinerer alkohol med sovemidler eller beroligende midler. Det viser en undersøkelse som forskere ved Folkehelseinstituttet har gjennomført i samarbeid med Oslo universitetssykehus og Statens institutt for rusmiddelforskning.

Skadde bilførere som ble innlagt ved akuttmottaket på Ullevål sykehus, ble i 2008 spurt om de ville delta i en studie om rusmidler og ulykker. I alt deltok 96 skadde førere. De ble sammenliknet med over 5000 førere som ble tilfeldig stoppet i normal trafikk på Østlandet i en såkalt veikantstudie.

Alle bilførerne ble testet for alkohol, narkotika og legemidler som sovemidler og beroligende midler. Fra de skadde bilførerne fikk forskerne resultater fra blodprøveanalyser, mens «veikant-sjåførene» ble testet med spyttprøve.

Hvis verdiene i spytt- og blodprøver var over bestemte grenseverdier, ble det definert som at de kjørte med alkohol, narkotika eller psykoaktive legemidler.

ler i blodet. Som psykoaktive legemidler regnes blant annet sovemidler og beroligende midler, vanlige salgsnavn er Zopiklon, Valium, Vival og Stesolid.

### Én av fem skadde hadde "stoffer" i blodet

At alkohol medfører fare i trafikken, er kjent fra før. Denne studien viser at alkohol ikke er det eneste problemet for trafikksikkerheten; mange skadde sjåfører hadde brukt legemidler eller narkotiske stoffer. I normal trafikk var det derimot få som kjørte med alkohol eller andre stoffer i blodet.

- Én av fem skadde sjåfører hadde ett eller flere stoffer i blodet. Vanligst var alkohol, stimulerende stoffer som kokain og amfetamin og sove- midler/beroligende midler av typen benzodiazepiner som Valium, Vival og Stesolid.
- Blant sjåfører i vanlig trafikk var det tre av 100 som hadde legemidler eller narkotika i blodet, dette var hovedsakelig sovemiddelet zopiclone (Imovane, Zopiclone og liknende), et beroligende middel av typen benzodiazepiner, eller cannabis. Bare tre av 1000 hadde alkohol i blodet.

### Kombinasjoner er farlig

Forskerne beregnet risikoen for å bli skadet i trafikken når man kjører med alkohol, narkotika eller psykoaktive legemidler i blodet. De fant at:

- Ulykkesrisikoen var størst når sjåføren kombinerte alkohol med et annet stoff, enten narkotika, sovemiddel eller beroligende middel. Beregningen viser at risikoen økte over 200 ganger sammenlignet med risikoen for førere som ikke hadde noe av dette i blodet.
- Ulykkesrisikoen var også betydelig forhøyet dersom sjåføren o bare hadde drukket alkohol o hadde inntatt en kombinasjon av tre eller flere andre stoffer

I sammenlikningen mellom de to sjåførgruppene ble det tatt hensyn til kjønn, alder, ukedag og sesong. Spyttprøven gjenspeiler stoffer som fins i blodet, og funnene fra blod- og spyttprøver ble gjort sammenliknbare. I alt ble det testet for 30 forskjellige stoffer, som alle kan påvirke kjøreferdighetene.

Funnene i denne studien av skadete bilførere peker i samme retning som en tidligere studie av sjåfører som omkom i trafikken. De viser begge at det er spesielt farlig å kombinere alkohol og andre stoffer. Men også alkohol alene, kombinasjoner av flere legemidler, samt legemiddel og narkotika i kombinasjon utgjør en betydelig risikofaktor i trafikken.

### Informasjon om alkohol og legemidler viktig

- Noen av legemidlene som dere påviste hos de skadde sjåførene skrives ut på resept av allmennleger. Får pasienten for lite informasjon?

- Det er i alle fall særlig viktig at pasienter får informasjon om risikoen ved å kjøre bil hvis han eller hun bruker flere stoffer samtidig, for eksempel kombinerer et sovemiddel med alkohol. Men beroligende midler og sove- midler kan også kjøpes illegalt, sier stipendiat og sykepleier Stig Tore Bogstrand ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål. Bogstrand er førsteforfatter på studien som nå presenteres i tidsskriftet BMC Public Health.

