

- Komplette innholdsfortegnelse s. 2
- - Jeg liker møter! s. 3
- Å kjenne arbeidsfeltet sitt s. 3
- Kommunal rehabilitering s. 5
- Tvangsmulkt s. 8 - 10
- Skolehelse-tjenesten blør s. 11
- Kommune-psykologer s. 13
- Levealderen gjennom 165 år s. 17



Helserådet

INNHold NR. 5/13

Jeg liker møter!	3
En samfunnsmedisiners viktigste kunnskap er å kjenne arbeidsfeltet godt	3
Ytringer om samhandling	4
Kommunal øyeblikkelig hjelp på vei	4
Rehabilitering i kommunene	5
Rehabilitering i Larvik kommune	5
Nytt tilbud for utredning av TMD (temporomandibulær dysfunksjon)	6
Mange helsetilbud på arbeidsplassen blir ikke benyttet	6
Sykehjemsleger må få økt status.....	7
Vedtaksmyndighet etter folkehelseloven kap. 3 (miljørettet helsevern).....	7
Varsling om tvangsmulkt	8
Advarer mot helseflopp	10
Skolehelsetjenesten blør i kommunene	11

NYTT FRA WWW.FHI.NO, FOLKEHELSEINSTITUTTET

Ulike drikkemønstre hos partnere spår skilsmisse.....	13
Kommunepsykologene i spennet mellom behandling og forebygging.....	13
Oppdatering: Ny coronavirussykdom	14
Hva er et helseregister og hvorfor har vi helseregistre?	15
Ny FN-rapport om hormonforstyrrende kjemikalier.....	16
Sammenheng mellom koffein og for lav fødselsvekt.....	16
Levealderen gjennom 165 år	17
Lavere risiko for autisme med folsyretilskudd	18
Statistikk 2012: Økning i salg av legemidler utenom apotek	19

Helserådet

Nytt fra Helsebiblioteket, emnebibliotek samfunnsmedisin og folkehelse
Postboks 7004 St. Olavs plass, 0130 Oslo.

Utgiver: Helsebiblioteket, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
<http://www.helsebiblioteket.no/samfunnsmedisin-og-folkehelse>

ISSN 0806 - 7457

Redaktør: Anders Smith, spes. i samfunnsmedisin. E-post: smi@helsebiblioteket.no. Tlf. 92 89 56 16.

Web-redaktør: Ingrid Moen Rotvik, journalist. E-post: imr@helsebiblioteket.no. Tlf. 45 51 26 20

Trykk: In-trykk AS

Layout: ASAP Media

Distribusjon: Postklart Distribusjon as

Forsidebilde: "Bloggeren i Eiker": kommuneoverlege Einar Braaten

Jeg liker møter!

Som kommuneoverlege er jeg i mange møter. Tenker du på å bli kommuneoverlege og ikke liker møter, tror jeg du skal tenke på en annen jobb. Denne uka har stort sett all ledig tid vært fylt med møter. Før ble jeg stressa når jeg satt i møter og ikke fikk gjort ferdig noe annet arbeid. Nå har jeg klart å snu det til å like møtene, være tilstede med hele meg og flytte frustrasjonen over det jeg ikke rekker, vekk fra møtene. Det er egentlig et privilegium å bli invitert på møter innen alle de områdene vi kommuneoverleger dekker. Jeg synes jeg lærer nye ting, opplever at min egen jobb blir "dypere", mer interessant. Og så er det spesielt spennende hvis man interesserer seg for andre mennesker! Hvordan de er, oppfører seg og utfører sin jobb!

Det har vært flere styringsgruppemøter i prosjekter vi driver med. Et av de mest spennende for tida er "Helhetlig pasientløp". Arbeidsgruppen har gått gjennom hvordan pasientens "løp" gjennom vår organisasjon er og oppleves. Det er mildest talt forvirrende og ganske klart at man kan gjøre mye både for brukerne, ansatte og organisasjonene ved å effektivisere og organisere oppfølgingen av brukerne bedre! Et forslag til hvordan det kan gjøres, ble lagt fram også som det jobbes videre med. Jeg får hjertebank av å sitte der å vite at dette faktisk ser ut til å bli gjennomført. Sånne møter er verdt hvert minutt av tida mi! Det skaper mye motivasjon og glede over å høre hvordan ansatte kaster seg over oppgaver for å forbedre tilbudet til brukerne våre og se at ledelsen også følger opp og tør satse på det. Vi kommer sikkert til å høre mer om dette etter hvert! I ei anna styringsgruppe opplever jeg samme entusiasme og positive holdning til gjennomføring som gjør at jeg får tro både på møter, planer og prosjekter. Prosjektene gjennomføres av ansatte som allerede har en full jobb med brukere. Jeg bøyer meg i støvet for viljen til å gjennomføre og få til noe som er bra!

