

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

# 22/12

30. november 2012  
20. årgang

ISSN 0806 - 7457

Nå også med nytt fra  
Folkehelseinstituttet!

## KOMMUNEHELSETJENESTELOVEN – EN GOD LOV FOR LANDET

Av Anders Smith, redaktør av 'Helserådet'

Den 19. november markerte vi i Helsedirektoratet at det var 30 år siden Kommunehelsetjenesteloven ble vedtatt i Stortinget. Det var nemlig denne dagen i 1982 at den nye loven avløste viktige deler av Sundhedsloven av 1860, en slitesterk og sagnomsust lov som etter hvert trengte avløsning.

Kommunehelsetjenesteloven skulle ikke få anledning til å bli så gammel, bare vel 29 år, ettersom den fra nyttår i år ble avløst av to nye lover, Folkehelseloven og Loven om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Allikevel ble Kommunehelsetjenesteloven en viktig lov for landet. Den kom i stand etter en lang modningsperiode utover på 1970-tallet hvor nye strømninger gjorde seg sterkt gjeldende. Nå hadde helse-Norge behov for oppgjør med Evang-perioden i norsk helsevesen, d.v.s. det sentralstyrte fagstyre under ledelse av den legendariske helsedirektør Karl Evang (1902-1981). Han var medisinaldirektør/helsedirektør i perioden 1938-1972, men tilbragte årene under krigen i London.

På slutten av Evangs embedsperiode kom det tydeligere krav om demokratisering og desentralisering. Vi fikk en Stortingsmelding om helsetjenesten utenfor sykehus, og flere helsesentre ble etablert. Helsesentrene skulle også ha ansvar for de sosiale oppgavene i et distrikt samtidig som de ble tiltenkt oppgaver som gikk ut på å avlaste sykehusene. Og spørsmålet om ansettelse av primærleger (allmennleger) på fast lønn, var stadig oppe til debatt.

I 1979 kom to viktige offentlige utredninger: den første var om Helsepolitikken som var en delinnstilling i arbeidet for "desentralisering og demokratisering forbundet med en praktisk og effektiv administrasjonsordning" (Juel-komiteen). Den andre utredningen dreide seg om Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet (Nyhus-utvalget). Begge utredningene la opp til at det nå skulle være *kommunene* som skulle ha en lovbestemt plikt til å sørge for planlegging, opprettelse og drift av distriktshelsetjenesten og at det skulle innføres en ny finansieringsordning basert på rammefinansiering av kommunene.

Enda skulle det gå noen år før vi fikk kommunehelsetjenesteloven. Det var særlig uenighet om finansieringsordningene for privatpraktiserende leger og fysioterapeuter som voldt besvær, men det hersket også usikkerhet omkring finansieringen av eldreomsorgen, alkoholstomsorgen og barne- og ungdomsvern. Gro Harlem Brundtlands regjering foreslo at også privatpraktiserende leger skulle settes på fast lønn, men dette ble omgjort da regjeringen Willoch overtok i 1981.

Lenge så det ut til at distriktslegeordningen skulle bestå som en statlig ordning, men regjeringen Harlem Brundtland foreslo at også de statlige stads- og distriktslegestillingene skulle inndras og erstattes av kommunalt ansatte offentlige leger (i dag kalt kommuneleger eller kommuneoverleger).

Omsider var det klart for den nye kommunehelsetjenesteloven. Samtidig med den fikk vi en lov om kommunalt helse- og sosialstyre. Hensikten med det var å samordne ressursene innenfor de to sterkt beslektede områdene, ikke minst eldreomsorgen gjorde dette aktuelt.

Loven, allerede i sin opprinnelige form, la vekt på betydningen av både helsefremmende og forebyggende arbeid og gode sosiale og miljømessige forhold. Ordet "trivsel" kom også inn i formålsparagrafen: det var uventet for

mange. Holdningen hos flere var at det fikk være grenser for hva som skulle inn i en norsk lov: å sørge for trivsel måtte vel være enkeltpersonenes eget ansvar! Andre mente at man ikke kunne regne med et godt og langt liv uten trivsel, og dermed var trivselsformuleringen sikret. Ettertiden har vist at dette var bra. Mange ganger har det i kommunal saksbehandling vært nødvendig å minne om trivselsaspektet ved ulike vedtak eller tiltak.

Den opprinnelige kommunehelsetjenesteloven førte også opp "helserådstjeneste" som en oppgave under helsetjenesten. Dette begrepet ble ikke definert nærmere i loven, men stod der som en reminisens fra Sundhedsloven. Forsatt, i noen år, var det Sundhedsloven som regulerte forhold i det ytre miljø som direkte eller indirekte kunne ha innvirkning på helsen. Forsatt skulle det være lovpålagt å ha ansatt en offentlig lege som nå ble omtalt som "medisinsk-faglig ansvarlig" kommunelege. Denne legen skulle også være ordfører i det som enda i noen år ble kalt *helserådet*. Betegnelsen "medisinsk-faglig ansvarlig" voldt mye bry, særlig for juristene, i årene som kom. Hva mentes egentlig med "ansvar" i denne forbindelse? Var det ikke heller rådgiver man mente? Dette ble rettet opp tolv år senere.

Mesteparten av de øvrige bestemmelsene i Kommunehelsetjenesteloven gjaldt individrettede forebyggende tjenester samt behandlingstjenester, inkludert medisinsk attføring og pleie og omsorg "utenfor helseinstitusjon". På denne tiden var sykehjemmene ennå ikke en del av kommunenes ansvar. Det skjedde først i 1988 da sykehjemmene gikk over fra å være fylkeskommunale til å bli kommunale.

Man var klar over at begrepene *helseråd* og *helserådstjeneste* måtte forklares nærmere og gis tilstrekkelige virkemidler. Men før det skjedde noen lovendring, måtte det finne sted en utredning. Det skjedde i form av en utredning som ble lagt frem i 1984, ledet av daværende fylkeslege Johannes Wiik i Aust-Agder. Dermed var det duket for viktige endringer i kommunehelsetjenesteloven med virkning fra 1988, nemlig lovkravet om at kommunehelsetjenesten til enhver tid skulle ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorene som kunne virke inn på denne; dernest kravet om *medvirkning* til at helsemessige hensyn skulle bli ivarettatt av andre offentlige organer hvis virksomhet hadde betydning for helsetjenestens arbeid. Sistnevnte ble av jurister utlagt som "av betydning for helseforholdene".

Dette med medvirkning hadde ligget under mye av intensjonen også i den gamle Sundhedsloven, men ble nå gjort langt tydeligere, ikke minst etter den såkalte "10-90"-regelen som var blitt formulert av Wildavsky slik i 1977:

«Det er bare 10% av folks helseproblemer helsetjenesten kan gjøre noe med selv. De resterende 90% må løses utenfor helsetjenesten ved at folk får bedre livsstil og ved bedring av de generelle livsvilkårene.»

*Medvirkning* fra helsetjenestens side overfor andre aktører i samfunnet, offentlige eller private, ble derfor viktig. Dette innebar at kommunehelsetjenestens folk ikke alltid hadde egne håndfaste virkemidler eller ikke valgte å benytte seg av slike virkemidler dersom det oppstod en konflikt eller kryssende interesser som kunne gå på helsa løs for folk i et område. Uttrykket "helsediplomati" oppstod på denne tiden, d.v.s. at kommunehelsetjenesten oppdaget at man ofte kunne oppnå gode resultater ved å samtale og møtelse mellom partene i en konflikt. Men man kunne ikke stå helt uten sanksjonsmuligheter. Lovendringen i 1988 førte til et nytt kapittel i kommunehelsetjenesteloven, kapittelet om miljørettet helsevern. *Miljørettet helsevern* ble på mange måter, sammen med smittevernet, den nye betegnelsen på helserådstjenesten.

Definisjonen på hva miljørettet helsevern skulle være, er interessant og til dels

no så utfordrende den dag i dag: *Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer.* De tre første settene av faktorer hadde helsetjenesten vært fortrolig med lenge. Med biologiske faktorer mente man stort sett smittestoffene, altså slike ting som bakterier og virus. Slik sett kunne man si at smittevernet ville være tilstrekkelig ivaretatt gjennom lovendringen i 1988. Verre var det og har det vært frem til våre dager når det gjelder sosiale miljøfaktorer. Her ble helsetjenesten tvunget til å ta nærmere stilling til sammenhengen mellom f. eks. fattigdom og lav utdanning på den ene siden og dårlig helse på den annen. Noe av problemet med sosiale miljøfaktorer er at de kan være så vanskelige å definere, ikke minst fordi noe som kan oppfattes som en årsak til sykdom og død, kan skjule bakenforliggende faktorer eller årsaker. Hvorfor er forventet levetid for et nyfødt barn som vokser opp med dårlig utdanning og lav inntekt, 12 – 15 år lavere enn for en som får seg god utdanning og høyere inntekt? Er det den dårlige utdanningen i seg selv som er problemet eller er det andre ting som følger med det å være fattig og lavt utdannet? F. eks. vet vi fra undersøkelser gjort i Norge at halvparten av forskjellen i dødelighet mellom fattig og rik skyldes forskjeller i røykevaner. Forhold som dette omtaler vi gjerne som *sosial ulikhet i helse*.

Kapittelet om miljørettet helsevern inneholder sanksjonsmuligheter som granskning og krav om retting og stansning. Disse mulighetene må kommunene ha til disposisjon uten at de skal benyttes i utrengsmål. Bare vissheten om at kommunene har slike virkemidler, kan hos enkelte virke avskrekkende eller i hvert fall bidra til at folk finner en mer helsevennlig løsning selv, f. eks. et mindre støyende, mindre lukkende eller mindre forurensende alternativ. I 2010 fikk loven enda et sanksjonsmiddel, nemlig *overtredelsesgebyr*. Det kom i stand under den kraftige luftforurensningen i Bergen i januar 2010 hvor kommunen ønsket å innføre såkalt par- og oddetallskjøring for biler, d.v.s. at biler med siste siffer som et liketall, kunne få kjøre på datoer med liketall og tilsvarende for biler med siste siffer som var et oddetall som kunne få kjøre på oddetallsdatoer. Dette ble ansett som et nødvendig tiltak for å redusere utslipp fra biltrafikken og særlig utslipp fra dieselmotorer.

I 1994 fikk vi en helt ny smittevernlov i Norge. På mange måter kan vi si at den ble en søsterlov til kommunehelsetjenesteloven. Nå var Sundhedsloven et helt tilbakelagt kapittel i norsk helsehistorie, etter 134 år!