- Dere har funnet at kombinasjoner øker risikoen betydelig. Må det høye verdier til før ulykkesrisikoen øker?

- Vi har ikke sett på mengde, bare om stoffet fantes, selv i ganske små mengder. Andre studier viser at det å kombinere for eksempel en lav dose alkohol med en lav dose cannabis reduserer kjøreferdighetene betydelig, mens kjøreferdighetene ville blitt mindre påvirket om man bare hadde lav dose av det ene stoffet. Andre studier har også vist at kjøreferdighetene svekkes stadig mer, jo høyere mengder alkohol eller andre stoffer man har i blodet.

- Hvor farlig er det å ha bare ett legemiddel eller narkotisk stoff i blodet?

- Blant de skadde sjåførene gjaldt dette et fåtall. Vi kan derfor ikke gjøre sikre beregninger på dette. Men det er klart at alkohol utgjør en mye større risiko enn bruk av ett legemiddel i lave terapeutiske doser - det vil si på resept og etter legens anbefaling. Når det gjelder narkotiske stoffer, så medfører amfetamin størst risiko.

- Hvilken betydning har denne studien?

- Vi tror at resultatene kan rette oppmerksomheten mot rusmidler og legemidler som en hyppig medvirkende årsak til trafikkskader. Veikantstudier viser at det i Norge er få som kjører med alkohol i blodet over tillatt pro-

mille. Den største utfordringen er de som tar sjansen på å kjøre bil når de bruker kombinasjoner av alkohol og andre stoff, sier forskningssjef Per Trygve Normann ved Divisjon for rettsmedisin og rusmiddelforskning i Folkehelseinstituttet.

- Stig Tore Bogstrand, Hallvard Gjerde, Per Trygve Normann, Ingeborg Rossow and Øivind Ekeberg:  
Alcohol, psychoactive substances and non-fatal road traffic accidents - a case-control study. BMC Public Health 2012, 12:734.

Referansekode i 'Helserådet': RUS 2012 – 9

Stikkord: Trafikkfarlige medisiner. Rus- og legemidler.

## Ruspåvirkning blant omkomne bilførere

Publisert 05.10.2012, oppdatert: 05.10.2012, 10:43

Stikkord: Trafikk, rus- og legemidler

Mellom 2001 og 2010 omkom 1077 førere av person- og varebiler i trafikkulykker på norske veier. Blodprøver fra 677 av dem ble sendt til Folkehelseinstituttet. En ny rapport viser at 42 prosent av prøvene inneholdt straffbare konsentrasjoner av alkohol, narkotika og legemidler. - Bruk av rusmidler var utvilsomt en medvirkende årsak til ulykkene, sier seniorforsker Asbjørg S. Christophersen.

I perioden 2001-2010 mottok Divisjon for rettsmedisin og rusmiddelforskning ved Folkehelseinstituttet blodprøver fra 561 mannlige og 116 kvinnelige bilførere som var drept i trafikken. Prøvene ble analysert for alkohol, narkotika og trafikkfarlige legemidler. Nå har forskerne undersøkt hvor mange av disse prøvene som inneholdt høyere konsentrasjoner av rusgivende stoffer enn Vegtrafikkloven tillater.

- Folkehelseinstituttet, rapport 2012: Ruspåvirkning blant bilførere som omkom i trafikkulykker i 2001-2010
- Faste grenser i trafikken for andre rusmidler enn alkohol  
Faktaark om faste grenser; nye regler fra februar 2012

### Høy promille og kombinasjonsbruk gir størst risiko

Resultater fra analysene i perioden 2001-2010 viser følgende:

- Totalt hadde 21 prosent over 1,0 promille alkohol i blodet
- Alkohol over 0,2 promille ble påvist i 25 prosent av prøvene
- Narkotika i konsentrasjoner over straffbarhetsgrensene ble påvist i 14 prosent av prøvene
- Legemidler konsentrasjoner over straffbarhetsgrensene ble påvist i 16 prosent av prøvene
- I 18 prosent av prøvene ble det påvist kun alkohol
- I 17 prosent av prøvene ble det påvist kun narkotika eller legemidler
- I 7 prosent av prøvene ble det påvist både alkohol og andre stoffer.