Jeg sitter også i et større forum på Kongsberg sykehus: Lokalt Samarbeids Utvalg (LSU). Det har vært så mye negativt rundt sykehuset og nedbygging at det var morsomt og spennende å være med på et møte fylt med positive tiltak og god stemning. Kongsberg sykehus er inne i en positiv utvikling hvor stadig nye tjenester planlegges og prøves ut. Vi vil være med på bruk av telemedisin, utvikling av læringsnettverk og kompetanseutvikling, nye polikliniske tilbud. Jeg har lenge etterlyst en offensiv, positiv holdning til sykehusets framtid og gleder meg over å møte det i LSU!

Politiske møter er også viktige møter for oss å være med på. Denne uka ble vårt forslag til statusrapport og forslag til videre utvikling av legetjenesten lagt fram for politikerne i Hovedutvalg for helse og sosial i Nedre Eiker. Positiv tilbakemelding og beskjed om at vi jobber videre med forslaget. Det er alltid spennende å sitte sammen med kommunalsjefen (som representerer rådmannen) i disse møtene. Det kommer som oftest spørsmål til oss som har laget sakene, og da er det viktig å ha gode svar klar! Det er en god tone under møtene, og sjøl om noen av spørsmålene er vanskelige å gi gode svar på, prøver jeg så godt jeg kan sammen med kommunalsjefen.

I Øvre Eiker hadde kommunestyret oppe en svært vanskelig sak om videre drift av grustak i Hoensmarka. Der var jeg ikke personlig til stede. Det har vært en svært vanskelig sak med sterke fronter både fra de som ikke vil ha videre drift av grustaket og de som vil drive. I noen saker synes ikke kommuneoverlegens meninger så tydelig. Jeg har beskrevet tidligere at jeg jo jobber i planavdelingen. Dvs at jeg får være med i selve saksbehandlingen og diskusjonen internt i avdelingen når slike saker legges fram. Det kan noen ganger være en ulempe at kommuneoverlegens stemme ikke synes tydelig i plan eller saksframlegget. På den andre siden får jeg være med på diskusjonene og forme saken. Jeg liker det mye bedre.

Hvis man vil jobbe som kommuneoverlege, er alle disse møtene like viktige! Jeg liker møter! Så må jeg visst bli litt flinkere til å prioritere arbeidet mellom møtene.

Referansekode i 'Helserådet': OLE 2013 – 10

Stikkord: Øvre Eiker. Nedre Eiker. Planlegging. Braaten Einar.

En samfunnsmedisiners viktigste kunnskap er å kjenne arbeidsfeltet godt

Jeg sitter i spesialitetskomiteen for samfunnsmedisin. Det er ei arbeidsgruppe som utarbeider grunnlaget for hvilken kunnskap leger skal ha som skal bli legespesialister i samfunnsmedisin. Det er i hvert fall vanskelig! Hva skal en lege kunne for å gi medisin til samfunnet...? Jeg er opptatt av at noe av den viktigste kunnskapen en samfunnsmedisiner trenger, kommer ikke fra bøkene og kursene. Jeg mener vi må bli flinke til er å kjenne det samfunnet vi lever i... "kjenn flokken din" ville vel Per Fugelli si. For meg blir det altså å kjenne kommunen jeg jobber i så godt jeg kan... Etter 10 år i Øvre Eiker er jeg faktisk ikke sikker på at jeg gjør det godt nok. I hvert fall ikke i Nedre Eiker. Det har jeg tenkt å gjøre noe med i løpet av dette året og neste år...

Det er noe rart med å bli eldre og såkalt "erfaren" i fagfeltet. I huet mitt blir det en avstand mellom hva andre sier om meg og hva jeg sjøl opplever. Erfaringen som samfunnsmedisiner og kommunelege har gjort meg ydmyk for andres fagkunnskap og vurderinger. Jeg føler nesten at jeg kan mindre nå enn før...? Der hvor jeg før var ganske sikker på mine forslag til løsninger, er jeg blitt opptatt av hva andre mener. Lytte (Ja tenk det du... en mann som lytter!?) til deres vurderinger og meninger og se problemer og situasjoner fra flere sider... Jeg mener jeg har bevart evnen til å skjære gjennom hvis det er nødvendig, men da blir løsningene sjelden så gode. Et helt praktisk eksempel opplevde jeg i dag da vår rådgiver i miljørettet helsevern strålende fortalte om hvordan avdelingen for kommunale bygg og eiendommer i Nedre Eiker har etablert et datasystem som samler opp og systematiserer alle opplysningene om skoler og barnehager (og andre kommunale bygg). Tenk så effektivt når vi får samlet vernerunder, miljørettet helsevern, el-tilsyn, branntilsyn og avviksmeldinger på ett sted hvor det også kan gjøres prioriteringer.. Mitt poeng er jo at vi får bli med på en kvalitetsarbeid andre fagfolk har gjort som dermed også gjør vårt arbeid mer effektivt, kvalitetsmessig bedre og gjennomførbart.... Tenk det a!!