Da vi fikk fastlegeordningen i 2001, ble den også hjemlet i kommunehelsetjenesteloven. Det var utvilsomt et riktig grep ettersom dette minnet både fastlegene og publikum (også de som *ikke* var syke, men som stod på listen til en fastlege) om at helsefremmende og forebyggende arbeid har en nær sammenheng med diagnostikk, behandling og rehabilitering. For en fastlege å se årsaker til sykdom og uførhet og hva dette igjen fører til, er for mange fastleger og annet helsepersonell et viktig insitamant til også å bidra til at sykdom, skade eller lyte *ikke* oppstår.

Vi kan konkludere med at kommunehelsetjenesteloven var en god lov for landet. Den har betydd mer folkestyre, mer lokalstyre, en påminnelse om hva sosial ulikhet betyr for helsen og at helsetjenesten har tatt inn over seg at premissene for god helse i en befolkning i stor grad ikke ligger i helsetjenesten, men utenfor. Av denne grunn har kommunehelsetjenesten sett sin viktige oppgave i å *medvirke* overfor andre aktører ute i samfunnet. Kommunehelsetjenesten har også fått erfare at helsetjenestens egne beslutninger må tåle vurdering av andre og at helsebeslutninger må holdes opp mot andre beslutninger i samfunnet ved at begreper som konsekvensutredninger og forholds-messighetsbetraktninger er blitt gjengse uttrykk også i helse-Norge.

Det er gledelig å kunne konstatere at alt det gode i kommunehelsetjenesteloven er blitt tatt vare på og videreført i de to nye lovene vi fikk fra nyttår 2012..

Referansekode i 'Helserådet': HIS 2012 – 4

Stikkord: Kommunehelsetjenesteloven. Smith, Anders.

## HVEM SKAL FØRE TILSYN MED MILJØRETTET HELSEVERN ? (3)

Einar Braaten, kommuneoverlege i Øvre Eiker og Nedre Eiker har sendt Helsedirektoratet et spørsmål:

Hva med sanksjoner mot kommunen når pålegg om retting av forhold ved skoler som ikke er godkjent, ikke blir gjort?

Vi er ganske tydelige på dette overfor private i våre kommuner hvis vi ikke kommer i mål med helsediplomati....

Det er altså spørsmål om bruk av sanksjoner og evt hva som skal bestemme størrelsen på f.eks. dagbøter...!

Anders Smith, seniorrådgiver i Helsedirektoratet:

Jeg har gjort meg noen tanker om dette. De må ikke oppfattes som autoritative. Det vil derfor være fint med synspunkter!

Hvis du finner det nødvendig med et rettevedtak mot egen kommune og med frist, tror jeg at du gjør klokt i å sette en frist for en plan for gjennomføring av tiltakene. Å ilegge tvangsmulkt overfor egen kommune, kan i opinionen virke litt påfallende. Og man risikerer at politikerne bare snakker dette bort når de skal ta stilling til et slikt forslag. I slike tilfeller er det nok heller den 4. statsmakt (pressen) som kan bringe fart i saken. Kommunelegen/miljørettet helsevern fremlegger fakta og at dere har bedt om en plan innen en viss frist. Og så kan media velge å følge dette opp slik de finner det mest hensiktsmessig. Pass på at det ikke blir du som sitter igjen med svarteper i saker som dette.

Det er i det hele tatt et problem dette med bukken og havresekken. Jeg lurer på om det er en vei å gå at kommunen (d.v.s. miljørettet helsevern) utreder saken fullt ut, men så sender den over til Fylkesmannen for vurdering av tiltak og sanksjoner? Dette blir litt å sammenligne med andre klagesaker som jo skal til fylkesmannen. Her vil det imidlertid ikke være en formell klage i vanlig forstand som ligger til grunn, men omtale av kritikkverdige forhold som er oppsummert av kommunens miljørettede helsevern og som har mange likhets-trekk med en tradisjonell klage. Kommunen vil da på forhånd, og det vil gjelde generelt, måtte delegerer sin vedtakskompetanse i slike saker i samme retning, f. eks. slik:

«Der hvor det fremkommer eller avdekkes kritikkverdige forhold ved en kommunal virksomhet eller eiendom som omfattes av bestemmelsene i Folkehelselovens kapittel 3, utredes saken på vanlig måte av kommunens miljørettede helsevern i samråd med medisinsk faglig rådgivende lege. I saker som ikke omfattes av Folkehelselovens hastebestemmelser (Folkehelseloven §9), delegeres begrenset vedtakskompetanse i spørsmål som gjelder eventuell granskning, retting og stansning, til medisinsk faglig rådgiver. Vedtakskompetansen her består i å beslutte eventuell oversendelse av saken til Fylkesmannen for videre behandling og iverksettelse av nødvendige tiltak».

Alternativt kan man tenke seg at en slik fremgangsmåte tas inn i loven på samme måte som vedtak i hastesaker (§9).

Det som ligger i dette, er at kommuneoverlegen har en rett og en plikt til å bry seg, også om kommunal eiendom og virksomhet, inkludert i form av å si fra til annen formell myndighet om kritikkverdige forhold.

Jeg understreker at dette foreløpig bare er en tanke fra min side. Men det kan være en måte å komme rundt «bukken og havresekken» problematikken på. Og dr. Stockmann vil fortsatt være i live! Sandman også! Det var han (Matz Sandman, tidligere rådmann i Bærum kommune) som i en sterkt polemisk kronikk i bladet Kommunal Rapport for flere år siden gav uttrykk for sin misbilligelse av kommunelegens rett til å være uenig med sin rådmann. Han sammenlignet kommunelegen med den tre-enige Gud: en privatpraktiserende lege, en offentlig lege og en lege i en klonet form. Det var særlig den "klonede" formen som "ansvarlig" eller rådgivende lege som, ifølge Sandman, gjorde at kommunelegen kunne tillate seg å "sveve fritt rundt i systemet, definere sine oppgaver selv og være både med og mot sin arbeidsgiver".

Ved å følge det som jeg har antydnet muligheten for ovenfor, vil vi også måtte ta stilling til hvem som skal ha godkjenningmyndighet, generelt og når det gjelder skoler. Her må det være en ryddig ordning som lett fremgår av lov og forskrift.

Hvis det i realiteten skal være fylkesmannen som skal avgjøre sanksjonsspørsmålet i kommunen, må en annen instans være klageorgan. Ellers får vi ingen reell totrinnsbehandling av det spørsmålet. Kan annet lovverk hjelpe?

Referansekode i 'Helserådet': HRE 2012 – 7

Stikkord: Tilsyn. Godkjenning. Miljørettet helsevern. Skoler. Kommuner. Fylkesmannen. Braaten, Einar. Smith, Anders. Sandman, Matz.

## ...OG INGEN STOD IGJEN

**Red. innledning:** Med forfatterens tillatelse gjengis nedenstående kronikk i Adresseavisen:

*Jorunn Lervik, folkehelserådgiver og Ragnar Hermstad, stedfortredende fylkeslege, begge Fylkesmannen i Sør-Trøndelag*

Frafallet i den videregående skolen er urovekkende høyt. Omkring 30 prosent av alle ungdommer i Sør-Trøndelag fullfører ikke videregående skole. Mange av disse bringer med seg ulike erfaringer fra grunnskolen hvor nederlagsopplevelser og tilkortkommenhet har vært gjennomgående. Andre livsopplevelser og uforutsigbare rammer vil i tillegg medvirke til at overgangen til den videregående skolen kan bli svært sårbar.

Skal vi nå målet om at flest mulig unge går ut av videregående skole med vitnemålet i hånden, må skoleverket, sammen med mange andre instanser, blant annet skolehelsetjenesten, gjøre en innsats.

I debatten om frafallet i videregående skole kan det se ut som om skolepolitikere og mange andre forutsetter at årsaken er å finne i selve undervisningssystemet. Men kanskje ligger en del årsaksforhold også andre steder – og ikke minst i sosiale forhold utenfor skolen? Mistrivsel på ungdomstrinnet alene forklarer ikke frafallet noen år senere hvis det også er resultat av noe utenforliggende. Det er dette "andre; utenforliggende" skolehelsetjenesten arbeider med.

Rapporten "Frafall i utdanning for 16-20-åringer i Norge og andre land" utarbeidet av NIFU (Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning) viser at karakterene fra tiende klasse i ungdomsskolen har størst betydning for om man gjennomfører videregående skole uten å bestå, evt. slutter. Disse er igjen påvirket av bakgrunnsvariabler som kjønn og sosial bakgrunn (foreldres utdanning, majoritets-/minoritetsbakgrunn, bosituasjon, foreldres syn på utdanning m.m.). Dette viser at frafallsproblematikk hos elever i skolen er sammensatt og gir seg utslag over tid.

Skolehelsetjenestens erfaringer er at mange opplever sorg og kaos i ulike situasjoner, for eksempel etter samlivsbrudd hos foreldre, rusproblematikk hos foreldre, mishandling og vold, opplevelse av uventede hendelser i familien osv. Slike forhold kan føre til at elevene ikke blir i stand til å konsentrere seg om skolehverdagen, samt at de kan miste nødvendig støtte fra foreldrene i skolearbeidet. Frafall i utdanning kan betraktes som endepunktet av en prosess som har startet tidlig i de unges liv. Det er sjelden at elevene slutter utelukkende på grunn av mangler ved skolen eller undervisningen. Skolens utfordring blir å legge til rette for deltagelse og gjennomføring til tross for mange andre hindringer som er til stede.

Et av mange bidrag til arbeidet med å hjelpe barn og unge til god oppvekst, helse og trivsel er skolehelsetjenesten. Dette er en lovfestet tjeneste for alle elever i grunn- og videregående skole på linje med annen helsetjeneste i kommunene. Det som skiller skolehelsetjenesten fra den øvrige helsetjenesten, er at den skal være lokalisert der barn og ungdom har sin hverdag, den skal ikke være stigmatiserende og den er gratis. Hovedhensikten med denne helsetjenesten er å arbeide helsefremmende, mer enn problemfokuserende. Dette betyr at den skal bidra til å støtte opp om hva ungdommene mestrer og er gode på. Dette fokuset på mestring og styrking av selvbildet vil være et av mange bidrag til at ungdommene vokser opp til å bli trygge og selvstendige voksne. Skolehelsetjenesten skal i tillegg fange opp elever som står i fare for skjævetvikling, de som opplever fysiske og psykiske helseproblemer og de som kan stå i fare for å falle ut av skolen.

