



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

18/12

5. oktober 2012
20. årgang

ISSN 0806 - 7457

Nå også med nytt fra
Folkehelseinstituttet!

FORSKJELLIGE SIDER VED SAMHANDLINGSREFORMEN

Bladet *Kommunal Rapport* følger samhandlingsreformen tett på og har gjennom hele dette året hatt innsiktsfulle artikler og kommentarer.

I mars hadde bladet en artikkel under overskriften **Overfylte sykehjem**. Her ble det referert fra flere kommuner hvor det var en prekær mangel på sykehjemsplasser etter at reformen hadde trådt i kraft og at skrøpelige eldre måtte innom sykehus før de kunne få sykehjemsplass.

I mai var det omtale av kommuner hvor man hadde ryddet plass til utskrivningsklare pasienter fra sykehus hvilket hadde ført til dobbeltrom og korridorpasienter på sykehjemmene og flere avslag til hjemmeboende eldre. Tre av fire helse- og omsorgssjefer mente også at pasientene nå er sykere når de skrives ut av sykehus enn før reformen begynte å gjelde.

I dagens nummer av 'Helserådet' følger vi opp med fire artikler fra *Kommunal Rapport* om samhandlingsreformen.

Her hitsettes et sitat fra divisjonsdirektør i Helsedirektoratet, Olav Valen Slåttebrekk: "Det eneste vi kan si med sikkerhet, er at det skjer mye knyttet til samhandlingsreformen. Men om utviklingen går systematisk i den ene eller andre retningen, vet vi ikke."

Red.

Kommunal Rapport:

VERRE Å FÅ Plass I HVER TREDJE KOMMUNE

Berit Almendingen, 480 33 259 berit@kommunal-rapport.no
Ole Petter Pedersen, 900 57 640 ole.petter@kommunal-rapport.no

Mer enn én av tre kommuner erkjenner at det er vanskeligere for en tungt pleietrengende å få SYKEHJEMSPlass i år.

Det viser en rundspørring som Kommunal Rapport har foretatt hos pleie- og omsorgssjefene i Kommune-Norge. 35 prosent av de som har svart, sier at det er litt eller mye vanskeligere for en person med omfattende pleiebehov å få sykehjemsplass i år enn i fjor. Sist uke skrev Kommunal Rapport at antall tungt pleietrengende over 90 år uten sykehjemsplass økte med 16 prosent i fjor. Utviklingen ser dermed ut til å fortsette i år.

Prioriterer de over 90

Ifølge svarene på undersøkelsen er situasjonen marginalt bedre for de over 90 år. Her er det bare 32 prosent av kommunene som melder at det har blitt vanskeligere å få sykehjemsplass.

Noe av utviklingen er bevisst. Noen kommuner flytter innsatsen fra sykehjem til hjemmebasert omsorg. Det er også færre kommuner, 17 prosent, som mener at det er for vanskelig for de eldste å få sykehjemsplass. Men pasientombud over hele landet er kritisk til utviklingen. – Terskelen for å få sykehjemsplass i noen kommuner blir høyere og høyere. Inntrykket ved vårt kontor er at forskjellene kommunene imellom er store. Det som bekymrer, er at presset på heldøgns plasser fortrenger korttids plasser og avlastning som jo

er et svært viktig tiltak for familier med store omsorgsoppgaver, mener pasient- og brukerombud i Hordaland, Rune J. Skjælaaen.

- Avhengig av vilje

Nestleder i Stortingets helse- og omsorgskomite Kjersti Toppe (Sp) er også bekymret for situasjonen. Hun mener at noen kommuner har sittet for lenge på gjerdet. – Vi ser at hvorvidt kommunene lykkes eller ikke, avhenger av hvor mye forberedt de har vært. Noen kommuner har laget systemer for utskrivningsklare pasienter og jobbet mye med kompetanse, mens andre kommuner er helt på hælene. Utfordringen er å skape et jevnere tilbud over hele landet. Jeg er bekymret for kommunene der det ikke går bra. Jeg er veldig opptatt av at samhandlingsreformen ikke blir oppfattet som en reform som går ut over pasienter, sier Toppe.

– *Så det er mye viljen til kommuneledelsen det står på?* – Ja, hos en del. Noen politikere sa for to-tre år siden at de ikke ville gjøre noe før alle pengene til samhandlingsreformen stod på bok. Nå skaper de overskrifter i avisene. Andre kommuner søkte derimot om planleggingsmidler og satte i gang.

– *Er det også et spørsmål om økonomi?* – Alle kommunene sier at reformen er krevende og at de helst skulle hatt mer penger. En skal ikke bagatellisere økonomi, men det handler også om ledelse, systemer og rutiner. Det er kommuner som klarer samhandlingsreformen bra, og dem må kommuner som sliter, lære av. Jeg har klokkeetro på at det går an å få det til. Men de må legge litt arbeid i det.

- Øremerk midler

Kari Kjønaas Kjos, som sitter i helse- og omsorgskomiteen for Frp, er enig i at noen kommuner ikke har jobbet godt nok i forkant av reformen. – I valg-

kampen fikk jeg et tydelig inntrykk av at mange politikere ikke så hva reformen ville kreve, bortsett fra at mange gjorde om sykehjemsplasser til korttids plasser for å kunne ta imot utskrivningsklare pasienter, sier Kjos.

- *Hva bør gjøres nå?* – Samhandlingsreformen er kjempegod, men vi må endre innretningen. Frp vil doble tilskuddet for hver ny sykehjemsplass. Samtidig er driften av sykehjem den store utfordringen. Derfor ønsker vi at eldreomsorg skal bli statlig finansiert. Hvis vi ikke får støtte for dette, vil vi øremerke midler til eldreomsorg i kommunene.

PENGENE RÅR

('Helserådet' red. kommentar: her gjengis to kommentarer som påpeker virkninger av samhandlingsreformen)

Litt vanskeligere: Utfordringene er at pasienten skrives ut tidligere fra sykehuset og kommunen blir oftere presset til å prioritere utskrivningsklare pasienter. Det medfører at terskelen for sykehjemsplass er stigende.
Ingeborg Buckle, leder bestillingskontoret, Sola kommune

Mye vanskeligere: Vi har hatt for lite strenge kriterier for inntak i sykehjem. Dette har resultert i at ikke syke nok gamle får sykehjemsplass. Samhandlingsreformen har gitt oss større utfordringer enn vi klarer. Det er ikke lenger pasienten som er i fokus. Det er pengene som rår.
Monica Andersen, enhetsleder Gratangen kommune.

Referansekode i 'Helserådet': SAM 2012 – 11

Stikkord: Samhandlingsreformen.

Kommunal Rapport:

GÅR I MINUS PÅ SYKEHUSENE

Marte Danbolt, 416 58 639 marte@kommunal-rapport.no

Kommunenes sykehusutgifter er høyere enn tilskuddet de fikk ved starten av SAMHANDLINGSREFORMEN. Månedsbetøpet skrus opp for 271 kommuner fra august.

KS (Kommunenes sentralforbund) forventer at staten tar ekstraregningen på drøyt 60 millioner. – Tallene er ikke dramatiske. Men vi forventer at ordningen med kommunal medfinansiering av sykehusene blir fullfinansiert av staten. Så langt har regjeringen ikke gitt noen signaler om dette, siter områdedirektør for interessepolitikk Helge Eide i KS til Kommunal Rapport.

Han mener det vil være urealistisk å tro at hver enkelt kommune får dekket nøyaktig den summen de betaler i sykehusutgiftene. –Vi kan ikke regne med at det skal være en perfekt match for alle. Men vi legger til grunn at samhandlingsreformen fullfinansieres for kommunene samlet, sier Eide.