Det vanskelige for oss leger er jo at vi beveger oss ut i ukjent terreng når vi samarbeider med andre faggrupper.... det er ok at vi snubler litt bare vi prøver... slutteffekten er bare så mye bedre når vi samarbeider. (og så er det mye morsommere også)

Et annet godt eksempel på slikt samarbeid er da jeg var med arbeidsgruppen for nytt sykehjem i Nedre Eiker til Trondheim for å se på deres siste nye modulbygget sykehjem. I ei sånn tverrfaglig gruppe blir plutselig diskusjonen om sykehjem noe myyyy mer enn eldre medisin og samfunnsmedisin! Spennende, lærerikt. Øyne og ører tok til seg alt fra selgerevne til entreprenøren til organisering av lokalene og overflater på vegger, gulv og tak....jammen fikk jeg bidratt litt sjøl også med mine samfunnsmedisinske meninger...

For at jeg skal kunne fungere godt som kommunelege i mine kommuner føler jeg sterkt at jeg må kjenne kommunene ut og inn. Det tar tid.... men er noe av det morsomste ved denne jobben. Jeg skal helt sikkert skrive mye mer om det etter hvert for jeg går med skumle planer om å bli mer kjent med sider av kommunen jeg kjenner lite til... etter hvert... Jeg mener faktisk at det er viktig for enhver samfunnsmedisiner å kjenne sitt arbeidsfelt så godt som mulig...

Referansekode i 'Helserådet': OLE 2013 -9

Stikkord: Samfunnsmedisin. Øvre Eiker. Nedre Eiker. Braaten Einar.

.....

Ytringer om samhandling

Leserinlegg i Oppland Arbeiderblad 16. februar 2013:

□ ELDREMSORG. BARE SPARE PENGER

Ja, vakre ord kommer og går. Det virker som om sykehjem har blitt en "fabrikk". Med mest "avkastning". Samhandlingsreformen er vel årsaken til dette, dessverre? Penger, penger!

Hvor er menneskeverdet blitt av? De pårørende har noen ganger bare én, 1 dag på seg for å rydde sykehjemsrommet etter sine kjære. Samtidig som mange andre ting skal gjøres i en slik situasjon. De som står for vaskingen, gjør sin jobb, og noen ganger er ikke gulvet tørt før en ny pasient skal inn. Er det for få sykehjems plasser, eller? "Den enes død, den andres brød" passer egentlig godt inn her. I disse innsparingstider er det ikke alltid så greit å bli syk og gammel. Pengene er det visst ingen mangel på i dette landet, bare de blir prioritert riktig.

Til dere som styrer Helse Sør Øst. Bruk tid og penger til å utvikle og sørge for nok hjelp og utvikling av de sykehusene som er. Da tror jeg at alt blir bedre. Hvor mange penger har det kostet hittil med arbeidet til store vyer (nytt storsykehus). Hvorfor snakk om så mye prioritering. Kan ikke disse legene i privatsykehusene jobbe på våre kommunale sykehus hvor det er behov for dem? Da beholdes jo god kompetanse der. Går dette på penger også?

Engasjert

Øvre og Nedre Eiker: Fra kommuneoverlege Einar Braatens blogg:

Kommunale øyeblikkelig hjelp plasser skal alle kommuner ha etablert innen 2016. Mange kommuner er allerede i gang. Vi er forsiktig i gang i Øvre Eiker og holder på å inngå samarbeid og etablere plasser i Nedre Eiker. Men hva er egentlig øyeblikkelig hjelp i denne sammenhengen, og hva er hensikten? Å, du kan lese deg til det i lovverk, forskrift og veiledning, men vi begynner å gjøre oss noen erfaringer som gjør at jeg stiller meg noen spørsmål... Og vi diskuterte med venner utover de seine kveldstimer.... Det er så godt å bryne argumentasjonen sin på andre!

Jeg synes arbeidet med kommunale øyeblikkelig hjelp plasser alt for fort har begynt å dreie seg om hvilke pasienter vi sparer mest penger på å ikke legge inn på sykehus. Flere kommuner velger nå en inndeling av sine tilbud. Det lages tiltak som til forveksling likner de som er på sykehus... til nesten samme pris...? Jeg er opptatt av at vi bygger opp våre sykehjem til å kunne håndtere de pasientene som er beskrevet i veiledere og at vi kan forkorte opphold på sykehus ved å ta imot pasientene raskt. Jeg opplever at det er både inspirerende for de som jobber i kommunen og at det rekrutterer nye helsearbeidere, men er samtidig kritisk til å bygge opp nye tiltak som kan bli et mellomskikt, både faglig og administrativt, mellom sykehus og kommune.