I 2009 gjennomførte Helsetilsynet/Fylkesmannen i Sør-Trøndelag en kartlegging i alle kommuner i fylket hvor det blant annet ble sett på hvordan skolehelsetjenesten fungerte og hadde rammevilkår for å kunne bidra med de tjenester de er forpliktet til etter dagens lovgivning. Undersøkelsen viste store utfordringer hvor nettopp tilstedeværelsen for å fange opp og bidra med nødvendig støtte og hjelp i skolemiljøet var svært begrenset. Høsten 2010 og våren 2011 ble samme forhold bekreftet gjennom tilsyn med fire kommuner i Sør-Trøndelag, nemlig en lite tilgjengelig skolehelsetjeneste. Dette var blant annet et brudd på kommunenes plikt til å ha tilgjengelige tjenester. Svært mange elever opplever daglig å bli møtt av en stengt dør til en skolehelsetje-

neste som i utgangspunktet skulle være lett tilgjengelig og ha en lav terskel for å bli oppsøkt.

Stortingsmelding nr. 16 "... og ingen sto igjen. Tidlig innsats for livslang læring" understreker at en god skolehelsetjeneste forutsetter at tjenesten er der når elevene, lærerne og skoleledelsen ser at behovet melder seg. I oppsummeringen av undersøkelsen Ung-HUNT (ungdomsundersøkelsen i Nord-Trøndelag) sies: "Ungdoms adgang til helsetjenester bør være enklest mulig og tilrettelagt for ungdom. Skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom er derfor viktige satsingsområder".

Rapporten "Kostnader av frafall i videregående opplæring" som er utarbeidet av Senter for økonomisk forskning etter oppdrag fra Kunnskapsdepartementet, viser at hvis andelen av et kull som fullfører videregående opplæring øker fra 70 til 80 prosent, kan den samfunnsmessige gevinsten bli 5,4 milliarder kroner for hvert kull. Økonomi i en slik sammenheng er viktig. Det aller viktigste er imidlertid at den humane kapital blir tatt vare på og at de unge kan bli de gode ressursene som de er for et langt yrkes- og samfunnsnivå. Lykkes vi i dette ved hjelp av omforent og planmessig innsats fra mange ulike områder vil vi kanskje få en nedgang i andel ungdom som faller ut av skolen og dermed bedre deres livsvilkår på sikt! Fylkesmannen vil med dette oppfordre alle kommuner i Sør-Trøndelag om å satse på en tilgjengelig skolehelsetjeneste- det vil være lønnsomt på sikt!

Referansekode i 'Helserådet': SKO 2012 – 2

Stikkord: Drop-out. Frafall i skole. Lervik, Jorunn. Hermstad, Ragnar. Fylkesmannen i Sør-Trøndelag.

## HVA ER FORSVARLIG DRIFT AV FASTLEGEVIRKSOMHETEN? (2)

**Red. innledning:** I forrige nummer av 'Helserådet' gjenga vi innleggene i en lengre debattrunde på *kompas* vedr. dette temaet. Senere har det kommet enda et innlegg som også gjengis her i 'Helserådet':

**Ivar Halvorsen**, deltids overlege, Stavanger kommune:

Interessant meningsutveksling !

Jeg slutter meg helt og fullt til Jan Emil Kristoffersens tankerekker om avlønningssystemene, og at vi trenger videreutvikling, ut av boksen/siloen.

Dag-Helge Rønnevik spør om hvordan man skal få legene til å redusere listene sine. Dette tenker jeg er en del av samme problemstilling.

- 1) Jevn avlønning – man må tjene noenlunde det samme uavhengig av gjøremål (i alle fall ha dekning for løpende kostnader)
- 2) Incentiver og pushing i retning tverrfaglig samarbeid, nok ansikt – til – ansiktmøter
- 3) Krav om kvalitet, som eventuelt gjør at leger med lange lister holder samme kvalitet i tverrfaglighet, sykebesøk osv som alle andre
- 4) Mindre incentiver for lange lister

Til Dag-Helge: vi har gjort noen små grep som du kan vurdere.

Vi har avklart normale kontaktformer mellom fastlegene og alle andre i helse- og sosialtjenesten. Vi stimulerer til at hjemmesykepleiere, primærkontakter osv skal booke seg inn i legenes timebøker, for et møte av lengden til en vanlig konsultasjon. Erfaringen er at informasjonen flyter lettere etter at man har møttes, ofte kun en gang. Via telefoner og nå e-meldinger. Og man får gjort mye på 15-20 minutter. E-meldinger har mangedoblet antall kontakter. Men man må møtes også.

Vi har laget en standard forventning mht sykebesøk (skal normalt kunne påregnes i løpet av 3 virkedager). Deltakelse i ansvarsgrupper og psykososiale team er forventet, når det er rimelig grunn for å delta.

«Avvik» meldes fra h/s-personell til en av overlegene (vi er 4 kombileger som

har hver vår bydel) som ofte tar eventuelle saker versus legene muntlig.

Alle viktige forhold behandles i LSU og ALU, det gir oppslutning fra legene som gruppe, og virker noe «disiplinerende» på de etter hvert meget få som er vanskeligst å få med i denne typen arbeid. Vi bygger altså en kultur, stein for stein. Som går på at alle legene deltar i alle typer arbeid for sine pasienter. Alt som sorterer under takst 14 fungerer, brukbart til god.

Etter min mening er det ikke så sterke incentiver for de lange listene som legene tror. Jeg håper at vi kan redusere det litt. Allmenlegeforeningen går inn for at halve basistilskuddsøkonomien gjøres om til et fast driftstilskudd, likt for alle, og at resten er et pro capita-tilskudd. Det kan bli det lille som skal til for at legene ønsker seg en liste som gjør at man rekker det man må, også av tverrfaglighet.

Vår kommune, og f.eks. Trondheim, bruker i økende grad honorar for å trekke fastleger inn i ulike typer utvalgsarbeid. Tilsvarende takst 14. Dette fungerer. Det som ikke fungerer, og som er en uheldig løsning for hele primærlege-tjenesten, er ordningen med kommunale bistillinger, med kommunens rett til å rekvirere legene for en så lav pris at de løpende kostnadene lager arbeidet til et solid tapsprosjekt for legen. Det gir motstand, lavt engasjement, ufrivillighet, rekrutteringsvansker. De med genuin interesse vil ikke la seg rekruttere til litt større stillinger, f.eks. i skolehelsetjenesten. En reell kostnadsdekning vil kunne hjelpe mye for en bredere legedeltakelse i primærhelsetjenesten, på system- og gruppenivå. Det er ikke «dyrere» å ta en selvstendig næringsdrivende lege ut av kurativt arbeid enn en fastlønnet, jfr kommentaren om under-skudd i fastlønnspraksiser. Slike kostnader er kun «dyre» inntil de har kommet på et budsjett.

Referansekode: KVA 2012 – 3

Stikkord: Fastlegeordningen. Fastlønn. Stykkpris.

## GJENNOMSNITTLIG VIRKER SAMHANDLINGSREFORMEN GANSKE BRA, MEN ...

Helse- og omsorgsdepartementet har nylig sendt ut oversikt over de økonomiske virkningene av samhandlingsreformen for hver enkelt kommune i landsdelene av følgende melding:

Kommunene har fått overført fem milliarder kroner fra sykehusene til **kommunal medfinansiering**. Disse skal brukes til å ta en del av sykehusregningen. Midlene fungerer som insentiv til å iverksette forebyggende og alternative tiltak som reduserer kommunenes utgifter til medfinansiering. Prognoser for kommunenes finansieringsansvar for hele 2012 er 5,2 milliarder kroner. Dette er om lag 0,2 milliard kroner høyere enn overførte midler.

Fra Roy Heine Olsen som er prosjektleder for "Fem kommuner i samhandling" i Hedmark, har vi mottatt følgende kommentar:

På makronivå ser det kanskje ut til at de opprinnelige beregnede åkontobeløpene «treffer ganske godt». En ekstrautgift på landsbasis på 0,2 milliard synes kanskje ikke så stort fordelt på 429 kommuner.

Når man bryter ned tallene til de enkelte kommunene, får man et litt annet bilde. Det hjelper ikke f.eks. Stange kommune mye at Hamar kommune sannsynligvis kommer ut med en kostnad på 700 000 lavere enn opprinnelig beregnet, når Stange kommune sannsynligvis får en utgift som ligger ca 1,5 millioner høyere enn beregnet!

Bladet Kommunal Rapport omtaler den samme oversikten. I en artikkel med overskriften "Nekter å betale sykehusregning" omtales Meland og Kvalsund kommuner som nekter å betale hele regningen som de har fått fra sykehusene etter samhandlingsreformen. Meland kommune i Hordaland har nylig fått beskjed fra Helsedirektoratet om en dobling av åkontobeløpet for desember, fra 550.000 kroner til 1,2 millioner. Da hadde formannskapet allerede vedtatt å holde tilbake en måneds betaling til helseforetaket fordi reformen ikke er fullfinansiert av staten. –Reformen er underfinansiert, sier ordfører Nils Marton Aadland (H) til Kommunal Rapport. – Det undergraver de gode intensjonene i reformen. Vi går i minus før vi har betalt for ett eneste liggedøgn med utskrivningsklare pasienter og før vi har brukt en krone på forebygging og rehabilitering. Det var aldri meningen at kommunene skulle finansiere ukontrollert vekst

i sykehusene. Tvert om skulle veksten komme i kommunene. På et tidspunkt måtte vi sette ned foten, sier ordføreren til Kommunal Rapport.

Lignende situasjon finner man i Kvalsund i Finnmark. Her vedtok kommunestyret allerede i september at kommunen ikke ville betale mer til sykehusene enn det den har fått i tilskudd. Ifølge Kommunal Rapport ble det sendt brev til Kommunal- og regionaldepartementet om dette tidligere i høst. Foreløpig foreligger det ikke noe svar, men noe inkassokrav fra Helse Nord-Norge RHF har kommunen heller ikke fått. – Helseforetaket får de pengene vi har fått i tilskudd til reformen i år, men ikke mer, sier rådmann Sigurd K. Beite til Kommunal Rapport. –Kommunen har dårlig råd, og vi har ikke klart å iverksette de forebyggende tiltakene den har ønsket. Derimot har kommunen vært nødt til å hente hjem alle utskrivningsklare pasienter fra første dag. Vi har ikke råd til å ha dem på sykehus. Resultatet er at vi i perioder har hatt 50 prosent overbelegg på sykehjemmet, forteller ordføreren.