35 mill. fra egen kasse

Helsedirektoratet hever med virkning fra august det månedlige å kontobeløpet for 271 kommuner. Årsaken er at de har hatt et større forbruk av sykehjems tjenester i første tertial enn beregnet før innføringen av samhandlingsreformen.

Oslo må ut med 13 millioner ekstra. Hovedstadens utgifter til medfinansiering av sykehusene ser dermed ut til å bli 35 millioner høyere enn kompensasjonen som er lagt inn i rammetilskuddet til denne ordningen i samhandlingsreformen. Byrådet i Oslo var forberedt på at statsstøtten ikke strakk til og har for 2012 satt av en sikkerhetsmargin på 60 millioner kroner av egne midler. – Vi mener det har skjedd en feilberegning av sykehusutgiftene fra departementets side. De har regnet med en aktivitetsvekst i sykehusene på 1,1 prosent, mens den ser ut til å bli på 3,5 prosent, sier spesialrådgiver Tone Frønes ved Byrådsavdelingen for eldre og sosiale tjenester til Kommunal Rapport. Oslo kommune har ennå ikke tatt stilling til om den vil kreve kompensasjon fra staten for sine medutgifter.

Mange eldre i Røyrvik

Det har heller ikke Røyrvik som med sine snaut 500 innbyggere har fått en ekstraregning på 300.000 kroner. Det øker kommunens årlige sykehusutgifter med 36 prosent. Også her blir utgiftene høyere enn tilskuddet. – Vi så alt i april at vi kom til å gå i minus hvis vi ikke får en dramatisk endring i siste del av året. Våre kostnader ligger veldig høyt i forhold til den kompensasjonen vi har fått, sier rådmann Ole Jørgen Radøy som nå må omprioritere i budsjettet. – Helsedirektoratet har ikke tatt nok hensyn til at vi har en eldre befolkning enn

gjennomsnittskommunen. Det er for tidlig å konkludere. Men det er godt mulig vi vil ta kontakt med Fylkesmannen eller departementet for å be om kompensasjon, varsler Radøy.

117 millioner mer

124 kommuner får redusert sine sykehusregninger i årets fem siste måneder, fordi befolkningen er friskere enn forventet. Størst avslag får Flora og Lenvik som sparer en halv million på årsbasis. Røst og Etnedal får størst prosentvis avslag, på 17 og 15 prosent. Der avviket utgjør mindre enn 0,5 prosent, er beløpene uendret.

Den foreløpige avregningen er basert på helseforetakenes endelige innrapportering for årets fire første måneder. Videre kontroller kan medføre nye endringer. Den endelige avregningen for 2012 skjer først neste år.

Justeringene fra august medfører at kommunenes samlede innbetalinger til medfinansiering av sykehusene øker med 117 millioner kroner til 5.071 millioner kroner på årsbasis. Dermed forsvinner hele bufferen på 50 millioner som var lagt inn i rammetilskuddet i tilknytning til ordningen. I tillegg må kommunene ut med 64 millioner kroner av egne midler for å dekke sine sykehusutgifter.

190 kommuner ligger an til å gå i minus på ordningen, mens 209 går i pluss hvis innbyggerne holder seg like friske ut året.

Staten vil ikke betale

Helse- og omsorgsdepartementet iler ikke til for å dekke kommunenes sykehusregning.

- Jeg vil ikke love at staten vil dekke kommunenes merutgifter, sier statssekretær Kjell Erik Øie (Ap) i Helse- og omsorgsdepartementet til Kommunal Rapport. Han sier departementet er godt kjent med KS' krav om full kompensasjon og at KS også er kjent med departementets syn. – Jeg går ut fra at diskusjonen vil fortsette. Samhandlingsreformen er viktig for regjeringen, KS og ikke minst befolkningen, og vi vil selvsagt videreføre den tette dialogen vi har med KS om reformen. Men jeg vil minne om at KS har vært med på de beregningene som ble gjort i forkant av reformen og at KS stilte seg bak disse, sier statssekretæren. Han advarer mot å trekke for bastante konklusjoner basert på tallene for årets første fire måneder. – Vi vil følge veldig nøye med på utviklingen. Så får vi se hva sluttresultatet blir, sier Øie.

- *For enkelte kommuner dreier det seg om relativt store beløp. Oslo kommune må ta 35 millioner kroner fra egen lomme?* – Jeg har ikke noe annet svar til Oslo enn til KS, sier statssekretæren som mener samhandlingsreformen går "overraskende bra". – Det er en stor og omfattende reform. Vi må regne med at det oppstår noe knirk. Men det samlede bilde er positivt. Noe av det mest positive er at mange kommuner går inn i reformen med stor entusiasme og bygger opp kompetanse lokalt.

KOMMUNAL MEDFINANSIERING

- ♦ Viktigste økonomiske virkemiddel i samhandlingsreformen
- ♦ Kommunene betaler 20 prosent av sykehusutgiftene gjennom månedlige å kontobeløp fastsatt av Helsedirektoratet.
- ♦ Kommunene har fått 5.007 millioner millioner kroner til ordningen gjennom rammetilskuddet i 2012.
- ♦ Hensikten er å motivere kommunene til å satse på forebyggende og lokale helsetiltak og dermed dempe veksten i sykehusutgiftene.

Referansekode i 'Helserådet': SAM 2012 -10

Stikkord: Samhandlingsreformen.

Kommunal Rapport:

HAR BRUKT 2 MRD PÅ HELSEREFORM

Samhandlingsreformen kostet kommunene 1,5 milliarder kroner før den trådte i kraft. I år påløper en halv milliard kroner til, som ikke blir refundert av staten.

12. september 2012 - 13:10 | Av Marte Danbolt

Det viser beregninger foretatt av Norut Alta på oppdrag for KS. Disse er gjort på grunnlag av undersøkelser i 86 kommuner.

At kommunene bruker 2 milliarder kroner av egen lomme på tre år, viser at samhandlingsreformen er viktig for kommunene, mener direktør for interessepolitikk Helge Eide i KS.

– Tallene demonstrerer at det er et veldig stort engasjement i kommunene for samhandlingsreformen. De legger inn betydelige egne summer i tillegg til de betalingsordningene som er innført, sier han til kommunal-rapport.no.

– Dette går selvfølgelig på bekostning av andre ting. Men vi må legge til grunn at dette er kommunenes egne prioriteringer. At det foreligger sterke politiske føringer, er det ingen som helst tvil om. Men så langt vi kan se, er drivkraften i kommunene et ønske om å lykkes på vegne av innbyggerne.

Mer forebygging

Ifølge Norut brukte kommunene til sammen 600–650 millioner kroner i 2010 og 930–990 millioner kroner i 2011 på å forberede seg på reformen. I hovedsak er utgiftene knyttet til drift, ikke investeringer. Rundt 80 prosent av utgiftene var bokførte utgifter. Utgiftene er dekket innen kommunenes ordinære budsjetter, uten ekstra overføringer.

"Det betyr at det har foregått et betydelig omstillingsarbeid og en økonomisk prioritering på dette feltet i landets kommuner de senere år", fastslås det i rapporten, som kommunal-rapport.no har fått tilgang til. Ifølge Norut har særlig det forebyggende og helsefremmende arbeidet i blitt prioritert langt sterkere enn tidligere.

De største utgiftene i den forberedende fasen var knyttet til tilbud som erstatter innleggelse i sykehus, forebyggende og helsefremmende tiltak, kompetanseheving (spesielt i 2010) og utskrivningsklare pasienter (2011). Sistnevnte utgifter omfatter bare kommunenes egne tiltak for denne pasientgruppen. Betaling for liggedøgn på sykehus ble først innført fra 2012.