- Det kan se ut som om en større andel av promillekjørerne var sterkt påvirket da ulykken inntraff, enn blant dem som kjørte i narkotika- eller legemiddelrus. Vi har i en tidligere studie funnet at alkoholbruk gir høyest risiko for å bli drept i en trafikkulykke, dernest bruk av to eller flere narkotiske stoffer eller trafikkfarlige legemidler. Det store europeiske DRUID-prosjektet (Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines) kom til samme konklusjon, forteller Asbjørg S. Christophersen.

### Ofte høy promille blant unge menn

En stor andel (26 %) av de omkomne førerne var under 25 år. Alkohol var det rusmiddelet som oftest ble påvist blant omkomne bilførere i denne gruppen. Hos dem i alderen 25 – 34 år var det narkotika som oftest ble påvist, mens blant dem i alderen 35-54 år var legemidler vanligst.

- Unge førere bør prioriteres spesielt når det planlegges forebyggende tiltak. Vi har tidligere vist at ca. 1/3 av førere som blir drept i rusmiddelrelaterte trafikkulykker, har vært arrestert for ruspåvirket kjøring tidligere, ofte flere ganger. Derfor bør det fokuseres mer på unge som blir tatt av politiet for trafikkforseelser for første gang. En reduksjon av noen få slike ulykker per år kan spare flere liv, fordi det ofte er flere ungdommer i samme bil, påpeker Christophersen.

### Ofte ruspåvirkning i ulykker om natten

Det ble funnet alkohol eller andre stoffer i 78 prosent av prøvene fra førere som omkom i trafikkulykker om natten.

## Ønsker prøver fra alle dødsulykker

- Politiet valgte å ikke rekvirere blodprøver fra 37 prosent av de omkomne førerne, så vi har ingen kunnskap om hvor mange av disse som var påvirket av alkohol eller andre stoffer. Det burde tas blodprøve av alle førerne som er involvert i trafikkuulykker der noen blir drept. Da ville vi få en mer pålitelig statistikk over rusrelaterte trafikkdødsfall, avslutter Christophersen.

Referansekode i 'Helserådet': RUS 2012 – 10

Stikkord: Promillekjøring.

## Ny studie:

### Hodelus i norske hjem: Tiltak, kostnader og kunnskap

Publisert 04.10.2012, oppdatert: 04.10.2012, 11:01

For første gang er det blitt gjort en vitenskapelig studie i Norge på hvilke tiltak husholdninger gjennomfører mot hodelus, hvilke kostnader de har ved tiltak mot hodelus og hvor stor kunnskap man har. Ut fra studien ble det bl.a. konkludert med at hyppigere sjekking for hodelus er nødvendig for å redusere forekomsten.

Det er Folkehelseinstituttet, avdeling for skadedyrkontroll, som har utført studien. 6203 husstander i de fem kommunene Oslo, Bergen, Trondheim, Bodø og Tromsø deltok ved å svare på et spørreskjema. Svarene viste bl.a. at:

- Hyppigheten av sjekking for hodelus er for lav. ¾ av husholdningene sjekket sjeldnere enn en gang i måneden, og nesten halvparten sjeldnere enn to ganger i året. Da får hodelusene formert seg i mange generasjoner før de oppdages og mange andre blir smittet.
- Nær ¾ brukte lusekam ved sjekkingen. Sjekking med lusekam gir høyest mulighet for å oppdage hodelus.
- Så å si alle behandlet mot hodelus da dette ble oppdaget i husholdningen, og 94 % behandlet med lusemiddel.
- Hvis husstanden tidligere hadde opplevd hodelus, ble sjekkemetodene forbedret og sjekkefrekvensen økte.
- Over 90 % av husholdningene informerte skole, vennekrets eller andre i omgangskretsen hvis de oppdaget hodelus.
- De fleste husholdningene (70 %) brukte lite penger (under 50 kr) på hodelusmidler og kammer årlig, men blant husholdninger som hadde opplevd smitte flere ganger, hadde noen problemer med kostnadene.
- Mange hadde dårlig kunnskap om hodelus. Dette kom bl.a. fram ved at:
  - o En av tre husholdninger holdt barna hjemme fra skolen i forbindelse med at de hadde hodelus (barn med hodelus bør ta behandling så fort som mulig og gå på skolen som vanlig). Dette gir en unødvendig safunnsmessig kostnad i form av tapt skoletid for barna og arbeidstid for de voksne.
  - o Over 40 % mente at omfattende rengjøring av hjemmet var nødvendig om noen i husstanden hadde hodelus (dette er ikke nødvendig). Mange sliter seg derfor trolig ut med unødvendig, overdreven rengjøring av hjemmet.