Oversikten fra Helsedirektoratet viser at 267 kommuner betaler mer enn beregnet for sykehusinnlagte pasienter i samhandlingsreformens første år.

Her i 'Helserådet' hadde vi en liten refleksjon over dette i nr. 19 for 2011: "Hvem betaler pukkelkostnadene?" Med pukkelkostnad menes de ekstra utgiftene som løper i en periode ved omlegging fra ett system til et annet, f.eks. utgifter til opptrapping av en planlagt eller ønsket tjeneste i den hensikt å oppnå en gevinst senere. Samtidig må de løpende utgiftene til dagens ordning dekkes. De ovenfor beskrevne forholdene i forbindelse med samhandlingsreformen minner oss om "pukkel-problemet". Hvis en kommune aldri får tilført ekstra kostnader i en overgangsperiode, får den aldri "nesa over vann", d.v.s. den får aldri råd til å komme i gang med gode, langsiktige forebyggende tiltak eller økt innsats i sykehjemmene.

Man ser det samme når det gjelder finansieringsordningene for fastlegevirksomheten. Ønsker man å sikre rekrutteringen til fastlegeordningen ved at flere fastleger tilbys fast lønn (og det er mange yngre leger som godt kan tenke seg det!), så må dagens stykkprisordning fortsatt løpe i noen år side om side med en økt fastlønnslege-innsats. Man kan f.eks. ikke vente at en stykkprisbetalt fastlege skal overføre noen av sine pasienter til en ny fastlønnslege uten å tenke på økonomisk kompensasjon for den reduserte pasientlisten. Noen må være villig til å betale for en slik overgang, men hvem er "noen"?

Referansekode i 'Helserådet': SAM 2012 – 13

Stikkord: Betalingsordninger i samhandling. Pukkelkostnader.

## 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 nummer av 'Helserådet'.

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 kommer øverst). Du finner den samme oversikten også ved å klikke på meny-punktet Nyhetsarkiv i venstre kolonne på samme side.

- 15.11.2012 Batman som redningsmann
- 15.11.2012 Hodelus gir immunitet mot kroppslus
- 15.11.2012 Hodelus i norske hjem: Tiltak, kostnader og kunnskap
- 15.11.2012 Personlig hygiene og smittsomme sykdommer
- 15.11.2012 Mer allergi, men ikke fordi vi er for rene
- 14.11.2012 Nytt yrkes- og næringsbarometer
- 14.11.2012 Gitarspel mot fedme
- 14.11.2012 - Vitamin D-tilskudd stopper ikke forkjølelse
- 14.11.2012 Reinsdyr like sunt som fisk
- 14.11.2012 Hvordan de eldre faller
- 14.11.2012 Hvor gamle kan vi bli?
- 13.11.2012 Genfeil kan gi oss D-vitamin
- 13.11.2012 Trening øker livskvalitet hos kreftpasienter
- 13.11.2012 Sviktede helseprioriteringer
- 13.11.2012 Menneskets levealder fortsetter å stige
- 13.11.2012 Musikkterapi bekjemper stress

Oppdatering 23.11.12

## Flere tilfeller av sjelden type salmonellose

Publisert 22.11.2012, oppdatert: 23.11.2012, 14:46

Folkehelseinstituttet har i november påvist at 8 personer er smittet i Norge med en sjelden salmonellabakterie kalt *Salmonella* Mikawasima. Pasientene er smittet i Norge og bor spredt i flere fylker (Akershus, Aust-Agder, Vest-Agder, Hordaland, Oppland, Oslo og Nordland). Alle som er blitt syke så langt er voksne i alderen 20 – 50 år. Salmonellainfeksjoner er normalt ikke alvorlige.

Folkehelseinstituttet samarbeider med kommunehelsetjenesten og Mattilsynet i undersøkelser omkring pasientene. Det gjøres rutinemessig intervjuer og tas prøver fra personenes nærmiljø i oppklaringsarbeidet for å prøve å kartlegge om det kan være en felles smittekilde. Dette oppklaringsarbeidet kan ta tid, og det er ikke alltid man finner smitekilden.

Folkehelseinstituttet har de siste årene fått melding om 0-3 tilfeller av *Salmonella* Mikawasima årlig, hvorav omtrent halvparten er smittet utenlands. De få som er smittet innenlands, har som regel hatt kontakt med personer som har blitt syke etter å ha blitt smittet i utlandet.

### Om salmonellainfeksjoner

Salmonellabakterien smitter hovedsakelig via forurenset mat og vann, men kontaktsmitte fra person til person eller fra husdyr inkludert kjæledyr og ville dyr, kan forekomme. De vanligste symptomene på sykdommen er diaré, magesmerter, kvalme og eventuelt også feber. Sykdommen er normalt ikke alvorlig. De fleste diarétilstander vil gå over av seg selv. Ved alvorlige symptomer bør man kontakte lege.

Ved diarétilstander hos særskilte risikogrupper (matpersonell, helsepersonell og barn i barnehage) gis det spesielle råd om oppfølging og kontroll.

God håndhygiene etter toalettbesøk og før matlaging og måltider er generelt viktig for å forebygge infeksjoner som kan gi diaré. Hvis man har diaré bør man med fordel unngå å lage mat til andre, for å forebygge smitte.

Mer informasjon: (se: [www.fhi.no](http://www.fhi.no))

- Smittevern boka om salmonellose
- Om oppklaring av utbrudd av næringsmiddelbårne sykdommer

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 - 16

Stikkord: Salmonellose.

## Ungdom og vaksine mot meningokokksykdom (smittsom hjernehinnebetennelse)

Publisert 13.11.2012, oppdatert: 14.11.2012, 14:26

Stikkord: Meningokokk (se Hjernehinnebetennelse)

Folkehelseinstituttet anbefalte i fjor at ungdom som skal delta i russefeiring vurderer å vaksinere seg med meningokokk A+C+W+Y-konjugatvaksine. I år anbefales det i tillegg at all ungdom i alderen 17-19 år vurderer å vaksinere seg. Det er derfor laget et nytt informasjonsbrev til ungdom om meningokokkvaksinasjon.

I 2010 og 2011 fikk Folkehelseinstituttet meldt henholdsvis ni og fire tilfeller av smittsom hjernehinnebetennelse (meningokokksykdom) som kunne relateres til russefeiringen. Begge årene var det omtrent like mange tilfeller blant russ som hos ungdom som hadde festet med russeren eller gikk på en skole der russ var blitt syke. Høsten 2011 anbefalte Folkehelseinstituttet at ungdom som skal delta aktivt i russefeiring vurderer å vaksinere seg mot meningokokk-sykdom. Så langt i 2012 er det meldt 18 tilfeller av meningokokksykdom hvorav seks i aldersgruppen 17-19 år. Ingen av tilfellene i år hadde sammenheng med russefeiring.

Det finnes ulike typer av meningokokkbakterien. I Norge har lenge meningokokk gruppe B vært vanligst, og den finnes det ikke vaksine mot. De siste årene har meningokokker av gruppe Y og C vært årsak til en økende andel av sykdomstilfellene. For disse meningokokktypene finnes det effektiv vaksine som gir lite bivirkninger.

Ungdom i alderen 17-19 år er en av de aldersgruppene som har høyest forekomst av meningokokksykdom. I tillegg kan en kombinasjon av tett samvær med andre, festing og lite søvn gi økt risiko for å utvikle alvorlig sykdom. Dette gjelder både russ og andre ungdommer som fester mye.

Folkehelseinstituttet anbefaler derfor at ungdom i alderen 17-19 år vurderer å vaksinere seg med meningokokk A+C+W+Y-konjugatvaksine (Menveo® eller Nimenrix®). Selv om vaksinene ikke dekker alle typer meningokokkbakterier kan de hindre en høy andel av sykdomstilfellene hos ungdom. Det anbefales at vaksinasjonen utføres i god tid før russefeiringen begynner. Beskyttelsen varer i flere år. Vaksinasjon i begynnelsen av videregående skole vil gi beskyttelse i russetiden og ved reiser senere i ungdomstiden.

Etter vaksinasjon tar det omtrent to uker før vaksinen gir beskyttelse. Vaksinen må betales av den enkelte og kan settes av fastlege, på vaksinasjonsklinikk, eller eventuelt skolehelsetjenesten i enkelte kommuner.

Risikoen for å utvikle meningokokksykdom kan også reduseres ved å følge disse rådene:

- Ta deg tid til å sove ut. Kroppen trenger å få hvile, det styrker motstandskraften.
- Ikke rop og skrik så mye at du blir hes og halsen sår. Dette gjør slimhinnene mer mottakelig for infeksjoner.
- Unngå å drikke av samme flaske/boks/glass som andre.
- Kyss bare kjæresten din.
- Ikke del sigarett med andre.
- Unngå for mye alkohol. Når du er beruset vil dømmekraften din reduseres, og symptomer på meningokokksykdom kan forveksles med tegn på for mye alkohol.
- Skaff lege dersom du tror vennene dine kan være syke. Ta ansvar for hverandre dersom noen er syke og har feber.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=100122>

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

- Vaksiner mot smittsom hjernehinnebetennelse (meningokokk sykdom)

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

- Informasjonsmateriell om meningokokkvaksine til ungdom 2012/2013

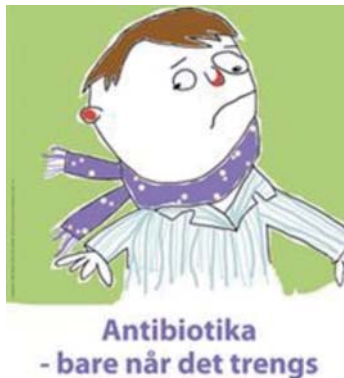
Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 – 117

Stikkord: Meningokokkinfeksjon. Hjernehinnebetennelse.

## Forbruket av antibiotika må ned

Publisert 16.11.2012, oppdatert: 16.11.2012, 12:10

Den europeiske antibiotikadagen markeres hvert år den 18. november. I Norge markeres denne ved å rette søkelyset på bruken av antibiotika ved luftveisinfeksjoner hos barn. Barn under fem år er den gruppen som hyppigst får antibiotika, og luftveisinfeksjoner er den vanligste årsaken til dette. I de fleste tilfeller av luftveisinfeksjoner hos barn er det ikke nødvendig å behandle med antibiotika.