Varige utgifter

Etter reformstart i 2012 er kostnadsbildet annerledes og Noruts undersøkelser lagt opp på en annen måte. På bakgrunn av foreløpige tall for nesten hele første halvår, anslår Norut at reformen i år vil koste kommunene 440–460 millioner kroner. Da er tiltak som skal erstatte sykehustjenester og etablering av frisklivssentraler ikke medregnet. Hovedpostene er utskrivningsklare pasienter, kompetanseheving og etablering av døgnåpne plasser for øyeblikkelig hjelp.

Noen av reformutgiftene er engangsutgifter, mens andre er varige. Forskerne anslår at reformen påfører kommunene varige driftsutgifter på 660–700 millioner kroner årlig.

Skulle kommunene gå i pluss på de nye økonomiske ordningene knyttet til medfinansiering av sykehus og utskrivningsklare pasienter, kan dette trekkes fra i reformregnskapet. Foreløpig ser det ut til at kommunene i år går i minus på medfinansiering, men i pluss på betalingsordningen for utskrivningsklare. Dette varierer imidlertid sterkt mellom kommunene.

Ifølge Eide er det særlig behov for en sterkere statlig finansiering på ett felt, elektronisk meldingsutveksling. 40 prosent av kommunene har ennå ikke et system for elektronisk samhandling om pasientene.

– Vi ber ikke om fullfinansiering. Kommunene har selv ansvaret for sine IT-systemer. Men her er det snakk om en nasjonal reform, som det er knyttet klare mål til. IT-utbygging er helt nødvendig for å oppnå målene i reformen. Derfor er det ikke urimelig med et sterkere statlig ansvar, både for planlegging og finansiering, sier han.

Referansekode i 'Helserådet': SAM 2012 – 9

Stikkord: Samhandlingsreformen. Forebygging Utskrivningsklare pasienter.

Kommunal Rapport:

NYE MILLIONER TIL SAMHANDLING FORDELT

112 kommuner har fått til sammen 124 millioner kroner fra regjeringen for å bygge opp et øyeblikkelig hjelp døgntilbud. 34 kommuner har fått avslag og må vente til neste år.

5. september 2012 - 12:58 (Oppdatert: 5. september 2012 - 13:40) | Av Berit Almendingen

Fakta

Helsemyndighetene har definert øyeblikkelig hjelp døgntilbud slik:

- * En pasient trenger øyeblikkelig hjelp hvis vedkommende er i en tilstand eller situasjon der utredning eller behandling er påtrengende nødvendig.
- * Tilstanden behøver ikke være kritisk eller livstruende, men pasienten har behov for utredning eller behandling uten unødvendig venting.

Kommunene vil ha plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold fra 2016. Tilbudet skal fases inn i alle landets kommuner i løpet av de neste årene, og kommunene skal få til sammen over 1 milliarder kroner til å bygge opp tjenesten.

– Et slikt tilbud kan fange opp pasienter med en kjent lidelse som trenger tilsyn hele døgnet, men som ikke behøver innleggelse på sykehus. Disse kan få et tilbud som kommunen har kompetanse til å gi, sier helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen (Ap).

Interessen fra kommunene for å få tilskudd har vært stor. 146 kommuner søkte om støtte innen fristen 1. juli, og det ble søkt om 48 millioner kroner mer enn det regjeringen har satt av i år. Kommuner som har søkt uten å få tilskudd i denne runden, vil få det i 2013.

– Det har kommet inn mange søknader, og det viser at kommunene er ivrige etter å styrke sitt tilbud. Det lover godt at så mange kommuner og helseforetak har klart å bli enige om hvordan dette tilbudet skal etableres allerede i 2012, sier Strøm-Erichsen.

Se tilskuddslisten her (ekstern lenke: se www.kommunal-rapport.no)

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2012 – 13

Stikkord: Legevakt. Øyeblikkelig hjelp.

Kommunal Rapport:

FARLIG MYE STØY I BARNEHAGEN

Veldig mange barn og ansatte i barnehagene utsettes daglig for helse-skadelige støynivåer.

19. september 2012 - 11:23 | Av Marte Danbolt
Det viser en omfattende kartlegging utført av Private Barnehagers Landsforbund (PBL), melder nrk.no.

Målingene viser at støynivået i norske barnehager er 20 desibel høyere enn den anbefalte maks grensen for støy satt av Arbeidstilsynet. En forskjell på 20 desibel tilsvarer 100 ganger høyere lyd.

– Støy er ofte et undervurdert stress- og helseproblem, også i barnehager. Et høyt støynivå kan føre til stress og muskelspenninger og har en negativ innvirkning på både trivsel og sykefravær. I tillegg kan støyen gi varige hørselskader, sier verneingeniør Finn Berntsen i PBLs bedriftshelsetjeneste til NRK.

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2012 – 23

Stikkord: Støy. Barnehager. Kommunal Rapport.

Velkommen til Jubileumskonferanse

Få mer innsikt i forskning, praktiske erfaringer og politiske visjoner for sammenhengen mellom Natur - Kultur - Helse. Konferansen fokuserer på nye muligheter for samhandling, forebygging og rehabilitering innenfor helsetjenesten.

Bli med å skape en fremtid der forebygging og helsefremmede natur - og kulturaktiviteter baseres på et helhetlig menneskesyn.

NaKuHel er folkehelse i praksis !

I sammenheng med folkehelse er empowerment et sentralt begrep. Mobilisering av egne krefter er et av mange oversettelser. Poenget er å ta styring i eget liv og fokusere på det positive i egen situasjon. NaKuHel drives etter slike prinsipper.

Påmelding:



For mer info og påmeldingsskjema:
www.med.uio.no/helsam/natur-kultur-helse
eller e-post: forum@ffhs.no

Deltakeravgift:

Vanlige deltakere: 2.890 kr. inkl. lunsj

Medlemmer i Folkehelseforeningen og NaKuHel, studenter og pensjonister: 2.300 kr. inkl. lunsj

Overnatting:

Dobbeltrom 700 kr. pr. person
Enkeltrom 950 kr

Kontakt:

forum@ffhs.no
gunnar.tellnes@medisin.uio.no
Tlf: 22 85 05 50 Resepsjon Inst. Helse og samfunn

Konferansen er godkjent som tellende timer til spesialiteten i allmennmedisin, samfunnsmedisin og fysikalsk medisin og rehabilitering.

Arrangører: Stiftelsen NaKuHel Norge og Universitetet i Oslo i samarbeid med Helsedirektoratet, Universitetet for miljø og biovitenskap, Folkehelseforeningen, Asker kommune, Bærum kommune, Nature-Culture-Health International, Int. Academy of Science Health&Ecology, Nordic Section og NaKuHel Akershus, Stiftelsen NaKuHel Asker. www.nakuhel.no

UiO: **Institutt for helse og samfunn**
Det medisinske fakultet



NaKuHel Norge
Helsefremmende møteplasser



PROGRAM

Nasjonal konferanse: **NATUR OG KULTUR SOM FOLKEHEELSE**



Velkommen til en unik konferanse med fremragende forskere, politikere og praktikere.