Det kommer til å bli mye diskutert framover dette. Vi begynner å gjøre oss noen erfaringer både faglig, økonomisk og administrativt. Vi holder på å endre en inngrodd holdning til hva sykehjem (mange sier fremdeles "gamlehjem") og kommunal pleie og omsorg er, fra omsorg mot rehabilitering og medisinsk behandling... Jeg ønsker den utviklingen velkommen, men vil samtidig være tydelig på at vi trenger sykehus med lett tilgjengelighet for de pasientene som fastleger, legevaktsleger og sykehjemsleger mener trenger en utredning!

Referansekode i 'Helserådet': SAM 2013 – 1

Stikkord: Eldreomsorg. Øvre Eiker. Nedre Eiker. Braaten Einar.

.....

Kommunal øyeblikkelig hjelp på vei

Red. innledning: Landets lokalaviser er for tiden full av artikler, orienteringer og kommentarer om samhandlingsreformen, inkl. det kommunale ø. hjelp tilbudet. Nedenfor gjengis fra en ryddig orientering fra Lindesnesområdet, hentet fra avisen Lindesnes 16. februar:

ØYBLIKKELIG HJELP PÅ VEI.

Journalist Dag Lauvland

I går kunne prosjektleder Unn-Christin Melby orientere Lindesnesområdet om det som skal bli regionens nye sykehus.

Senest 1. januar 2016 skal tilbudet om kommunal øyeblikkelig hjelp med døgnopphold være etablert av, og drives av kommunene. Premissene legges i helse- og omsorgstjenestelovens §3-5, der kommunenes ansvar utvides betydelig.

Kommunene kan iverksette tilbudet alene, eller det kan etableres som et samarbeid mellom flere kommuner. I Lindesnesregionen har Unn-Christin Melby vært prosjektleder.

- Arbeidet har vært vanskelig, da tilskuddene til kommunene synker i takt med progresjonen for ny øyeblikkelig hjelp-ordning. Det har tatt en masse tid å hente inn avtaler og delavtaler. Men vi er nå godt i rute. Og vi er blant dem som har kommet lengst i å få ordningen på plass. Det som er helt gitt, er at når 30 kommuner taler med én stemme, så står vi atskillig sterkere i møte med helseforetaket, sa Melby.

Sengeplasser

Tilbudet skal omfatte hele regionen og knyttes opp mot legevakten i Mandal. Her skal det også være fire somatiske sengeplasser, begrenset til 72 timers liggetid. Og bruken av disse plassene var i går det som kanskje i størst grad var mat for diskusjoner. -Hvordan skal kommunene takle utgiftene til driften av disse sengeplassene, spurte lindesnesordfører Janne Fardal Kristoffersen. - De statlige tilskuddene til de forskjellige kommunene varierer voldsomt etter folketall, og betalingen for disse plassene blir deretter, for hver enkelt kommune, svarte Melby.

Ingen sykehjem

- Vi kan jo ikke stikke under en stol at eldrebølgen snart kommer over oss med full kraft. Og behovet for innleggelse deretter. Men likevel, hva da hvis Audnedal ikke har en eneste innleggelse i løpet av fem år, skal vi likevel betale for plassene, spurte ordfører i Audnedal, Tønnes Seland. - For det første er det svært viktig å presisere at øyeblikkelig hjelp plassene ikke er sykehjems plasser. Og helseforetaket kommer til å bli stadig strengere når det gjelder kriteriene for innleggelse. Tilbudet vil heller ikke være en "melomting" mellom sykehjem og sykehus, men et rent sykehus. Det vil jo også bli foretatt uavhengige medisinske vurderinger på hva som kvalifiserer til innleggelse, sa Melby, som presiserte at begrensningen på 72 timer liggetid ville sørge for at plassene ikke ble "okkupert" av de samme, over lengre tid.

Psykiatrifokus

Melby kunne fortelle at prosjektgruppen nå også jobber med å få innlemmet psykiatri i tilbudet, og mente at behovet for en interkommunal psykiatritjeneste bare ville vokse. Andre planlagte prosjekter i regionen er ansettelse av en kreftkoordinator i 50 prosents stilling, mulig også ansettelse av en kols-koordinator, Under forebyggende paraplyen skal det også satses på området "overvekt og fedme hos barn og ungdom".

Målsettingen i samhandlingsreformen er blant annet å kunne gi tjenester på laveste effektive nivå, nærmere der pasienten bor. Og troen på at dette målet blir nådd, ble det mindre diskusjon rundt i går.

Referansekode i 'Helserådet': SAM 2013 – 2

Stikkord: Øyeblikkelig hjelp. Kommunal øyeblikkelig hjelp. Lindesnes.