#### Hva kan gjøres for å redusere forekomsten av hodelus?

Det er viktig at personer med hodelus blir kvitt hodelusene så fort som mulig for å unngå at de smitter andre. For å få til dette, må hodelus oppdages raskt, og behandlingen må foregå på riktig måte. I undersøkelsen så vi at husholdningene var flinke til å starte behandling, og de var flinke til å informere omgangskretsen. Mange hadde imidlertid dårlig kunnskap om hodelus og sjekket altfor sjelden. Det viktigste enkelttiltaket er å øke sjekkefrekvensen i husholdningene slik at færre personer går rundt med uoppdagede hodelus som kan overføres til andre.

Mer om undersøkelsen finner du her: (se: [www.fhi.no](http://www.fhi.no))

Head Lice in Norwegian Households: Actions Taken, Costs and Knowledge

I samme studie ble det også gjort en undersøkelse på forekomsten av hodelus. Denne undersøkelsen kan du lese om her: (se: [www.fhi.no](http://www.fhi.no))  
Head lice prevalence among households in Norway: importance of spatial variables and individual and household characteristics.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 – 109

Stikkord: Hodelus.

## Barnemark er fortsatt en vanlig infeksjon hos barn i Norge

Publisert 03.10.2012, oppdatert: 03.10.2012, 15:46

En studie fra Folkehelseinstituttet viser at barnemark fortsatt er en vanlig infeksjon hos barn i Norge. Infeksjonen er harmløs. Resultatene viser at barnemark var uvanlig hos barn under tre år og betraktelig mer vanlig hos eldre barn. Infeksjonen var også mer vanlig hos barn som bor sammen med søsken.

Resultater fra studien viser at:

- Totalt sett hadde 72 av de 395 (18,2 prosent) undersøkte barna barnemark.
- Det var flest tilfeller av barnemark hos barn eldre enn fem år. 34 prosent av disse barna hadde infeksjon. Dette stemmer overens med andre undersøkelser som har vist at barnemark er mest vanlig i fem- til åtteårsalderen.
- I aldersgruppen to til tre år hadde kun 7,3 prosent av barna barnemark.
- Barnemark var mer vanlig hos barn som bodde sammen med søsken.
- Av de 72 barna som hadde infeksjon, var det bare to barn (og foreldre) som var klar over at de hadde infeksjon. Det vil si at det var mange barn som hadde infeksjon uten å være klar over det.
- Kløe i området rundt anus anses som et vanlig symptom på barnemark, men anallkøe var like vanlig både hos barn med og uten barnemark.

I studien undersøkte forskerne også andre sammenhenger man eventuelt kan knytte barnemarkinfeksjon til. Resultatene viser at barnemarkinfeksjon ikke hadde sammenheng med: Kjønn, fingersutting, neglebiting, husdyr, bruk av smokk, tidligere barnemarkinfeksjon og når på året prøvene ble tatt.

#### Metode

395 barn deltok i undersøkelsen. De fleste barna var i alderen opp til 5-6 år. Det var forholdsvis få barn med i studien. Det begrenser resultatene fra studien noe.

Barnas foreldre svarte på spørreskjema og sendte inn tapetester (transparent tapebit som trykkes lett mot og rundt endetarmsåpningen). Testen gjennomføres i tre påfølgende dager. Tapetest er en sikrere metode enn avføringsprøve. Ved tapetester avdekkes rundt 90 prosent av infeksjoner med barnemark, mens avføringsprøver avdekker kun fem til 15 prosent av slike infeksjoner.