Thon Vettre Hotell Asker
5 – 6 november 2012

NATUR OG KULTUR SOM FOLKEHELSE

Program

MANDAG 5. NOV.:

Forebygging og samhandling – lokalt og globalt		
Tid	Tittel	Fordragsholder
10:00	Velkommen!	Kunstneriske innslag
10:20	Vårt globale ansvar	Øystein Dahle, Tidl. styreleder i Worldwatch Institute
10:40	Visions for Public Health in Europe	Prof. Walter Ricciardi, President of EUPHA
11:00	Visjoner for folkehelsevitenskap i Norge	Prof. Jeanette Magnus, Instituttleder, Helsam UiO
11:30	Pause	
12:00	Visjoner for lokalt folkehelsearbeid	Div.dir./prof. Knut-Inge Klepp, Helsedirektoratet./UiO
12:20	NaKuHel som modell for samhandling	Prof. Gunnar Tellnes, UiO/NaKuHel Norge
12:40	Diskusjon og info	
13:00	Lunsj og turdialog	
14:00	Kulturelt innslag	
14:05	Environment, forest and health: The extended view	Prof. Walter Kofler, President of Int. Academy of Science – Health & Ecology
14:25	Evolusjon, økologi og velferd	Werner Christie, tidligere helseminister
14:45	Friskliv, natur og kultur som folkehelse i praksis	Kristin Bredal Berge og Jorun Marie Thon, NaKuHel Asker
15:05	Mental helse, livsstil og forebygging	Forskningsleder Lars Lien, OUS/UiO
15:25	Pause	
15:40	Hvorfor er økologisk mat viktig for helsen?	Prof. Gerd Holmboe-Ottesen, UiO
16:00	Hvordan kan musikk og trim fremme folks helse	Forsker Kari-Batt Rawden, Østlandsforskning/UiO
16:20	Salutogenese ved helhetlig rehabilitering av sykmeldte	Fagsjef Liv Haugli, AiR
16:40	Endringsøyeblikk, intuisjon og bevissthet	Psykologspesialist Lisbeth H. Brudal
17:00	Program slutt	
19:00	Vertskommunens hilsen ved Ordfører Lene Conradi, velkomstdrink, mm.	
20:00	Festmiddag med kulturelle innslag	

Hvert foredrag varer 10 min. Deretter er det rom for kommentarer fra salen.
Kunstneriske innslag kommer mellom foredragene. Bevertning.

NaKuHel-teorien:

I møte mellom natur og kultur ligger en kime til både positive og negative konsekvenser for helse, miljø og livskvalitet.

Program

TIRSDAG 6. NOV.:

Natur og kultur som medisin og folkehelse		
Tid	Tittel	Fordragsholder
08:30	Velkommen!	Kunstneriske innslag
08:40	Visjoner for "Helsekommunen Asker".	Ordfører Lene Conradi, Asker kommune
09:00	Hva vil vi med natur, kultur og helse i Bærum?	Ordfører Lisbeth Hammer Krog, Bærum kommune
09:20	Helsefremmende arbeid i primærhelsetjenesten	Div.dir. Toril Lahnstein, Helsedirektoratet
09:40	Døden som natur, kultur og folkehelse	Prof. Per Fugelli, UiO
10:00	Pause	
10:30	Kultur og helse i et samfunnsmedisinsk perspektiv	Førsteamanuensis. Steinar Krokstad, NTNU
10:50	Grønn omsorg som folkehelse og NAVmetode	Prof. Camilla M. Ihlebæk, Helse UMB
11:10	Effekter av selskapsdyr på fysisk og psykisk helse	Prof. Bjarne Braastad, Helse UMB
11:30	Aktiv demensomsorg - integrert musikk som miljøbehandling - Musikalske eksempler.	Overlege PhD Audun Myskja, spesialist i allmennmedisin
11:50	Lunsj og turdialog	
12:00	Pause	
13:00	Eksempelets makt: Om legers livsstil	Forsker Judith Rosta, Legeforeningens forskningsinstitutt
13:20	Kan natur- og kulturaktiviteter supplere dagens medisin?	Gen. sekr. Geir Riise, Den norske legeforening
13:40	Visjonen om Vitensenter Natur-Kultur-Helse	Annette Sett-Gjessing, NaKuHel Asker
14:00	Pause	
14:30	Hvorfor satse på forebygging i kommunen?	Rådmann Lars Bjerke, Asker kommune
14:50	Hvordan tar et helseforetak hensyn til kultur og miljø?	Admin. dir. Einar M. Strand, Sunnaas HF
15:10	Helsefremmende arbeid – en politisk utfordring?	Dr. Kjersti Toppe, Stortinget. 1. Nestleder i Helse og omsorgskomiteen
15:30	Visjoner for NaKuHel og samhandling i Sigdal	Ordfører Kari Ask, Sigdal kommune
15:50	Hva betyr natur, kultur og helse for trivsel i skole og utdanning?	Marianne Aasen, Stortinget, Leder i Kirke-, utdannings- og forskningskomiteen
16:10	Avslutning Musikalske innslag	
16:30	Omvisning for interesserte på NaKuHel-senteret, Semsveien 168, Asker Fremmøte i Kafé Smia.	

Det tas forbehold om endringer i programmet.



Kontakt oss gjerne på
mabje@helsedir.no

Fullstendig program finner du på
www.helsedirektoratet.no

Målgruppe:

Authorities responsible for healthy indoor air and the energy, building and outdoor environment sectors. Researchers and research institutions in the fields. Individuals, groups and organizations that bear responsibility to advocate or work for acceptable air quality for the occupants.

Ingen deltakeravgift. Lunsj inkludert.
 Frist for påmelding 10. oktober 2012

For påmelding

Send epost til:
mabje@helsedir.no

Health in the green economy – building sector



Fredag 19. oktober 2012
 Helsedirektoratet
 Auditoriet
 Universitetsgt 2,
 Oslo

Health in the green economy – building sector

Conference in the Directorate of Health, Great Auditorium, October 19th 2012 at 11:00 a.m. to 3:00 p.m. on the occasion of visit of Professor Philippa Howden-Chapman, Wellington, New Zealand

WHO 2000: The Right to Healthy Indoor Air. Recommendation 8:

“Cooperation between those responsible for healthy indoor air and the energy, building and outdoor environment sectors should be encouraged to identify, analyze and propose solutions to existing and potential conflicts between the sectors.

Philippa Howden-Chapman is Director for He Kainga Oranga/Housing and Health Research Programme, NZ Centre for Sustainable Cities and Department of Public Health, University of Otago, Wellington, New Zealand

She is contributor to WHO works including:

WHO 2011. Health in the green economy: health co-benefits of climate change mitigation – housing sector

Program

- 10:30 Registration
- 11:00 Welcome and introduction – housing and health, Anders Smith
- 11:15 Housing and health in a historic perspective in Norway, Jan Vilhelm Bakke
- 11:35 Improving health and energy efficiency through community-based housing interventions. The effect of housing on mental health and cardiopulmonary diseases (including COPD, asthma, Cardiovascular Diseases), Philippa Howden Chapman
- 12:15 WHO 2011. Health in the green economy: health co-benefits of climate change mitigation – housing sector, Philippa Howden Chapman
- 12:45 Discussion
- 13:00 Break: coffee, tea, refreshments
- 13:30 SINTEF-Byggforsk. Co-benefits of climate change mitigation, indoor environment and health – Norwegian projects, Sverre Holøes
- 13:50 Indoor climate and health in the White Paper 28 (2011-2012). Good buildings for a better society ([Stortingsmelding 28 \(2011 – 2012\). Gode bygg for et bedre samfunn](#)).
- 14:10 Who guidelines on housing and health. Project proposal, Philippa Howden Chapman
- 14:25 How can we organize and optimize our societal resources in order to provide the best research and societal actions to promote sustainable development, wellbeing and health in terms of built environment, private housing, public and commercial buildings? Moderator and introductions. Discussion.
- 15:00 End of the formal program, those who are interested may stay and continue discussions including research needs until 16:00.

Ny variant av Coronavirus påvist

Publisert 24.09.2012 , oppdatert: 24.09.2012, 16:55

Folkehelseinstituttet er varslet om to tilfeller med alvorlig, akutt luftveisinfeksjon med samtidig nyresvikt. Begge personene, som har oppholdt seg i Saudi Arabia, er bekreftet smittet med en hittil ukjent type Coronavirus. Situasjonen følges opp gjennom de internasjonale smittevern-nettverkene hvor Norge deltar.