Rehabilitering i kommunene

Lege Inger Johansen, spesialist i allmenntillegmedisin og Ph.d.-stipendiat ved Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo skal disputere i mai måned. Hun har foretatt en undersøkelse av effekten av tverrfaglig døgnbasert rehabilitering av eldre etter to ulike modeller i primærhelsetjenesten: rehabilitering på et forsterket sykehjem som hun kaller intermedieærnivå og rehabilitering på vanlig korttidspllass på sykehjem.

Konklusjonen er at eldre pasienter med funksjonssvikt, som mottok strukturert, intensiv tverrfaglig rehabilitering i egen kommunal enhet, forbedret evnen til å mestre dagliglivets aktivitet i nesten dobbelt så høy grad sammenlignet med de som mottok

rehabilitering under korttidsopphold i vanlig sykehjem. Resultatene ble oppnådd på nesten halvparten av den tiden som medgikk i vanlig sykehjemsplass. Etterpå trengte de som hadde vært under strukturert, intensiv tverrfaglig rehabilitering, mindre hjemmetjenester. På www.helsebibliotekett.no, emnebibliotek samfunnsmedisin og folkehelse, har vi lagt ut en mer utførlig omtale av stipendiatens undersøkelse. Se under meny punkt 'Helsetjenester diverse'. Nedenfor på denne siden er avbildet en artikkel som Inger Johansen skrev i Østlands-Posten 25. januar i år i forbindelse med at et kommunalt rehabiliteringstilbud i Larvik har vært nedleggelsestruet.

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2013 - 10

Stikkord: Larvik. Rehabilitering. Sykehjem.

Rehabilitering i Larvik kommune

Det er dypt beklagelig at flere av Presteløkkas dyktige fagpersoner forlater institusjonen fordi kommunens signaler om fremtidig rehabilitering er utydelige og fordi personalet opplever at rådmannen overser deres kompetanse, skriver Inger Johansen i denne kommentaren.

Kommentar

Sent på 90-tallet gjorde Larviks politikere et innovativt vedtak om å opprette eget kommunalt rehabiliteringssenter. Vedtaket førte til realiseringen av Larvik kommunes rehabiliteringssenter, Presteløkkka, som åpnet i 2004. Hensikten med denne kronikken er å informere om resultatene av rehabiliteringen ved Presteløkkka og å rope et varsku om at Larvik kommune er i ferd med å bygge ned en virksomhet som nettopp på grunn av oppnådde resultater er gjenstand for stor oppmerksomhet fra andre deler av landet og Helsedirektoratet.

Rehabilitering er per definisjon en tverrfaglig og tidsavgrenset prosess med klare mål og virkemidler. Et tverrfaglig team bistår den som er rammet av et funksjonsfall i dennes egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne og deltakelse i sosialt samvær og i samfunnet for øvrig.

Effektene og kostnadene ved rehabiliteringen på Presteløkkka er sammenlignet med rehabilitering i korttidspllasser i sykehjem i seks andre vestfoldkommuner i løpet av et seksårig, stort forskningsprosjekt tilknyttet Universitetet i Oslo. Resultatene er publisert i internasjonale fagtidsskrift.



Stavern: Presteløkkka får mye ros for sitt rehabiliteringsarbeide. (Arkivfoto)

Rehabiliteringen på Presteløkkka øker brukernes funksjonsnivå til nesten det dobbelte på ca. halvparten av tiden sammenlignet med rehabilitering i korttidspllasser på sykehjem. Total sett betyr det over tre ganger så høy rehabiliteringsseffekt for Presteløkkkamodellen.

Behovet for hjemmetjenester blir også markant redusert. Ved etterundersøkelser halvannet år etter rehabiliteringen opprettholder pasientene fra Presteløkkka det samme høye funksjonsnivået. Ser vi spesielt på dem som er over 80 år, har de 30 % lavere behov for langtids sykehjemsplasser enn den generelle norske befolkning i samme aldersgruppe, ifølge Statistisk sentralbyrå (SSB).

Kostnadene til rehabiliteringen, hjemmetjenestene og korttidsopphold på sykehjem gjennom de 18 månedene vi fulgte disse pasientene var 40 % lavere enn i kontrollkommunene. Da var det ikke kalkulert inn i regnestykket det 30 % lavere behovet for sykehjemsplasser. I 2011 kostet det 850.000kr å drifte en sykehjemsplass per år (SSB).

Hva gjør Presteløkkkamodellen vellykket?

Vellykket og kostnadseffektiv rehabilitering forutsetter at den gis til mennesker som trenger og kan nyttiggjøre seg av tilbudet. Sikkerheten for at rehabiliteringen gis til de rette pasientene, ligger i en systematisk og standardisert vurdering i forkant. Dessuten må det ligge til rette for en direkte dialog med sykehuset og en smidig overføring av pasientene til rehabiliteringssenteret uten unødig tap av tid grunnet byråkrati. Inntil nylig har rutinene i Larvik vært brukbare, men nå er det tegn til tyngre prosedyrer, som vil skade

både den enkelte pasient og kommunen.