Antibiotika er blant de legemidler som har hatt størst betydning for befolkningens helse. Det er en klar sammenheng mellom bruk av antibiotika og forekomst av resistente bakterier. Globalt har det vært en dramatisk økning i forekomsten av bakterier som er resistente mot de vanligste typene av antibiotika. Konsekvensene av antibiotikaresistens er redusert effekt av antibiotika og økt risiko for komplikasjoner og død av alvorlige infeksjoner.

### Antibiotika – bare når det trengs

- De aller fleste luftveisinfeksjoner hos barn går over av seg selv uten antibiotikabehandling. Oftest er det beste man kan gjøre å gi barna god, lindrende omsorg. Å unngå unødig behandling med antibiotika vil forebygge at resistente bakterier oppstår hos det enkelte barn og forebygge at forekomsten av resistente bakterier øker i samfunnet, sier allmennlege og forsker Sigurd Høye.

### Nyttig informasjon til småbarnsforeldre og leger

Folkehelseinstituttet og Antibiotikaserteret for primærmedisin har utarbeidet informasjonsmateriell til leger og foreldre om riktig bruk av antibiotika ved luftveisinfeksjoner hos barn. Alle fastlegekontorer, helsestasjoner og legevakter får tilsendt dette materialet for å markere antibiotikadagen og for å bidra til vi også fremover har en god og trygg behandling av barn med luftveisinfeksjoner.

### Animasjonsfilm

- Animated short video (English) wmv-file (se: [www.fhi.no](http://www.fhi.no))

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

- Alle barn får ørebetennelse (brosjyre)
- Når barnet ditt har... halsbetennelse / feber / ørebetennelse / bronkitt (4 ulike brosjyrer)
- Antibiotika – bare når det trengs (plakat)

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=100166>

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

- Antibiotikaresistens

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

- Antibiotikaserteret for primærmedisin (ASP)

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2012 -15  
Stikkord: Antibiotika.

## Forslag om forbud mot erverv, besittelse og bruk av visse dopingmidler – Høringsuttalelse fra Folkehelseinstituttet

Helse- og omsorgsdepartementet

Pb 8011 Dep

0030 OSLO

Deres ref: 2012/01828  
Vår ref: 12/1105-2/ILDI/JOMO  
Dato: 24.10.2012

### Høring - forslag om forbud mot erverv, besittelse og bruk av visse dopingmidler

Folkehelseinstituttet takker for å ha mottatt høringsnotat om endringer i legemiddeloven med ovenstående tittel.

Hovedinnholdet i forslaget er at Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) foreslår å gjøre det straffbart uten lovlig adkomst å erverve, besitte eller bruke dopingmidler slik disse defineres i forskrift om hva som skal anses som dopingmidler. Overtredelse foreslås straffet med bøter eller fengsel i inntil 6 måneder.

Som hovedformålet ved å innføre et forbud mot bruk av dopingmidler, anføres det at det er å unngå skadefølger på samfunnet og tredjepersoner, samt dernest å unngå skade på brukeren selv.

I høringsnotatet er det anført at Sverige i 1999 kriminaliserte bruken av dopingmidler, mens slik bruk ikke er ulovlig i Danmark og Finland dvs. som i Norge i dag.

I høringsnotatet er det under pkt. 6.1 på side 8 anført at: «Det grunnleggende formål med straff er å hindre uønskede handlinger. Prinsipielt bør man være tilbakeholden med å kriminalisere handlinger som kun skader gjerningspersonen selv.»

### Folkehelseinstituttets synspunkter

Folkehelseinstituttet (FHI) deler HODs syn slik det fremkommer i siste avsnitt ovenfor. En vurdering av den foreslåtte lovendring vil derfor konsentrere seg om i hvilken grad bruk av dopingmidler leder til skade på samfunnet og tredjepersoner. I denne sammenheng står en ev. risiko for utøvelse av vold og aggresjon sentralt.

Dette spørsmål har også blitt utredet tidligere. Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten ("Kunnskapssenteret") konkluderte i 2004 (Rapport nr. 4/2004) med at det ikke fantes tilstrekkelig vitenskapelig dokumentasjon for å kunne si at det foreligger en årsaksmessig sammenheng mellom bruk av androgene anabole steroider (AAS) og aggresjon/vold. Rapporten anførte også at man ikke kunne utelukke en årsakssammenheng, særlig ved bruk av høye doser og/eller kombinasjon av ulike stoffer hos følsomme individer.

I litteraturreferansene # 2 i høringsnotatet, (Barland og Tangen) står det på side 20 at Kunnskapssenterets konklusjon er konfirmert i et større svensk doktorgradsarbeid fra 2008. Dette arbeidet antydte imidlertid at bruk av AAS kunne være en markør for «psychiatric morbidity.» Referanse # 2 viser også samvariasjon mellom dopingbruk og problemadferd og samvariasjon med bruk av rusmidler. Det siste fremgår også av litteraturreferanse # 1 i høringsnotatet.

I høringsnotatet vises det til at en ny kunnskapsoppsummering på feltet, referanse # 3 i høringsnotatet, legger til grunn at det er en årsakssammenheng mellom bruken av AAS og økt aggresjon. Denne oppsummeringen er imidlertid ikke utført av kunnskapssenteret, men an en enkeltperson. Oppsummeringen er upublisert og kunne ikke framskaffes av HOD ved forespørsel (per 20.8.2012).

FHI har således ingen mulighet for å vurdere hverken metode eller resultater i referanse # 3. Dette er svært uheldig da denne referansen

synes å representere det eneste nye kunnskapsgrunnlag som ev. kunne trekke i retning av en lovendring.

**FHI finner det derfor vanskelig å støtte forslaget så lenge man ikke har kunnet vurdere denne kunnskapsoppsummeringen. FHI mener videre at det vil være galt å straffeforfølge brukere av dopingmidler der de dokumenterte skadevirkningene uansett synes å ramme brukeren i langt større grad enn andre.**

Det foreligger heller ingen sammenlignende undersøkelser mellom Sverige før og etter at lovendringen skjedde der (1999) og de øvrige nordiske land mht. forekomst av AAS relatert vold. Dersom slike undersøkelser ikke er utført, vil FHI sterkt anbefale at de gjøres, og at resultatet av disse tas med i grunnlaget for en ev. lovendring.

Et mindre viktig punkt er at det på side 11 i høringsnotatet er anført at: «Imidlertid er det ikke forbud i legemiddeloven mot å ha spor av narkotika eller dopingmidler i kroppen.» Som bekjent er situasjonen i dag slik at påvisning av ikke forskrevne narkotika i kroppen, anses som brudd på legemiddeloven.

Vennlig hilsen

Camilla Stoltenberg  
Direktør

Jørg Mørland  
Ass. Direktør

Referansekode i 'Helserådet': RUS 2012 – 12

Stikkord: Dopingmidler.

## Triklosan i kosmetikk og hygieneprodukter kan øke allergirisiko

Publisert 13.11.2012, oppdatert: 14.11.2012, 08:08  
Stikkord: Allergi

Triklosan - et antibakterielt kjemikalium som finnes blant annet i tannkrem - kan bidra til en økt risiko for utvikling av allergi hos barn. Dette kommer fram i Den norske miljø og barne-astma studien som blant annet Folkehelseinstituttet, er ansvarlig for. Tilsvarende rapporteres også fra USA.

Triklosan har vært i bruk i flere tiår, men ble nylig satt i sammenheng med allergi hos barn i den amerikanske studien, National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). Den nye norske studien har funnet tilsvarende sammenhenger mellom allergi hos barn og triklosannivåer målt i urin fra barna.

I denne studien ble det funnet at triklosan målt i urin hang sammen med forhøyede nivåer av Immunoglobulin E (IgE) og rhinitt (nese-tetthet/høysnue) hos 10-åringer.

623 urinprøver ble samlet inn og ble målt av Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta, USA). Omtrent 50 %

### Fakta om triklosan

- Triklosan brukes for å hindre vekst av bakterier
- virker ikke mot alle typer bakterier
- tilsettes hovedsakelig kosmetiske produkter som tannkrem, deodorant og såper
- tilsettes også i kjøkkenredskaper og tekstiler
- lite triklosan tas opp gjennom huden
- vi får stoffet vesentlig i oss gjennom slimhinnene i munnen (tannkrem)
- har vært i bruk i over 40 år
- fra dyreforsøk vet man at triklosan fungerer som forsterker på utvikling av spesifikk Immunoglobulin (IgE)

av de norske barna hadde målbare nivåer av triklosan, mens 80 % av de amerikanske barna hadde målbare nivåer. Barna ble utsatt for omtrent samme mengde triklosan.

Triklosan kan endre bakteriefloraen på huden, i munnen og i tarmen. En endring av bakteriesammensetningen av "gode" bakterier kan føre til en økt risiko for å utvikle allergi (hygiene-hypotesen). Derfor har økt bruk av triklosan og antibakterielle produkter generelt blitt satt i sammenheng med økt forekomst av allergi.

### Redusere bruk

I Norge har helsemyndighetene i mange år oppfordret til en redusert bruk av antibakterielle produkter for å unngå utviklingen av resistente bakterier.

I en kartlegging av bruken av triklosan i Norge i 2001, ble det funnet ut at av den totale mengden av triklosan, kom 85 % fra kosmetiske produkter – hvorav 75 % fra tannkrem. Triklosan har siden denne kartleggingen, blitt tatt ut av en rekke produkter.

I hvor stor grad norske barn er eksponert for triklosan i dag er uvisst. I USA hvor de har årlig prøvetaking og overvåking av kjemikalieeksponering, er det foreløpig lite som tyder på at eksponeringen for triklosan er på vei ned.

### Om studien

Triklosan-studien er et samarbeid mellom Folkehelseinstituttet, Oslo universitetssykehus, Universitet i Oslo og National Institute of Health Sciences (NIEHS) i USA, hvor Randi Bertelsen for tiden er gjesteforsker. Prosjektet er blant annet finansiert av Forskningsrådets program for miljøpåvirkning og helse.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=100112>

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

- Triclosan in cosmetics and personal care products can increase allergy risk

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

- Triclosan exposure and allergic sensitization in Norwegian children

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2012 – 29  
Stikkord: Triklosan. Allergi.

## Ungdom og vaksine mot meningokokksykdom (smittsom hjernehinnebetennelse)

Publisert 13.11.2012, oppdatert: 14.11.2012, 14:26  
Stikkord: Meningokokk (se Hjernehinnebetennelse)

Folkehelseinstituttet anbefalte i fjor at ungdom som skal delta i russefeiring vurderer å vaksinere seg med meningokokk A+C+W+Y-konjugatvaksine. I år anbefales det i tillegg at all ungdom i alderen 17-19 år vurderer å vaksinere seg. Det er derfor laget et nytt informasjonsbrev til ungdom om meningokokkvaksinasjon.