- Om barnemark og hvordan infeksjonen smitter (se: [www.fhi.no](http://www.fhi.no))

#### Svært vanlig i Europa i etterkrigstiden

Rundt 1950 var barnemark en veldig vanlig infeksjon blant europeiske barn. En stor undersøkelse fra 1947 viste at mellom 40 og 60 prosent av europeiske barn hadde barnemark.

De senere år har flere studier fra land i Europa vist at antall tilfeller av barnemark er kraftig redusert, men antall tilfeller rapportert i undersøkelsene varierer. En undersøkelse fra Finland på begynnelsen av 1990-tallet viste at kun fem prosent av finske barn hadde barnemark, mens tall fra Sverige på begynnelsen av 2000-tallet viste at 24 prosent av svenske barn hadde barnemark.

Folkehelseinstituttet ønsket å undersøke hvordan situasjonen var i Norge. Var tilfeller barn med barnemark like høyt som rundt 1950 eller har forekomsten blitt redusert slik flere undersøkelser fra andre land tyder på?

#### Referanse

Bøås H, Tapia G, Sødahl JA, Rasmussen T, Rønningen KS. Enterobius vermicularis and Risk Factors in Healthy Norwegian Children. *Pediatr Infect Dis J.* 2012, Sep;31(9):927-30.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=99544>

#### Relaterte lenker (se: [www.fhi.no](http://www.fhi.no))

- Sammendrag av studien i PubMed: Enterobius vermicularis and Risk Factors in Healthy Norwegian Children

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 -110

Stikkord: Barnemark.

## Depresjon etter ammeslutt

Publisert 03.10.2012, oppdatert: 03.10.2012, 12:53  
Stikkord: Depresjon

En ny studie fra Folkehelseinstituttet viser at kvinner som slutter å amme før 6 måneder etter fødselen har en høyere risiko for angst og depresjon etter fødselen. Kvinner som allerede er deprimert under svangerskapet er spesielt sårbare for både å slutte å amme og å bli mer deprimert.

Helsemyndighetene anbefaler å fullamme i 6 måneder etter fødselen, fordi amming blant annet fremmer normal utvikling av sanser og tankeevne hos barnet, og beskytter barnet mot smittsomme og kroniske sykdommer. Likevel er det mange som ikke gjør dette. Denne studien, som analyserte svar fra over 42,000 kvinner om deres psykiske helse og amming, fant at:

- 15% av kvinnene fullammet i minst 6 måneder, 69% ammet delvis (de hadde begynt å gi fast føde eller melk på flaske i tillegg) og 16% ammet ikke.
- Kvinnene som avsluttet fullamming før de anbefalte 6 månedene fikk flere symptomer på depresjon
- De kvinnene som både hadde vært deprimerte under svangerskapet og hadde avbrutt fullammingen før 6 måneder var ekstra sårbare for gjentatt depresjon.

Disse funnene støtter tidligere forskning som har funnet en sammenheng mellom tidlig avbrutt fullamming og depresjon etter fødselen.

– En av grunnene til at amming har en beskyttende effekt mot depresjon kan være at amming utløser hormonet oxytocin som gir en positiv følelse, sier forsker Eivind Ystrøm fra Divisjon for Psykisk Helse, som står bak studien.

I de tidligere studiene undersøkte man ikke om kvinnene var deprimerte allerede under svangerskapet. Det som er nytt i denne studien er at man kunne se på betydningen av depresjon allerede før fødselen. De som allerede hadde depresjon og sluttet å amme fikk mer depresjon, og det kan være flere grunner til det.

– De som i utgangspunktet er engstelige og deprimerte, er mer følsomme for stress. Det kan bety at utfordringene ved å amme oppleves som mer uoverkommelige og vanskeligere å mestre.

– I tillegg er det press fra samfunnet om at alle bør amme, og kvinner som ikke får det til kan føle seg ekstra skuffet. Funnene forteller jo at de som slutter før den tiden som anbefales i samfunnet, har det psykisk sett verre etterpå.