Vellykket rehabilitering forutsetter systematisk tverrfaglig arbeid og gode dialoger mellom fagpersoner, pasienter og pårørende. Rehabiliteringen må være tilstrekkelig intensiv og gis i et stimulerende og sosialt miljø hvor alle har fokus på mestring og tilrettelegging. Den optimale settingen er en dedikert rehabiliteringsenhet. Rehabiliteringen ved Presteløkkka mobiliserer dessuten pårørende som støttespillere for sine kjære, tilnærmet lik den hjelpen som hjemmetjenesten yter. Nasjonal foregangskommune i rehabilitering

Fra alle kanter av landet etterspørres nå resultatene fra studien og Larvik kommunes rehabiliteringsmodell. Helsedirektoratet gir anerkjennelse for innovasjon og faglighet og ser til Larvik som landets første kommune som både gjennomfører og evaluerer kommunal rehabilitering med vitenskapelig metode. Denne forskningen og kompetansen hos fagpersonene på Presteløkkka gir svært gode muligheter for etablering av høyskoleplasser innen fagomr det og et realistisk grunnlag for innovasjon og vekst i kommunen. Nærheten til Kysthospitalet forsterker dette grunnlaget.

Foreløpig er det ingen tegn til at Larviks rådmannen har blick for disse perspektivene.

Hele den vestlige verden står foran store utfordringer som følge av aldringen i befolkningen og økte krav til helse-, rehabiliterings- og omsorgstjenester. Det er viktigere enn noen gang å finne gavnlige og kostnadseffektive tjenester. Kunnskapsgrunnlaget tilsier at Preste-

løkkamodellen må beholdes for alle de som trenger rehabilitering i institusjon. Vitenskapelige undersøkelser viser videre at hjemmebasert rehabilitering er et nyttig tilbud, først og fremst for de litt friskere og yngre eldre.

Både i Danmark, Sverige og Norge har kommuner kastet seg på en bølge kalt «hverdagsrehabilitering», som er en variant av hjemme-rehabilitering. Denne metoden er dessverre ikke sikkert evaluert, verken med hensyn til effekt eller kostnad. Det er grunn til å tro at rådmannen tenker seg at også Larvik kommune skal kaste seg på denne bølgen. Arendal kommune har lagt fram økonomiske analyser, men de tåler virkelig ikke dagslys. Heldigvis er Voss kommune i gang med en seriøs evaluering av modellen.

Presteløkkka står i fare. Jeg ber om at Larvik nå utvikler omsorgs- og rehabiliteringstilbudet med klokskap og etterspør den rehabiliteringskompetansen som finnes i kommunen. Det er dypt beklagelig at flere av Presteløkkas dyktige fagpersoner forlater institusjonen fordi kommunens signaler om fremtidig rehabilitering er utydelige og fordi personalet opplever at rådmannen overser deres kompetanse.

Jeg roper derfor et varsku til Larvik kommune om ikke å la den populære, men usikre bølgen «Hverdagsrehabilitering» skylle vekk de stolte resultatene av den innovative beslutningen som i sin tid ble tatt av Larviks politikere. Det tar mange år å bygge opp et sterkt fagmiljø, men svært kort tid å rive det ned.

Hvis Larvik kommune gjør alvor av planene om en innskrenkning i Presteløkkas virksomhet for å få budsjettet i balanse innen utgangen av 2013, vil det være et skrekkelig eksempel på kortsiktig planlegging og på å spare seg til fant. I tillegg lar kommunen muligheten gå fra seg til å forbli en nasjonal foregangskommune på området rehabilitering.

Inger Johansen



Nytt tilbud for utredning av pasienter med TMD

Kjevekirurgisk avdeling og Seksjon smertebehandling og palliasjon (Smerteklinikken) ved Haukeland Universitetssykehus/Helse-Bergen har på oppdrag fra HelseDirektoratet utarbeidet et opplegg for tverrfaglig utredning av pasienter med invalidiserende temporomandibulær dysfunksjon (TMD).

Personer som på grunn av TMD har fått betydelig reduksjon i livskvalitet, lange sykemeldingsperioder, uførhet og lignende, og som ønsker å få dette utredet i en tverrfaglig gruppe, kan henvises fra sin fastlege til TMD-Utredningen ved Kjevekirurgisk avdeling Haukeland Universitetssykehus.

Symptomer

Hovedsymptomene ved TMD er smerte og ubehag lokalisert til kjeveledd, kjeve og kinn, med mulig utstråling til orbita, panne, tinning, nakke, hals og tenner. Smertene kan være av varierende intensitet, relatert til stress, og kan utløses eller forverres ved kulde og tygging av hard mat. Det er ofte samtidig symptomer på spenningshodepine, og myalgier i nakke, skuldre og øvre del av ryggen. I tillegg vil det ofte være lyder og funksjonsforstyrrelser i kjeveleddet (trismus: redusert gapeevne.)