I 2010 og 2011 fikk Folkehelseinstituttet meldt henholdsvis ni og fire tilfeller av smittsom hjernehinnebetennelse (meningokokksykdom) som kunne relateres til russefeiringen. Begge årene var det omtrent like mange tilfeller blant russ som hos ungdom som hadde festet med rusen eller gikk på en skole der russ var blitt syke. Høsten 2011 anbefalte Folkehelseinstituttet at ungdom som skal delta aktivt i russefeiring vurderer å vaksinere seg mot meningokokksykdom. Så

langt i 2012 er det meldt 18 tilfeller av meningokokksykdom hvorav seks i aldersgruppen 17-19 år. Ingen av tilfellene i år hadde sammenheng med russefeiring.

Det finnes ulike typer av meningokokkbakterien. I Norge har lenge meningokokk gruppe B vært vanligst, og den finnes det ikke vaksiner mot. De siste årene har meningokokker av gruppe Y og C vært årsak til en økende andel av sykdomstilfellene. For disse meningokktypene finnes det effektiv vaksine som gir lite bivirkninger.

Ungdom i alderen 17-19 år er en av de aldersgruppene som har høyest forekomst av meningokokksykdom. I tillegg kan en kombinasjon av tett samvær med andre, festing og lite søvn gi økt risiko for å utvikle alvorlig sykdom. Dette gjelder både russ og andre ungdommer som fester mye.

Folkehelseinstituttet anbefaler derfor at ungdom i alderen 17-19 år vurderer å vaksinere seg med meningokokk A+C+W+Y-konjugatvaksine (Menveo® eller Nimenrix®). Selv om vaksinene ikke dekker alle typer meningokokkbakterier kan de hindre en høy andel av sykdomstilfellene hos ungdom. Det anbefales at vaksinasjonen utføres i god tid før russefeiringen begynner. Beskyttelsen varer i flere år. Vaksinasjon i begynnelsen av videregående skole vil gi beskyttelse i russetiden og ved reiser senere i ungdomstiden.

Etter vaksinasjon tar det omtrent to uker før vaksinen gir beskyttelse. Vaksinen må betales av den enkelte og kan settes av fastlege, på vaksinasjonsklinikk, eller eventuelt skolehelsetjenesten i enkelte kommuner.

Risikoen for å utvikle meningokokksykdom kan også reduseres ved å følge disse rådene:

- Ta deg tid til å sove ut. Kroppen trenger å få hvile, det styrker motstandskraften.
- Ikke rop og skrik så mye at du blir hes og halsen sår. Dette gjør slimhinnene mer mottakelig for infeksjoner.
- Unngå å drikke av samme flaske/boks/glass som andre.
- Kyss bare kjæresten din.
- Ikke del sigarett med andre.
- Unngå for mye alkohol. Når du er beruset vil dømmekraften din reduseres, og symptomer på meningokokksykdom kan forveksles med tegn på for mye alkohol.
- Skaff lege dersom du tror vennene dine kan være syke. Ta ansvar for hverandre dersom noen er syke og har feber.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=100122>

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

- Vaksiner mot smittsom hjernehinnebetennelse (meningokokk sykdom)

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

- Informasjonsmateriell om meningokokkvaksine til ungdom 2012/2013

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 – 117

Stikkord: Meningokokkinfeksjon. Hjernehinnebetennelse.

**Ny studie viser:**

## Stokkmaur skader forskjellig isolasjonsmateriale i ulik grad

Publisert 22.11.2012, oppdatert: 22.11.2012, 09:54

Som isolasjon i bygninger brukes det vanligvis ulike typer skumplastprodukter, glass- eller steinull. Man har ofte observert angrep av maur i disse materialene, men det har vært delte meninger om hva

maur foretrekker å gnage/anlegge reir i. For første gang er det gjort en undersøkelse som viser gnageevnen til stokkmaur i ulike typer isolasjonsmateriale.

*Stokkmaur skader forskjellig isolasjonsmateriale i ulik grad (foto: Anders Aak, fhi)*



Når maur anlegger reir i isolasjonsmateriale svekkes isolasjonsevnen. I tillegg til den materielle skaden fører også maurangrep til økt bruk av insektmidler. Insektmidler er skadelige for helse og miljø. For å hindre maurangrep er det viktig å finne isolasjonsmaterialer som ikke blir angrepet.

I rapporten "Excavation of building insulation by carpenter ants (*Camponotus ligniperda*, Hymenoptera; Formicidae)" er følgende beskrevet:

- Tiden det tok før maur begynte å gnage i ulike isolasjonsmaterialer
- Skade på ulike isolasjonsmaterialer etter å ha blitt presentert for maur i fem dager
- Om skaden forandret seg om isolasjonen hadde ulik temperatur

I selve rapporten er resultater for polystyren og foamglas beskrevet. Resultater for andre isolasjonsmaterialer finnes i vedlegget.

Du finner rapporten her: (se: [www.fhi.no](http://www.fhi.no))

Excavation of building insulation by carpenter ants (*Camponotus ligniperda*, Hymenoptera; Formicidae) (pdf)

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2012 -30

Stikkord: Stokkmaur. Skadedyr.

## Bruk av blodtrykksmidler er femdoblet på 30 år

Publisert 22.11.2012, oppdatert: 22.11.2012, 15:52

Bruk av blodtrykksmidler i Norge er nesten femdoblet på 30 år, viser to studier fra Folkehelseinstituttet. I all hovedsak brukes midlene til behandling av høyt blodtrykk.

- Sannsynligvis skyldes den økte bruken av blodtrykksmidler en kombinasjon av bedre diagnostikk av høyt blodtrykk, lavere grenser for oppstart av behandling og mer intensiv behandling, sier Hege Salvesen Blix, seniorrådgiver på Folkehelseinstituttet.

Studien til Blix [Et al.], som omfatter historisk undersøkelse av trender, omfatter all bruk av legemidler for høyt blodtrykk i Norge fra 1970-tallet og til i dag.

For å forstå mer av hvordan blodtrykksmidler brukes i dag, har forskerne i studien til Selmer [Et al.] hentet ut alle nye brukere av blodtrykksmidler fra Reseptregisteret i 2005 og fulgt dem over tid. De har også sett på nye brukere i 2009.

### Bedre behandlingstilbud

- Det er viktig å følge legemiddelbruken i samfunnet. På den måten kan en ta tak i trender før de utvikler seg i uheldig retning. Tidligere norske studier har vist underbehandling av pasienter med høyt blod-



trykk. Økningen i bruk av blodtrykksmidler kan bety at befolkningen nå behandles bedre, sier Salvesen Blix.

Hun understreker at god etterlevelse av blodtrykksbehandling er viktig for å redusere risikoen for hjerteinfarkt og hjerneslag.

- Fakta om høyt blodtrykk (se: [www.fhi.no](http://www.fhi.no))

Resultater fra studien til Selmer [Et al.] viser at etterlevelsen av blodtrykksbehandling var langt bedre i denne studien enn det som er rapportert i flere internasjonale studier. Studien viser at i alt 78 500 personer startet med blodtrykksmidler i 2005. Av de som startet med tiazider eller AII-antagonister, de to vanligste medikamentene som brukes til behandling av høyt blodtrykk, var det om lag 80 prosent som fortsatt brukte blodtrykksmidler etter ett år, mens rundt 67 prosent fortsatt fikk behandling etter fire år. De fleste som avslutter blodtrykksbehandlingen slutter i løpet av det første året. Type medikament ved oppstart av behandling hadde lite å si for andel som avsluttet all blodtrykksbehandling.

- Det at det er liten forskjell i etterlevelse, enten man starter med det ene eller andre blodtrykksmidlet, kan være en indikasjon på et vel-fungerende helsevesen. Resultater fra studiene viser også at valg av medikament har lite å si for antall som avslutter behandlingen. Det er nyttig informasjon for legemiddelforskrivere, mener Salvesen Blix.

### Trendutvikling på valg av medikamenttyper

Valg av medikament har endret seg med årene fordi nye midler har kommet på markedet. Tiazidene har vært brukt i hele undersøkelsesperioden, om enn i ulik grad. I dag er det AII-antagonister som brukes mest, fulgt av tiazider og kalsiumantagonister.

Den utstrakte bruken av AII-antagonister i Norge de senere årene er noe overraskende siden ACE-hemmere synes å være mer brukt internasjonalt. Dessuten var AII-antagonister dyrere enn ACE-hemmere i observasjonsperioden. Bruken av tiazider som førstevalg var også relativt høy sett i lys av at nyere medikamentgrupper har kommet på markedet, men til dette er å bemerke at refusjonsreglene ved ukomplisert høyt blodtrykk, som gjaldt i observasjonsperioden, hadde som forutsetning at tiazider skulle prøves først.

Resultater fra studiene viser at kvinner oftere startet med tiazider enn menn, og menn startet oftere med AII-antagonister enn kvinner. Av de som startet med bare ett blodtrykksmiddel, og fortsatt brukte blodtrykksmidler etter fire år, var det rundt 45 prosent som bare brukte ett middel, rundt 40 prosent som brukte to midler og om lag 15 prosent som brukte tre eller flere midler.

### Mangelfull registrering av medikamentbruk hos eldre

I Norge har vi to landsdekkende legemiddelregistre; ett som har historisk oversikt over alt salg av legemidler i Norge (Grossistbasert legemiddelstatistikk) helt tilbake til 1970-tallet og ett register som gir opplysninger om medisiner på resepter (Reseptregisteret), som inneholder data fra og med 2004.

- Med Reseptregisteret har vi kommet litt nærmere brukeren ved at vi vet hvem som henter ut medisinen fra apoteket og hvorfor de har fått forskrevet en reseptbelagt medisin, men Reseptregisteret inneholder ikke opplysninger om legemidler utlevert på sykehus, sykehjem eller andre institusjoner. Dette er en begrensning ved bruk av data fra Reseptregisteret og kan medføre at man beregner for lav medikamentbruk, spesielt blant eldre, sier Salvesen Blix.

En annen begrensning ved dataene i Reseptregisteret er at det ikke finnes opplysninger om pasienten faktisk har inntatt det utleverte medikamentet. I Reseptregisteret har en tilgang til diagnosekode, men ikke mulighet til å måle klinisk effekt, og man kan derfor ikke avgjøre om blodtrykksmålene blir nådd.