Viruset som er påvist hos de to tilfellene er nær 100 % identiske ved genetisk undersøkelse. Den ene pasienten er død, den andre er kritisk syk og under intensiv behandling i Storbritannia. Begge har oppholdt seg i Saudi Arabia, men de to ble antakelig syke med ca. 3 måneders mellomrom. Det er ikke holdepunkter for felles smittekilde eller for smitte mellom mennesker.

I tillegg meldes det fra Storbritannia om en tredje person fra Saudi Arabia, som var innlagt i sykehus i London i august med et lignende sykdomsbilde. Pasienten døde senere. I dette tilfellet foreligger det ikke en bekreftet virusanalyse.

Coronavirus tilhører en stor gruppe virus som blant annet omfatter forkjølelses- og andre luftveivirus, hvorav noen kan gi alvorlig sykdom. Med utgangspunkt i de påviste tilfellene, er Verdens helseorganisasjon (WHO) og andre smittevernmyndigheter nå i gang med å kartlegge situasjonen og vurdere mulige helsekonsekvenser og eventuelle tiltak. WHO har ikke anbefalt reiserestriksjoner på bakgrunn av de meldte tilfellene.

- Folkehelseinstituttet følger situasjonen nøye, og deltar i dialogmøter med EU-kommisjonen og WHO, sier avdelingsdirektør Karin Rønning ved Avdeling for infeksjonsovervåking.

- Vi har gjort henvendelser til de infeksjonsmedisinske avdelingene ved alle regionsykehusene. Ingen av disse rapporterte om innleggelser av pasienter med et slikt akutt sykdomsbilde, sier Rønning.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=99363>

Relaterte lenker (se: www.fhi.no)

- Informasjon fra Health Protection Agency (HPA) i Storbritannia
- Mer informasjon fra WHO

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 – 99

Stikkord: Coronavirus.

26. september 2012:

Oppdatert informasjon om nytt coronavirus

Publisert 26.09.2012 , oppdatert: 26.09.2012, 18:04

Norske helsemyndigheter følger situasjonen nøye etter at det europeiske og internasjonale nettverket for smittevernarbeid har varslet om to sykdomstilfeller med påvist smitte av et nytt coronavirus. Hittil er det ikke påvist flere sykdomstilfeller med smitte av det nye viruset.

Det er fortsatt bare to pasienter som er blitt syke av det nye viruset

og de ble syke med tre måneders mellomrom.

- At det har gått lang tid mellom de to tilfellene og det at det ikke har vært noen kontakt mellom dem de to, tyder på at viruset ikke smitter lett. Det er heller ikke klarlagt om det smitter mellom mennesker. Coronavirus finnes hos både fugler og pattedyr, og man kan ikke utelukke at dette viruset har blitt overført fra dyr til menneske, sier avdelingsdirektør Karin Rønning i Avdeling for smitteovervåking ved Folkehelseinstituttet.

De to pasientene har begge hatt alvorlige symptomer fra lungene. De to ble innlagt på sykehus henholdsvis 5 og 7 dager etter symptomdebut og utviklet deretter også nyresvikt. En er død og den andre er fortsatt kritisk syk og under intensiv behandling i Storbritannia.

Situasjon nå

Folkehelseinstituttet er informert om at det er innlagt pasienter i Danmark med luftveissymptomer. Pasientene har alle vært på reise i det aktuelle området. Det nye viruset er ikke påvist hos disse, men de er fortsatt under utredning.

Oppdatering 27.9.2012

De seks pasientene som har vært innlagt til observasjon i Danmark for infeksjon med nytt coronavirus, var smittet med vanlig influensa virus (Influensa B). Norske helsemyndigheter følger fortsatt situasjonen etter at det europeiske og internasjonale nettverket for smittevernarbeid har varslet om to sykdomstilfeller med påvist smitte av et nytt coronavirus. Hittil er det ikke påvist flere sykdomstilfeller med smitte av det nye viruset.

Det er fortsatt bare to pasienter som er blitt syke av det nye viruset og de ble syke med tre måneders mellomrom.

- At det har gått lang tid mellom de to tilfellene og det at det ikke har vært noen kontakt mellom dem de to, tyder på at viruset ikke smitter lett. Det er heller ikke klarlagt om det smitter mellom mennesker. Coronavirus finnes hos både fugler og pattedyr, og man kan ikke utelukke at dette viruset har blitt overført fra dyr til menneske, sier avdelingsdirektør Karin Rønning i Avdeling for smitteovervåking ved Folkehelseinstituttet.

Avdeling for virologi på Folkehelseinstituttet forbereder diagnostisk testing for det nye viruset.

Føre vår

Siden dette er dreier seg om et nyoppdaget virus har man foreløpig utilstrekkelig kunnskap om mulig smittsomhet og sykdomsrisiko.

- På det nåværende tidspunkt er det derfor nødvendig å ha en «føre-vår-holdning» og gi noen råd, sier avdelingsdirektør Karin Rønning.

Derfor anbefales: Har du vært på reise til Saudi Arabia eller Qatar og utvikler feber og hoste/og eller tungpustenhet innen 10 dager etter hjemkomst anbefales du å kontakte lege. Ta

Fakta om coronavirus

- Viruset som er påvist tilhører en stor gruppe virus som kalles coronavirus.
- En rekke vanlige «forkjølelsesvirus» hos mennesker tilhører også coronavirus-familien. Dette er vanlig forekommende virus som gir øvre luftveisinfeksjoner og i sjeldne tilfeller lungebetennelse.
- Det nye viruset er ikke det samme viruset som forårsaket SARS-epidemien i 2002-2003. Begge virus tilhører coronavirus-familien.
- Ulike coronavirus finnes hos både fugler og pattedyr, og slike virus kan også overføres fra dyr til menneske.
- Coronavirus smitter ofte som dråpesmitte, men smitte via avføring (fekal-oral) kan også forekomme.

telefonisk kontakt med legen før du kommer på legekantoret/legevakten. Informer om tilstanden og hvor du har vært.

- Helsepersonell som mistenker sykdommen hos pasienter som har vært i de aktuelle områdene skal varsle smittevernvakten ved Folkehelseinstituttet, sier hun.

Reiseråd

Det er nå ingen reiserestriksjoner til Saudi Arabia eller Qatar, heller ikke når det gjelder pilegrimsreisende til Hajj, som foregår 24.-29. oktober.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=99410>

Relaterte sider (se: www.fhi.no)

- Reiseråd for pilegrimer til Mekka (Hajj)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 - 100

Stikkord: Coronavirus

Reiseråd for pilegrimer til Mekka (Hajj)

Publisert 20.09.2012, oppdatert: 20.09.2012, 13:33

Stikkord: Reise, sykdommer og reisevaksiner

Under pilegrimsferden (Hajj) til Mekka vil millioner av mennesker oppholde seg på et begrenset geografisk område under enkle forhold. Det har tidligere enkelte år vært utbrudd av smittsomme sykdommer under Hajj. I år vil Hajj være i dagene 24-29. oktober.

Her er noen råd og anbefalinger til pilegrimer som reiser fra Norge:

- Ha oppdatert vaksinasjon mot sykdommene stivkrampe, difteri, kikhoste og polio (bør oppdateres hvert 10. år). Noen kan også ha behov for MMR-vaksine og hepatitt B-vaksine.
- Saudiarabiske helsemyndigheter krever vaksinasjon mot hjernehinnebetennelse for alle over 2 år. Internasjonalt vaksinasjonskort må medbringes og vises frem ved innreise til Saudi-Arabia. To meningokokk A+C+W+Y konjugatvaksiner er tilgjengelige. Vaksinen Menveo er godkjent til barn over 2 år og vaksinen Nimenrix er godkjent til barn over 1 år.
- Meningokokkvaksine må være satt mellom 3 år og 10 dager før innreise til Saudi-Arabia.
- Ta med en førstehjelpspakke som inkluderer tilstrekkelig mengde av eventuelle faste medisiner, og medisiner til bruk ved diaré. Ekstra væsketilførsel anbefales dersom man trenger å kompensere for væsketap som ved diaré og/eller ekstra varmt klima (pulver til oral rehydreringsløsning, som fås kjøpt på apotek).
- Saudiarabiske helsemyndigheter anbefaler også at pilegrimer er vaksinert mot sesonginfluensa
- Utvis forsiktighet om man inntar måltider på de mange provisoriske spisestedene.
- Kjøp vann på flaske. Det er lett tilgjengelig og rimelig.
- Det er kun tillatt å ha med forseglede/hermetisk mat eller mat som er pakket i mindre pakker lett tilgjengelig for inspeksjon ved innreisen til Saudi-Arabia.
- Vask hendene hyppig og nøye, spesielt før du spiser eller tilbereder mat og etter toalettbesøk.
- Ha gyldig reiseforsikring.