Pasientene angir ofte i tillegg andre symptomer:

- symptomer fra øret (smarter, hørselsproblemer, dothornemmelse, tinnitus, svimmelhet)
- tannngissing (ofte om natten)
- økt tannslitasje
- forandring i sambitt
- nummenhet, prikking eller ømhet i ansiktet
- søvnproblemer
- svimmelhet
- generell tretthet
- symptomer fra andre ledd

Det er antydning en behandlingsbehovsprevalens i den voksne befolkningen på om lag 15 prosent. De aller fleste pasienter kan hjelpes effektivt ved informasjon, fysioterapi og bittskinne fremstilt hos egen tannlege. Et lite mindretall pasienter utvikler stadig mer intense symptomer tross adekvat behandling. Enkelte utvikler et høyt forbruk av analgetika, langtidssykemeldes og blir uføretrygdet på grunn av TMD. Det er slike pasienter som er målgruppen for denne TMD-utredningen.

Henvisning

I henvisningen Haukeland følgende opplysninger:

- varighet og utvikling av symptomene
- pasientens funksjonsnivå når det gjelder tygging, tale og generelt
- eventuelle tidligere traumer, gjennomgått behandling og effekt av dette.

Etter henvisning fra fastlegen vil medisinske og odontologiske tilleggsopplysninger bli hentet inn etter samtykke fra pasienten. Opplysningen vil bli vurdert av en tverrfaglig gruppe som består av kjevekirurg, bittfysiolog, kjeveortoped, radiolog og smertelege. Pasienten vil bli kontaktet med spørreskjema og telefonintervju før en konsultasjonsdag i Bergen blir avtalt. Det vil først bli vurdert om pasienten har behandlingskrevende tilstander i det aktuelle om-

rådet. Andre medisinske spesialiteter vil bli konsultert ved behov. Behandling vil i utgangspunktet utføres der kompetanse finnes nær pasientens hjemsted.

Hvis det ikke finnes indikasjoner for invasiv/irreversibel behandling, vil pasienten samme dag få sin første av tre konsultasjoner ved Smerteklinikken. Det vil være hos fysioterapeut, smertelege eller psykolog. Ytterligere to konsultasjoner ved smerteklinikken blir avtalt med om lag en ukes intervall.

Til slutt vil hele utredningsteamet møtes med pasienten for en gjennomgang av funn og vurderinger, og med tanke på å komme frem til en felles forståelse av hvordan man mest effektivt kan bedre pasientens TMD-symptomer.

Pasienten vil bli bedt om å svare på et spørreskjema der selve utredningen blir vurdert.

Pasient, fastlege og tannlege får en skriftlig rapport om utredningen. Fastlegen vil være koordinator for tiltak som kan utføres i nærheten av der pasienten bor.

Kriterier for utvelgelse av TMD pasienter som trenger konsultasjon hos kjeveortoped:

- Store overbitt
- Underbitt
- Åpne bitt
- Ekstremt eller markert dype bitt
- Enkeltstående kryss- eller saksebitt med eller uten tvangsføring/premature kontakter
- Pasienter med mye tanntap og vandring ofte også bittsenkning
- Markerte trangstillinger
- «Behandlingspåførte» okklusjonsavvik. Ofte i forbindelse med ulike typer bittskinner, snorkeskinner osv.

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2013 – 7

Stikkord: TMD. Temporomandibulær dysfunksjon.

I tilslutning til artikkelen "Tiltak i folkehelsearbeidet – via skatteseddelen?" i forrige nummer av 'Helserådet', gjengis nedenstående fra Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI):

Mange helsetilbud på arbeidsplassen blir ikke benyttet

Ny dansk forskning viser at mange ulike aktiviteter som på arbeidsplassene tilbys som helsefremmende, ikke benyttes. Om slike tiltak skal ha noen effekt i det hele tatt må de brukes, viser Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø i Danmark.

Råd om helsefremming får ikke nødvendigvis noen til å delta i konkrete aktiviteter. Ofte er det et problem med lav deltagelse på slike tiltak. I denne studien så danske forskere på hvorfor medarbeidere som er i jobb og samtidig opplever at de ikke har optimal helse, velger bort et mangfold av tiltak for å bedre helsen.

Medarbeidere som selv opplyser at de har dårligere helse og samtidig ønsker å endre egen atferd, benytter seg i liten grad av tiltakene som arbeidsplassen tilbyr. Hvorfor det er slik kan, ifølge medarbeiderne selv, være individuelle og/eller organisatoriske. Undersøkelsen det danske instituttet har utført ble gjort blant en gruppe av medarbeidere i dansk politi.