### Referanser

Blix HS, Landmark K, Selmer R, Reikvam A. Forskrivning av anti-

hypertensive legemidler 1975-2010. Tidsskr Nor Laegeforen. 2012 May 29;132(10):1224-8

Selmer R, Blix HS, Landmark K, Reikvam A. Choice of initial anti-hypertensive drugs and persistence of drug use – a four year follow-up of 78453 incident users. Eur J Clin Pharmacol. 2012 Oct;68(10):1435-42.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=100237>

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

- Sammendrag av studie i PubMed: Choice of initial antihypertensive drugs and persistence of drug use--a 4-year follow-up of 78,453 incident users
- Sammendrag av studie i PubMed: Patterns in the prescription of antihypertensive drugs in Norway, 1975-2010

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2012 – 16

Stikkord: Blodtrykksmedisiner.

## Viltkjøtt og bly

Publisert 20.11.2012, oppdatert: 20.11.2012, 08:35  
Stikkord: Kosthold (ernæring)

Høsten 2011 publiserte Veterinærinstituttet resultater fra en undersøkelse som viste at kjøttdeig fra elg i enkelte tilfeller kunne inneholde svært høye nivåer av bly. Både i Tyskland og Sverige er det gjort liknende funn, samt gitt anbefalinger til enkelte grupper om å være forsiktig med inntak av viltkjøtt. Folkehelseinstituttet har nå - i samarbeid med Norges Jeger og Fiskerforbund - analysert blyinnhold i blodet til norske familier med høyt forbruk av elg- og hjortekjøtt.



I den norske studien inngår både familier med høyt inntak av viltkjøtt og personer som sjelden eller aldri spiser vilt. Alle svarte på et spørreskjema og avga blodprøve som ble analysert for bly. Blyinnholdet i blod er en god indikasjon på hvor mye bly en har fått i seg de seneste par måneder og det er godt kjent hvilke nivåer som er helseskadelige.

Blodprøveresultatene fra undersøkelsen er nå ferdige, og prosjektleder ved Folkehelseinstituttet Helle Margrete Meltzer melder at blynivåene hos norske jegerfamilier generelt sett var lave i forhold til nivåer av bly som tidligere er funnet i norske og europeiske undersøkelser.

Det var noe variasjon mellom prøveresultatene, men ingen av deltakerne hadde blynivåer i blodet som i dag anses å være helseskadelig. Det er mange faktorer som kan forklare variasjoner i blynivået hos deltakerne, som alder, kjønn, type viltkjøtt, egenproduksjon av ammunisjon osv.

### Hvorfor er man bekymret for bly?

- Bly er et giftig tungmetall som vi utsettes for via mat, vann, luft og støv.
- Bly lagres i kroppen, først og fremst i benvev.
- Høye nivåer av bly i blodet kan skade nervesystemet, bloddannelsen og nyrene.
- Den mest følsomme gruppen er barn i perioden før og etter fødsel.

## Risikovurdering

Resultatene og disse sammenhengene vil bli vurdert nærmere i en risikovurdering som skal utarbeides av Vitenskapskomiteen for mattrygghet (VKM). VKM vil publisere sin vurdering tidlig neste år. Risikovurderingen vil danne grunnlag for de rådene Mattilsynet deretter vil gi befolkningen.

Jakt er en viktig fritidssyssele for mange nordmenn: ca 3 % av befolkningen deltok i en eller flere former for jakt i jaktåret 2011/2012, og viltkjøtt er en viktig del av kostholdet i familier som går på jakt. Fordi ammunisjonen som brukes til storviltjakten inneholder bly og fordi man har påvist svært høye blyverdier i enkelte prøver av norsk oppmalt viltkjøtt, har det vært mistanke om at inntak av for mye viltkjøtt kan være helseskadelig.

Referansekode: ERN 2012 – 14

Stikkord: Blyforgiftning.

## Årskonferansen for medisinsk mikrobiologi og infeksjonsimmunologi

Publisert 19.11.2012, oppdatert: 19.11.2012, 15:34

Velkommen til årskonferansen for leger, forskere og andre interesserte ved landets mikrobiologiske og immunhematologiske/immunologiske laboratorier - torsdag 6. og fredag 7. desember i auditoriet, Lovisenberggaten 8, Oslo.



Møtetiden er satt til kl. 09.30- kl. 16.00 (ca) torsdag og kl. 09.00 - kl. 15.00 (ca) fredag, avbrutt med ca. en times lunsjpause. Se foreløpig program nederst på siden.

Deltagelse begge dager vil i år koste kr 500,-, som dekker abstraktbok, kaffe i pausene og lunsj begge dager. Det vil bli tilsendt betalingsblankett etter påmelding.

Frist for påmelding til konferansen er 22.november. Påmelding sendes til: [aarskonferansen@fhi.no](mailto:aarskonferansen@fhi.no)

Programkomité i år er: Jørgen Vildersshøj Bjørnholt, Carol Holm-Hansen, Silje Bruland Lavoll, Lisbeth Meyer Næss, Kirsti Vaino, Astrid Wester og Kari Undeland (leder)

Velkommen!

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=100187>

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

- Årskonferansen 2012 - foreløpig program

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 – 120

Stikkord: Årskonferanse.

## Traumatiske hendelser og posttraumatisk stress er forbundet med psykiske lidelser

Publisert 19.11.2012, oppdatert: 20.11.2012, 12:45

Stikkord: Tvillingundersøkelsen, Vold, Stress

En av fire opplever en alvorlig traumatisk hendelse i løpet av livet og 2.6 % utvikler posttraumatisk stresslidelse, men forekomsten er forskjellig for menn og kvinner. Begge tilstander er forbundet med andre psykiske lidelser, viser en ny tvillingstudie fra Folkehelseinstituttet.

Resultatene viser at rundt en fjerdedel (26.5 %) av tvillingene i studien hadde opplevd minst én traumatisk hendelse, som for eksempel vold eller seksuelt misbruk. Dette er langt lavere enn det som tidligere er funnet i amerikanske studier og i andre europeiske land (for eksempel 64 % i Europa). Forekomsten av posttraumatisk stresslidelse (PTSD) i denne studien var 2.6 %, noe som også er lavere enn estimater for USA (7.8 %), men stemmer overens med estimater for forekomst i Europa (1.9 %).

– Forskjellene mellom landene kan muligens forklares ved at studier i andre land ofte spør om langt flere og ulike opplevelser enn de som inngikk i vår tvillingstudie. I vår undersøkelse inngikk kun ni hendelser som mulige PTSD traumer av diagnosesystemet vi bruker (DSM-IV), forklarer forsker Gun Peggy Knudsen ved Divisjon for psykisk helse, som er medforfatter i studien.

### Kjønnsforskjeller

Forskerne fant klare kjønnsforskjeller i opplevde traumatiske hendelser og utvikling av PTSD. Nær en tredjedel av alle menn som deltok i undersøkelsen rapporterte om én traumatisk hendelse. Vanligst var alvorlig fysisk trussel, angrep eller skade. I underkant av en fjerdedel av kvinnene rapporterte om traumatiske hendelser. Voldtekt og seksuelt misbruk var vanligere blant kvinner enn menn. Derimot hadde kvinnene tre ganger høyere risiko enn menn for å utvikle PTSD. Disse kjønnsforskjellene stemmer overens med funn fra andre land.

### Henger sammen med psykiske lidelser

Traumatiske hendelser og PTSD var forbundet med økt risiko for alle psykiske lidelser og personlighetsforstyrrelser som ble undersøkt. Sterkest sammenheng ble funnet mellom PTSD og ustabil personlighetsforstyrrelse, agorafobi, depresjon, ruslidelser og panikklidelse. Det kan være flere mulige grunner til hvorfor traumatiske hendelser og PTSD henger sammen med psykiske lidelser:

#### Fakta: Hva er posttraumatisk stresslidelse (PTSD)?

- Ved å ha blitt utsatt for eller vært vitne til ekstreme hendelser som involverer død, alvorlig fysisk skade eller trussel (f.eks. fra krig, overfall, voldtekt og katastrofer), kan man utvikle posttraumatisk stresslidelse (PTSD).
- Syndromet kjennetegnes blant annet ved at man gjentagende gjenopplever den traumatiske hendelsen (erindringer, drømmer, eller sjeldnere: flashbacks), og at man unngår stimuli forbundet med hendelsen og gjenopplevelsen av den.
- Videre oppleves en generell følelsesnummenhet, angst, irritasjon, søvnproblemer, konsentrasjonsvansker og et generelt økt spenningsnivå og overvåkenhet.
- Symptomene må ha en varighet på over en måned før man blir diagnostisert med PTSD, samt at de har en effekt som virker inn på funksjonsevnen, både sosialt og på andre områder.
- PTSD henger ofte sammen med andre mentale lidelser som depresjon og rusmisbruk.

– Det kan være de samme sårbarhetsgenene eller personlighetstrekk, for eksempel nevrotisme, som har en sammenheng med både traumer, PTSD og andre psykiske lidelser, forklarer Knudsen.

– Alternativt kan enkelte psykiske lidelser, som for eksempel ruslidelser, øke risikoen for å bli utsatt for et traume og dermed også øke

risikoen for PTSD.

– Eller det kan være omvendt; traumer kan være risikofaktorer for andre sykdommer enn PTSD, for eksempel depresjon eller rusmisbruk, tilføyer Knudsen.

### Innvirkning på utdanning

Studien viser også at traumatiske hendelser og PTSD kan ha innvirkning på utdanning. Det å ha opplevd en traumatisk hendelse og PTSD var forbundet med lavere utdanning.

– Det kan være at de som blir utsatt for traumer i tidlig alder i mindre grad gjennomfører høyere utdanning, eller også her kan det være delte sårbarhetsgener som er med på å forklare sammenhengen, sier Knudsen.

Knudsen presiserer at studien ikke gir svar på om traumatiske hendelser og PTSD fører til lavere utdanning eller omvendt, bare at det er en sammenheng mellom disse.

### Om studien

Studien baserer seg på en intervjuundersøkelse av 2794 unge voksne tvillinger fra hele Norge, som ble gjennomført ved Folkehelseinstituttet i perioden 1999-2004. Tvillingene ble intervjuet om psykiske lidelser, inkludert PTSD og personlighetsforstyrrelser. Sammen med kollegaer ved Virginia Institute of Psychiatric and Behavioral Genetics i USA undersøkte forskerne forekomsten av traumatiske hendelser, PTSD og hvor ofte andre psykiske lidelser og personlighetsforstyrrelser forekommer sammen med PTSD.