De samme rådene gjelder ved Umra selv om folkemengden her er mindre.

Det gjelder egne regler for ytterligere vaksinasjon hvis man ankommer Saudi-Arabia fra en del afrikanske og asiatiske land (se relaterte lenker til høyre, øverst).

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=99303>

Relaterte sider (se: www.fhi.no)

- Smittevernboka - 12. Utenlandsreiser og smittevern
- Vaksinasjonsboka - Meningokokkvaksiner
- Vaksinasjon ved utenlandsreiser

Relaterte lenker (se: www.fhi.no)

- Hajjinformasjon 2012 (Ministry of Hajj)
- Helseråd for Hajj 2012 (engelsk)
- Utenriksdepartementets nettsider om innreise og helse i Saudi-Arabia

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 -95.

Stikkord: Pilegrimsreise. Reisevaksine.

ECDC har publisert VAESCO-studien 20. september 2012

Publisert 20.09.2012 , oppdatert: 20.09.2012, 19:27

Rapporten fra det europeiske smittevernsenteret (ECDC) oppsummerer resultatene fra to epidemiologiske studier for å undersøke en mulig sammenheng mellom en uventet økning i narkolepsi tilfeller og bruk av pandemivaksinen. Studien antyder en sammenheng, men tallene viser noe variasjon landene imellom.

Studiene ble utført av the Vaccine Adverse Event Surveillance and Communication Consortium (VAESCO) i regi av ECDC og gjennomført i Danmark, Finland, Frankrike, Italia, Nederland, Norge, Sverige og Storbritannia.

Kombinasjonen av strenge tidsrammer i studien og den lange tiden det oftest tar å fastslå diagnosen narkolepsi har ført til at få tilfeller er inkludert i denne analysen. Tallmaterialet for primæranalysen ble samlet inn frem til sommeren 2010. En rekke narkolepsipasienter har fått sin diagnose senere enn dette, selv om de fikk sine første symptomer få uker etter vaksinerings. Resultatene fra VAESCO må derfor sammenholdes med resultater fra nyere oppfølgingsstudier, og det er ennå for tidlig å konkludere om hvor stor sammenheng mellom pandemivaksinen og narkolepsi er.

For å belyse konsekvenser etter pandemien og pandemivaksinerings er det nødvendig å følge utviklingen i lengre tid fremover, både blant vaksinerte og uvaksinerte. Folkehelseinstituttet har tatt initiativ til en studie der vi følger forekomsten av narkolepsi blant vaksinerte og uvaksinerte i hele den norske befolkningen ved hjelp av landsdekkende helseregistre. Det vil ta tid før vi har et sikrere tallgrunnlag for å beregne hvor sterk sammenheng er mellom pandemivaksinasjon og narkolepsi.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=99317>

Relaterte lenker (se: www.fhi.no)

- ECDC technical report on "Narcolepsy in association with pandemic influenza vaccination – a multi-country European epidemiological investigation"

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 – 94

Stikkord: Influensa. Pandemi. Narkolepsi.

Distribusjon av sesonginfluensavaksine til risikogrupper for 2012/2013 er i gang - informasjon om leveringstidspunkt

Publisert 12.09.2012, oppdatert: 21.09.2012, 16:42

Folkehelseinstituttet starter nå utsending av årets influensavaksine til risikogrupperne. Vi regner med at alle kommuner/bydeler skal ha mottatt vaksine innen utgangen av september.

Folkehelseinstituttet starter nå utsending av årets influensavaksine til risikogrupperne. Vi regner med at alle kommuner/bydeler skal ha mottatt vaksine innen utgangen av september.

Vi starter nordfra, og Svalbard samt alle kommuner i Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag, Nordland, Troms og Finnmark vil motta sine influensavaksiner torsdag 13. september dersom annet ikke er avtalt. Kommuner i Sogn og Fjordane, Aust-Agder og Vest-Agder som har bestilt mer enn 1000 doser influensavaksine vil også motta vaksine torsdag 13. september.

Tirsdag 18. september vil Møre og Romsdal, samt de resterende kommunene i Sogn og Fjordane, Aust-Agder og Vest-Agder motta sine vaksiner.

Onsdag 19. september vil vaksinene til de største kommunene i Hedmark, Oppland, Telemark, Buskerud og Akershus motta vaksiner, og de mindre kommunene i disse fylkene, samt Østfold og Vestfold får sine vaksiner torsdag 20. september.

Informasjon om leveringsdato til de øvrige fylkene vil legges ut fortløpende på våre nettsider så snart det er avklart.

Kommuner som har bestilt mer enn 1000 doser influensavaksine får nærmere beskjed om leveringstidspunkt per faks.

I år er det vaksinene Fluarix "GSK" og Vaxigrip "SPMSD" som distribueres til risikogrupperne.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 – 98

Stikkord: Influensa. Sesonginfluensa. Influensavaksine.

Risikovurdering av furaninntak blant nordmenn

Publisert 20.09.2012, oppdatert: 21.09.2012, 10:48
Stikkord: Kosthold (ernæring)

Den norske befolkningen får i seg for mye av det potensielt kreftfremkallende stoffet furan fra matvarer. Det gjelder alle aldersgrupper, og spesielt små barn, fremgår det av en risikovurdering som Vitenskapskomiteen for mattrygghet (VKM) har utarbeidet. Seniorforsker Trine Husøy fra Folkehelseinstituttet har ledet arbeidet.

Furan dannes ved oppvarming av mat og bidrar til å gi maten smak. Stoffet er påvist i en rekke industrielt fremstilte matvarer. Eksempler er kaffe, hermetikk og varmebehandlede, forseglede glassvarer som hermetiserte grønnsaker, barnemat på glass, pulverbaserte barnegrøter og frokostblandinger.

- De minste barna er mest utsatt fordi barnemat på glass og barnegrøt er en betydelig del av kostholdet. I og med at furan dannes ved oppvarming av mat, vet vi ikke om hjemmelaget barnemat inneholder mindre furan enn ferdigproduserte matvarer, sier Trine Husøy.
Fakta om furan

VKM har beregnet forholdet mellom en persons inntak av furan og den mengden som gir uønskede helseeffekter i forsøksdyr.

- Vi konkluderer med at dagens inntak av furan gir grunn til bekymring i alle aldersgrupper, spesielt for spedbarn og små barn, sier Husøy.

Furan er ikke noe nytt stoff. Det kan ha forekommet i oppvarmet mat til alle tider. Det er derfor trolig ikke farligere å få i seg stoffet nå enn tidligere.

Kreft hos dyr

Det er registrert økt forekomst av leversvulster hos forsøksdyr som har blitt føret med furan.

- Studier viser også at et nedbrytningsprodukt av furan kan reagere med DNA og skade genene, sier Husøy.

Dyrestudiene som er gjort på furan er imidlertid ikke optimale og derfor er det vanskelig å si noe konkret om risikoen. Det er en amerikansk dyrestudie i gang nå som forhåpentligvis vil kunne gi bedre grunnlag.