Ystrøm understreker at vi ikke må gjøre amming til et spørsmål om moral, fordi de fleste kvinner ønsker sterkt å amme. Man kan ikke utelukke at det her har blitt lagt for mye press på nybakte mødre.

– Det å ikke få det til er ikke jordas undergang. I et land som Norge er det ikke avgjørende for barnets helse. Selv om fullamming er best, hadde kvinnene som fortsatte å amme, men også ga morsmelkerstatning ved siden av, mindre depresjon enn de som sluttet helt. Så det hjelper også å amme litt.

### Implikasjoner for leger

I lys av denne studien er det viktig at leger og helsepersonell tar ekstra hensyn til kvinner som lider av depresjon før og under svangerskapet, for eksempel ved å gi trening i stressmestring i tilfelle de slutter å amme.

### Om studien

Studien analyserte data fra 42 225 kvinner i Den norske mor og barn-undersøkelsen (MoBa). Kvinnene hadde svart på spørreskjemaer om depresjon og amming både før og etter fødsel. Informasjon om fødselen ble hentet fra Medisinsk fødselsregister. Resultatene ble justert for keisersnitt, tidligere fødsler, flertall fødsler, premature fødsler, og mors røyking. Studien tok derimot ikke høyde for stress eller andre faktorer som kan muligens medvirke til både at kvinner slutter å amme og at de blir deprimerte, og dette er noe fremtidige studier bør undersøke.

### Referanse

Ystrøm, E. (2012) Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal study. BMC Pregnancy and Childbirth 12: 36

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=99527>

### Relaterte lenker (se: [www.fhi.no](http://www.fhi.no))

- Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal study.

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2012 -23

Stikkord: Depresjon. Amming.

### Verdensdagen for psykisk helse 10.oktober:

## Kunnskap fremmer psykisk helse

Publisert 10.10.2012, oppdatert: 10.10.2012, 10:05

- God psykisk helse kan fremmes på mange måter. Vi ønsker å bidra til å spre kunnskap om de viktigste folkehelseutfordringene innenfor psykisk helse, sier divisjonsdirektør Ellinor F. Major ved Divisjon psykisk helse i Folkehelseinstituttet. Divisjonen har opprettet en egen ressurside for psykisk helsearbeid i kommunen som lanseres i dag på Verdensdagen for psykisk helse.

Divisjon psykisk helse arbeider både med plager og lidelser som rammer mange og de som forekommer sjeldnere, men som medfører store belastninger for den enkelte og deres pårørende.

Samhandlingsreformen har et tydelig fokus på å styrke det forebyggende helsearbeidet og pålegger blant annet kommunene å ha oversikt over grunnleggende lokale helseutfordringer. Dette kan være en utfordring innen området psykisk helse. På den nye ressursiden finner du en veiledning for hvordan folkehelseprofilen for kommunen kan brukes til å skaffe seg en slik oversikt.

- Psykisk helse i kommunen - ny side med nyheter og nyttige lenker (se: [www.fhi.no](http://www.fhi.no))

Samhandlingsreformen pålegger kommunene å rette forebyggingsinnsatsen mot tiltak som har dokumentert effekt. Divisjon for psykisk helse har laget en egen rapport om slike tiltak. På ressursiden finner du en lenke til denne rapporten, samt andre rapporter som kan være nyttige for barnehager, skoler og andre etater innen forebyggende psykisk helsearbeid.

- Gjennom kunnskap og åpenhet kan vi bidra til å endre holdninger knyttet til psykiske lidelser, sier Major. - Men dette er et krevende arbeid: Kampanjer, programmer og tiltak må gjentas. Derfor er Verdensdagen for psykisk helse så viktig, og ikke minst det temaet som Helsedirektoratet i år har valgt: "Vær med! Spre kunnskap og snakk sammen", sier hun.

- De som ønsker elektronisk melding hver gang det publiseres nyheter innen kommunalt folkehelsearbeid, kan abonnere på nyheter fra siden Kommunchelsa (se [www.fhi.no](http://www.fhi.no)).

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=99626>

Referansekode i 'Helserådet': PSY 2012 – 8

Stikkord: Verdensdagen for psykisk helse.

### HELSE RÅDET

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

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](mailto:smi@helsebiblioteket.no)