### Referanse

Amstadter AB, Aggen SH, Knudsen GP, Reichborn-Kjennerud T, Kendler KS. Potentially traumatic event exposure, posttraumatic stress disorder, and Axis I and II comorbidity in a population-based study of Norwegian young adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=100184>

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

- Nasjonalt tvillingregister

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

- Potentially traumatic event exposure, posttraumatic stress disorder, and Axis I and II comorbidity in a population-based study of Norwegian young adults (tidsskriftets sammendrag)

Referansekode i 'Helserådet': PSY 2012 – 10

Stikkord: Stress. Posttraumatisk stress.

---

## Hvorfor plages noen kvinner av bekkenløsning etter fødsel?

Publisert 15.11.2012 , oppdatert: 15.11.2012, 11:17

Det henger blant annet sammen med angst og depresjon, samt hvor alvorlige smertene har vært i svangerskapet, viser en ny studie fra Folkehelseinstituttet.

Symptomgivende bekkenløsning er definert som en tilstand som utvikles gjennom svangerskap og/eller fødsel, og er karakterisert av til dels invalidiserende smerter lokalisert i bekkenområdet. En av

fem kvinner får bekkenløsning i løpet av svangerskapet, men for de aller fleste forsvinner disse smertene etter fødselen. Likevel opplever noen kvinner at smertene vedvarer, og hittil har det vært uklart hvorfor dette skjer.

Denne studien undersøkte prognosen ved svangerskapsrelatert bekkenløsning etter fødsel, og betydningen av angst og depresjon for tilfriskningsprosessen, hos mer enn 41,000 kvinner. Funnene viser at:

- 4 av 5 kvinner var helt kvitt smertene seks måneder etter fødselen.
- 3.5 % av kvinnene rapporterte fortsatt om betydelige smerter seks måneder etter fødselen.
- Risikoen for vedvarende bekkenløsning økte med smertenes alvorlighetsgrad i svangerskapet. Mest alvorlig var det å ha smerter både fortil og på begge sider bak i bekkenet (som på engelsk kalles «pelvic girdle syndrome»).
- Kvinner med symptomer på angst og depresjon i svangerskapet hadde økt risiko for vedvarende bekkenløsning, selv etter justering for alvorlig smerte i svangerskapet.

### Betydning av angst og depresjon

Hvorfor har kvinner med angst og depresjonssymptomer økt risiko for vedvarende bekkenløsning?

– Disse kvinnene kan ha økt oppmerksomhet mot smerten, og de kan tolke den annerledes enn kvinner uten angst og depresjon, forklarer manuellterapeut og postdoktor Elisabeth K. Bjelland ved Divisjon for Psykisk Helse.

– For eksempel er det rapportert at depressive personer i større grad har katastrofetanker. Derfor kan smerter hos kvinner med angst og depresjon i større grad medføre uhensiktsmessige bevegelsesmønstre, fysisk inaktivitet, og kan hindre deltagelse i sosiale aktiviteter. Sammenhengen kan også skyldes nevrofysiologiske mekanismer, forklarer Bjelland:

– Kvinner med angst og depresjon kan ha mindre effektiv smertehemming, og de kan være mer sårbare for at langvarig smerte kan påvirke sentralnervesystemet.

### Implikasjoner

– Denne studien viser at prognosen ved bekkenløsning er god for de aller fleste. Likevel bør klinikere være oppmerksomme på kvinner med sterke smerter i svangerskapet, særlig hvis de i tillegg har symptomer på angst og depresjon, konkluderer Bjelland.

### Om studien

Resultatene er basert på data fra 41 421 kvinner i Den norske mor og barn-undersøkelsen som hadde rapportert om bekkenløsning i svangerskapsuke 30. Kvinnene fylte ut spørreskjemaer i uke 17 og 30 av svangerskapet, og 6 måneder etter fødsel. De ble spurt om sosioøkonomiske faktorer, om generell helse, smerter i bekkenet og om tidligere svangerskap. Angst og depresjon ble målt med en kortversjon av spørreskjemaet Hopkins Symptom Checklist. Studien mangler informasjon om angst og depresjon før svangerskapet, og det må derfor tas et forbehold når det gjelder retningen på sammenhengen mellom angst og depresjon og vedvarende smerter.

Prosjektleder for studien er Dr.med. Malin Eberhard-Gran ved Folkehelseinstituttet. Studien er utført i samarbeid med Oslo Universitetssykehus og Akershus Universitetssykehus.

### Referanse

Bjelland, E.K., Stuge, B., Engdahl, B. and Eberhard-Gran, M. The effect of emotional distress on persistent pelvic girdle pain after delivery: a longitudinal population study. *British Journal of Obstetrics*

and Gynaecology, 2012; DOI: 10.1111/1471-0528.12029.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=100154>

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

- The effect of emotional distress on persistent pelvic girdle pain after delivery: a longitudinal population study (journal abstract)

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2012 – 26

Stikkord: Bekkenløsning.

## Folkehelseinstituttet partner i to av tretten nye sentre for fremragende forskning

Publisert 15.11.2012, oppdatert: 15.11.2012, 10:48

Forskningsrådet har utpekt tretten forskningsmiljøer som får status som Senter for fremragende forskning (SFF) fra 2013. Folkehelseinstituttet (FHI) ved sin Avdeling for kjemikalier og stråling er en av partnerne i Centre for Environmental Radioactivity (CERAD). FHIs Avdeling for internasjonal folkehelse er partner i Centre for Intervention Science in Maternal and Child Health (CIS-MAC).

CERADs forskningsmål er å sette oss bedre i stand til å møte trusler fra både menneskeskapt og naturlig radioaktiv stråling. CISMAC skal bidra til å forbedre mødre og barns helse ved å studere effekten av helsetiltak i lavinntektsland.

### CERAD

Senteret er lokalisert på Universitetet for miljø- og biovitenskap (UMB) i Ås. Partnere er Statens strålevern, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Norsk Institutt for Vannforskning, Norges Veterinærhøgskole og Meteorologisk Institutt.

- Langsiktig, grunnleggende forskning på radioaktiv stråling skal sette oss bedre i stand til å møte eventuelle trusler fra ioniserende stråling som stammer fra både menneskeskapt og naturlig radioaktivitet. Det er ikke blitt mindre aktuelt etter ulykken ved atomreaktoren i Fukushima. Senteret har som mål å fremskaffe et vitenskapelig grunnlag for bedre risikovurdering og konsekvensanalyser, sier Gunnar Brunborg, avdelingsdirektør ved Folkehelseinstituttet.

Senteret skal motta et årlig beløp på rundt 15,5 millioner kroner. Prosjektleder er professor Brit Salbu, Universitetet for miljø- og biovitenskap (UMB).

Offisiell nettside for CERAD (se: [www.fhi.no](http://www.fhi.no))

### CISMAC

Senteret som er lokalisert på Universitetet i Bergen (UiB) skal samarbeide med Folkehelseinstituttet og Chr Michelsens Institutt (CMI) i Norge. I tillegg skal CISMAC samarbeide med Verdens helseorganisasjon og syv partnere i India, Nepal, Uganda, Etiopia, Zambia og Sør-Afrika. Gruppen har planlagt og budsjettet for 12 prosjekter i Asia og Afrika.

- Hvert år dør 8 millioner barn i lav- og mellominntektsland. Mange kvinner dør i forbindelse med fødsler. Mange dødsfall, sykdommer og fødselskomplikasjoner kunne vært unngått med enkle midler. Senteret skal bidra til å forbedre helsen for mor og barn ved å studere effekten av helsetiltak i land sør for Sahara og i Sør-Asia, sier avdelingsdirektør Frederik Frøen ved Folkehelseinstituttet.

Senteret skal motta et årlig beløp på 17,5 millioner kroner.

Prosjektleder er professor Halvor Sommerfeldt, ved Universitetet i Bergen og Folkehelseinstituttet.

### Fakta om SSF

Hele 139 forskningsmiljøer søkte om å bli et SFF. Av disse ble 29 vurdert som så gode at de gikk videre til den siste, avgjørende runden. Bare tretten slapp gjennom nålovet, etter en grundig og tidkrevende søknadsprosess. Sentrene vil få mer enn to milliarder kroner over ti år for å skape forskning i verdensklasse.

Ordningen ble opprettet i 2003 med tretten sentre. I 2007 ble åtte nye sentre opprettet. Samlet årlig budsjett for disse 21 sentrene har vært 235 millioner kroner. Bevilgningen til de første SFFene avvikles rundt årsskiftet, samtidig som tretten nye sentre nå blir etablert. Samlet årlig budsjett for de nye sentrene er 207 millioner kroner.

- Forskere som skal hevde seg i verdenstoppen trenger fleksibel, langsiktig finansiering som gir rom for å satse dristig, sa kunnskapsminister Kristin Halvorsen i forbindelse med utnevnelsen.

SFF-ordningen er et av Forskningsrådets fremste virkemidler for å få frem forskning av høy kvalitet. Et forskningsmiljø som får status som et SFF kan se frem til ti år med ekstra gode økonomiske betingelser.

De nye sentrene har stor faglig bredde og favner et vidt spenn av problemstillinger. Tre ledes av kvinner. Nedenfor er listen over SFF-sentre som får bevilgning fra 2013.

### Forskningsrådet har utpekt følgende 13 sentre som fremragende:

Centre for Environmental Radioactivity, Universitetet for miljø- og biovitenskap (UMB)

Centre for Intervention Science in Maternal and Child Health, Universitetet i Bergen

Birkeland Center for Space Science, Universitetet i Bergen

Centre for Cancer Biomarkers, Universitetet i Bergen

The Legitimate Roles of the Judiciary in the Global Order, Universitetet i Oslo

Centre for Earth Evolution and Dynamics, Universitetet i Oslo

Center for Multilingualism in Society across the Lifespan, Universitetet i Oslo

Norwegian Centre for Mental Disorders Research, Universitetet i Oslo

Centre for Neural Computation, NTNU

Centre of Molecular Inflammation Research, NTNU

Centre for Dynamics of Biological Diversity, NTNU

Centre for Autonomous Marine Operations and Systems, NTNU

Centre for Arctic Gas Hydrate, Environment and Climate, Universitetet i Tromsø

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=100146>

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

- Norwegian Institute of Public Health is a partner in two new centres of excellence

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2012 – 17

Stikkord: Folkehelseinstituttet

### 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](mailto:smi@helsebiblioteket.no)