Kilder og inntak

Det er usikkerhet knyttet til forekomsten av furan i ulike matvarer og til det beregnede furaninntaket i befolkningen, blant annet fordi antall furanmålinger i norske matvarer er begrenset.

Risikovurderingen er hovedsakelig basert på furanalyser av norske matvarer og kostholdsdata fra de nasjonale kostholdsundersøkelsene, herunder den helt nye undersøkelsen Norkost 3 for voksne. Der det ikke er norske analysedata, har VKM benyttet furanmengder fra databasen til EUs mattrygghetsorgan, EFSA.

Beregningene viser at barnemat på glass er hovedkilden til furan for 6, 12 og 24 måneder gamle barn. Frokostblandinger er den viktigste kilden for 4-, 9- og 13-åringer, og kaffe for voksne.

Furan i mat forekommer ikke bare i norske produkter. Det europeiske mattrygghetsorganet (EFSA) har oppfordret medlemslandene til å samle inn data om furan. EFSA vil gjøre en ny vurdering, basert på ny informasjon. EU vil deretter vurdere behovet for regulering av stoffet.

Behandling i VKM

Risikovurderingen er utarbeidet av VKMs faggruppe for tilsetningsstoffer, aroma, matemballasje og kosmetikk og VKMs faggruppe for forurensninger, naturlige toksiner og medisinerester.

Råd for å minske furaninntak hos barn

Helsedirektoratet har utviklet råd for å minske inntaket av furan hos babyer og små barn.

Råd for å begrense inntak av furan (se: www.fhi.no)

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=99297>

Relaterte lenker (se: www.fhi.no)

- Hele rapporten: Risk assessment of furan exposure in the Norwegian population
- Helsedirektoratets kostråd «Mat for spedbarn»:
- Matportalen: Ny vurdering av innhold av furan
- Matportalen: Uønskede stoffer ved tillaging av mat
- VKM: Risikovurdering av furaninntak i den norske befolkningen

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2012 – 12

Stikkord: Furan.

Fakta om furan

- Et fettløselig stoff som lett fordampes
- Dannes ved oppvarming av mat
- Bidrar til å gi maten smak
- Påvist i en rekke industrielt fremstilte matvarer, blant annet kaffe, hermetikk og forseglede glassvarer som har vært varmebehandlet
- Lite i frisk frukt og grønt
- Potensielt kreftframkallende

Ny rapport om rusmidler og trafikksikkerhet

Publisert 19.09.2012, oppdatert: 19.09.2012, 15:10
Tekst: Ingunn J Brenne, Hallvard Gjerde

Gjennom undersøkelser av spyttprøver fra tilfeldige bilister i vanlig trafikk har forskerne funnet ut at alkohol ikke lenger er det vanligste rusmiddelet i trafikken. Bruken av alkohol medfører likevel den største risikoen i trafikken. Kombinasjonsbruk av flere trafikkfarlige stoffer utgjør også en trussel for trafikksikkerheten, og dette er det nest største problemet etter alkohol. Det kommer fram i en ny rapport, som oppsummerer studier fra 1969 til i dag ved Folkehelseinstituttet og tidligere Statens rettsstoksikologiske institutt. - Norge har på mange måter vært et foregangsland når det gjelder arbeid med å påvise og redusere omfanget av ruspåvirket kjøring, sier seniorforsker Hallvard Gjerde i Folkehelseinstituttets Divisjon for rettsmedisin og rusmiddelforskning.

Mange "gjengangere" blant påvirkede sjåførere

For å finne ut hvilke stoffer som gir størst fare i trafikken, har forskerne gjennomført studier av rusmiddelbruken hos førere som er mistenkt for ruspåvirket kjøring, og hos førere som er skadd eller drept i trafikkulykker. Studier av psykomotorisk påvirkning ved bruk av legemidler og narkotika og studier av risikoen for å bli involvert i trafikkulykker etter bruk av slike stoffer, har gitt kompletterende kunnskap.

Studiene har videre vist at svært mange av dem som blir tatt for ruspåvirket kjøring har relativt alvorlige rusmiddelproblemer, og svært mange vil bli tatt på nytt for samme forhold senere.

Mer legemiddelpåvirkning blant norske sjåførere

- Gjennom streng promillelovgivning kombinert med god informasjon til norske motorførere og politiets rutinekontroller, har Norge oppnådd en svært lav forekomst av promillekjøring i forhold til de fleste andre land. Alkohol er likevel en medvirkende faktor i en stor andel av alvorlige trafikkulykker, sier Hallvard Gjerde.

Når det gjelder andre trafikkfarlige stoffer, er forekomsten av kjøring etter bruk av narkotika høyere her i landet enn i Sverige og Finland, men lavere enn i de fleste andre land i Europa.

Kjøring etter bruk av trafikkfarlige legemidler er vanligere i Norge enn i de fleste andre land.

- Den nye vegtrafikkloven angir straffbarhetsgrenser for totalt 20 ulike trafikkfarlige stoffer. Med god informasjon og kontroll vil også kjøring under påvirkning av spesielt disse stoffene kunne reduseres, og dermed antallet rusrelaterte trafikkulykker, avslutter seniorforskeren.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=99282>

Relaterte publikasjoner (se: www.fhi.no)

- Rusmidler og trafikksikkerhet: forskning og kartlegging ved SRI og RE i perioden 1969-2011

Referansekode i 'Helserådet': SKA 2012 – 7

Stikkord: Trafikksikkerhet. Ruspåvirkning.

Faktorer som medvirker til at man starter eller slutter med tobakk

Publisert 18.09.2012, oppdatert: 18.09.2012, 14:04
Stikkord: Røyking og tobakk/snus

I sin doktorgradsavhandling har Liv Grøtvedt, seniorrådgiver på

Folkehelseinstituttet, studert ungdommers sosiale profil for bruk av snus og røyk, overganger mellom snusbruk og røyking fra 16 til 19 år, samt grunner til røykeslutt hos voksne.

Resultater fra doktorgradsavhandlingen viser blant annet at gutter som brukte snus som 16-åring hadde økt risiko for kombinasjonsbruk av røyk og snus som 19-åring, sammenlignet med dem som ikke brukte noen form for tobakk da de var 16.

- Vi fant ingen økt risiko for overganger fra bare snus ved 16 års alder til bare røyk ved 19 års alder, men gutter som var snusbrukere som 16-åring hadde forhøyet risiko for å være kombinasjonsbrukere av snus daglig og røyk av og til som 19-åring. De som brukte tobakk i 10. klasse hadde generelt høy sannsynlighet for fortsatt bruk av tobakk som unge voksne, sier Liv Grøtvedt.

Tobakksbruk var vanligere blant ungdom med planer om yrkesfaglig studieretning og blant dem med skilte foreldre. Av og til-røyking og snusbruk viste lignende, men svakere sammenheng med disse forholdene enn daglig røyking og kombinasjonsbruk. Ungdom som oppga dårlig familieøkonomi røykte mer enn de med god familieøkonomi.

Menn og kvinner har ulike motiver for røykekutt

De fleste som sluttet å røyke var godt voksne, friske og helsebevisste, og hadde sluttet for å bli sunnere. Andre sluttet på grunn av egen sykdom eller for å spare penger. Helse var viktigste sluttegrunn. En annen viktig sluttegrunn var "jeg mislikte avhengigheten". Ellers sluttet menn å røyke for å komme i bedre fysisk form. Kvinner sluttet oftere av hensyn til barna.

Flere av sluttegrunnene, som avhengighet og økonomiske hensyn, vil være overførbare også for dem som vil slutte med snus.

Resultatene i avhandlingen kom fram ved å studere resultatene fra to store helseundersøkelser og en oppfølgingsundersøkelse.

Avhandlingen gir kunnskap av betydning for arbeidet med forebygging og tobakksavvenning i den norske befolkningen.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=99251>

Relaterte sider (se: www.fhi.no)

- Røyking og snus - faktaark med statistikk
- Sosiale forskjeller i tobakksbruk hos ungdom
- Unge snusbrukere har økt risiko for kombinasjonsbruk av snus og røyk

Referansekode i 'Helserådet': TOB 2012 – 6

Stikkord: Røykevaner.

Selvtesting av allergi mot hårfarging er et dårlig hjelpemiddel

Publisert 27.09.2012, oppdatert: 27.09.2012, 14:23
Stikkord: Allergi

Hårfargeprodusenter har i flere år anbefalt forbrukere å utføre en hudtest som skal vise om forbrukeren har allergi mot hårfarge. Forskere fra flere europeiske land har gjennomgått anbefalinger og veiledninger fra hårfargeprodusenter om hvordan forbrukere skal utføre slike selvtester. De konkluderte med at disse selvtestene har omfattende begrensninger.

- Hvis bruk av selvtesting for å forutsi allergi mot hårfarging blir utbredt, er det en mulighet for at hårfargeprodusentene markedsfører et verktøy som kan gi økt risiko for å utvikle allergi hos forbrukerne, sier Berit Granum, seniorforsker på Folkehelseinstituttet.

Forskerne har en rekke innvendinger mot selvtestene:

- Produsentenes anbefalinger og veiledninger om hvordan selvtesten skal utføres varierer veldig, selv blant produkter fra samme produsent.
- Selvtestene er ikke kvalitetssikret i henhold til gjeldende kriterier for slike tester.
- Selvtestene er ikke prøvd ut i den generelle befolkningen, kun på personer som allerede har en påvist allergi mot hårfargestoffer.
- Ved uttesting av produsentenes selvtester, har hudreaksjonene blitt vurdert av hudleger. Ved hjemmebruk eller hos frisøren, vil slike hudreaksjoner bli vurdert av forbrukeren selv og/eller frisøren, som ikke har nødvendig opplæring i å vurdere hudreaksjoner.
- Hårfarger kan inneholde sterkt og ekstremt allergifremkallende kjemikalier, og selvtestingen kan i seg selv forårsake allergiske reaksjoner.

Referansekode i 'Helserådet': PER 2012 -1

Stikkord: Hårfarging. Allergi.

Er Lightning Process en god behandling for ME-pasienter?

Publisert 24.09.2012, oppdatert: 24.09.2012, 15:58
Stikkord: ME (kronisk utmattelsessyndrom)

Folkehelseinstituttet har søkt Forskningsrådet om ni millioner kroner for å gjennomføre en klinisk studie. Hensikten er å beregne effekten av Lightning Process som behandling for pasienter som er rammet av kronisk utmattelsessyndrom (ME).

ME er alvorlig for mange barn og voksne i Norge. Per i dag finnes det ikke en helbredende behandling. Det er ulike oppfatninger om årsakene til ME, og det er ulike meninger om hva som er riktig behandling. Det er viktig å gi et så godt behandlingstilbud som mulig.

Bakgrunnen for at Folkehelseinstituttet ønsker å gjennomføre en slik studie, er mange enkeltbeskrivelser fra pasienter som har hatt god effekt av Lightning Process (LP). Det er også rapporter om pasienter som har blitt verre etter behandlingen. Dette er en intens behandlingsform som er kontroversiell. Det er nødvendig med mer kunnskap om effekt og bivirkninger. Det kan gjøres ved å gjennomføre kontrollerte undersøkelser over tilstrekkelig lang tid.

Med denne studien ønsker Folkehelseinstituttet å avklare om LP kan ha en god effekt på ME-pasienter. Resultatene fra en slik studie vil kunne brukes til å gi et kvalifisert råd til helsemyndighetene om bruk av LP i det offentlige helsevesen.

Beskrivelse av studien FHI ønsker å gjennomføre

Studien er beregnet på 200 pasienter. Ved tilfeldig trekking vil 100 av disse bli tilbudt LP. Alle pasientene som deltar i studien vil motta det ordinære behandlingstilbudet i det offentlige helsevesenet. Pasientene skal følges over en toårsperiode. Undersøkelsen er planlagt gjennomført blant voksne pasienter i samarbeid med ME-senteret ved Oslo universitetssykehus.

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2012 -12

Stikkord: Lysbehandling. Lightning Process. ME.

Fosterlivet og senere helse

Publisert 01.10.2012, oppdatert: 01.10.2012, 13:08
Stikkord: Barns helse

De fleste studier støtter hypotesen om at miljøfaktorer i fosterlivet, som for eksempel underernæring eller infeksjoner hos mor, øker risikoen for utvikling av sykdom i voksen alder.

– Det som er best dokumentert er sammenhengen mellom miljøpåvirkning i fosterlivet (som målt ved for eksempel lavere fødselsvekt) og senere forhøyet blodtrykk, diabetes type 2 og hjertekar lidelse, forteller stipendiat Jens Christoffer Skogen ved Divisjon for Psykisk Helse.

I samarbeid med Universitetet i Bergen har Skogen gjennomgått om lag 150 studier i en kunnskapsoppsummering om fosterliv og senere helse.

Kun en hypotese

Sammenhengen mellom miljøpåvirkninger i fosterlivet og senere sykdom betraktes fortsatt som en hypotese, det vil si en foreløpig forklaring som ligger til grunn for videre forskning. Det finnes noen motforestillinger i litteraturen, blant annet fordi vi ikke vet hvordan uheldige miljøforhold i fosterlivet blir ytterligere påvirket av genetiske komponenter og andre erfaringer senere i livet.

– Det å vektlegge enkeltsammenhenger som spenner på tvers av livsløpet kan være en litt for deterministisk tankegang, sier Skogen.

Trenger et bredere perspektiv

En ny tankegang vokser nå frem, der de fleste forskere mener at sammenhenger mellom fosterlivet og senere helse bør forstås i et mer helhetlig perspektiv – noe de kaller for "livsløsepidemiologi". Studier viser for eksempel at man kan utvikle Type 2 diabetes dersom moren din var underernært gjennom svangerskapet. Underernæring fører til endringer i viktige utviklingsprosesser som gjør at fosteret beholder så mye energi som mulig. Men hvis mye energirik mat blir tilgjengelig senere i livet, blir det vanskeligere å tilpasse seg overflod, og dermed øker risikoen for å utvikle Type 2 diabetes. De negative effektene av tidlige eksponeringer komme bare til uttrykk i samspill med senere eksponeringer.

Innsikt innenfor livsløsepidemiologi kan være relevant for helsepersonell:

– Når det gjelder råd til helsepersonell, så tror jeg de fleste klinikere er flinke til å ta inn flere aspekter i møte med pasienter, og ikke kun vektlegge én risikofaktor i forståelsen av hvordan sykdom utvikler og forverrer seg, sier Skogen.

– Rådet vil likevel være å ikke vektlegge enkle risikofaktorer eller enkle påviste sammenhenger løst fra andre individuelle og kontekstuelle faktorer.

Referanse

Skogen, J.C. and Øverland, S. (2012) The fetal origins of adult disease: a narrative review of the epidemiological literature. Journal of the Royal Society of Medicine Short Reports 3:59. DOI 10.1258/shorts.2012.012048

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=99464>

Relaterte lenker (se: www.fhi.no)

- The fetal origins of adult disease: a narrative review of the epidemiological literature.(abstract)

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2012 – 21

Stikkord: Fosterhelse.

HELSE RÅDET

Nytt fra emnebibliotek for samfunnsmedisin og folkehelsearbeid
Helsebiblioteket, Nasjonalt Kunnskapsenter 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