Hvorfor velges slike tilbud bort?

Ansatte som vurderte egen helse som mindre god, som ønsket å endre egen atferd og som likevel ikke benyttet seg av tilgjengelige tilbud, karakteriserte tilbudene som gode og var samtidig positive til dem. De uttrykte at tiltakene reflekterte et behov i organisasjonen.

De ulike årsakene som ble oppgitt gikk fra individuelle årsaker som tidsmangel, ulyst eller en følelse av et manglende behov til mer organisatoriske årsaker som vakt- og skiftordninger samt geografisk avstand til rådgiverne som arbeider med tiltakene i organisasjonen. Forskerne fant at økt informasjon om tiltakene og økt tilgjengelighet av tiltakene kunne øke deltakelsen blant denne gruppen av medarbeidere. Samtidig fant de at det er viktig å arbeide med deltakernes motivasjon og å tilpasse tiltakene på en slik måte at de fungerer godt i virksomhetens daglige aktiviteter.

Om undersøkelsen

I overkant av 6.000 ansatte i dansk politi besvarte et elektronisk spørreskjema om arbeid, helse og helsefremmende tiltak. Forskerne valgte en gruppe på 500 ansatte som oppga at de ikke benyttet seg av tiltakene, som samtidig oppga egen helse til å være mindre god og som i tillegg hadde et ønske om å endre egen atferd. I en fordypningsdel ble 25 av disse, tilfeldig utvalgt, intervjuet for å vite mer om hvorfor de ikke hadde benyttet seg av arbeidsplassens ulike tiltak.

Les mer om den danske undersøkelsen her: (se: www.stami.no)
Årsager til manglende brug af sundhedstilbud på arbejdet

Dansk politi og wellness

Det danske Rigspolitiet etablerte tidlig på 2000-tallet en såkalt wellness-enhet som gir råd til politiets ansatte om helse og helsefremmende tiltak – i første rekke om kost og mosjon, men også i forhold til rehabilitering. Målsetningen til enheten er å bidra til velvære og trivsel blant ansatte. Enheten benyttes som et supplement i organisasjonens arbeid med det tradisjonelle arbeidsmiljøet knyttet opp mot både fysiske og psykiske eksponeringer. Enheten jobber tett med Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) i Danmark.

Om prosjektet:

(se: www.stami.no)
Rigspolitiets wellnessaktiviteter – kortlægning og muligheder for videreudvikling

Referansekode i 'Helserådet': FYS 2013 – 3

Stikkord: Folkehelseiltak. Arbeidsmiljø. STAMI.

Med tillatelse fra Hamar Arbeiderblad gjengis nedenstående:

Sykehjemsleger må få økt status

Hamar Arbeiderblad 08.02.2013. Side: 5
 Forfatter: Finn Arne Eriksrud 974 24 689 / fer@h-a.no

- Skal en lykkes i demensomsorgen, kan ikke sykehjemslegene komme innom og bedrive et ensomt venstrehåndsarbeid.

Sykehjemslege og geriater, Knut Erling Moksnes, spissformulerte seg slik på «Demenskonferanse Innlandet 2013».

På konferansen møttes 300 deltakere fra kommuner, ansatte i Sykehuset Innlandet, eldreråd og pårørende for å drive erfaringsutveksling om den største utfordringen for helsetjenesten i kommunene.

Moksnes avviste at han hadde begått karrieremessig selvmord ved å bruke mesteparten av sin legegjerning på et sykehjem.

For få leger

Situasjonen på sykehjemmene er utfordrende. Det er én lege per hundre senger på sykehjemmene. På sykehusene er det én lege per seng!

Sykehjemslegene får altfor liten tid til oppfølging av hver enkelt pasient og ikke minst sikre den enkelte riktige medikamentbruk.

Doseringen av medikamenter er krevende i en institusjon der 80 prosent av klientene er demente og som oftest har fem-seks tilleggsdiagnoser. På toppen av dette lider 40 prosent av dem av depresjoner, vrangforestillinger og hallusinasjoner.

Disse pasientene bruker fort vekk fra tre til ti legemidler daglig - ofte mer enn det.

Håpløst?

Nei. Moksnes vedgår at det er altfor få leger og sier at legefóring eningen jobber bevisst for å øke antall leger i sykehjemmene:

- Flere leger søker sykehjemmene nå. Status er hevet fordi legefóring eningen gjør mye for å få det til, og at samhandlingsreformen har bidratt til at det er blitt faglig mer spennende å jobbe på et sykehjem, sa han.

Nettverk for leger

Kommunene opplever mye skifting av sykehjemsleger. Derfor skal det etableres et eget nettverk for sykehjemsleger, og egne kurs for dem, slik at det skal bli mer interessant å jobbe på sykehjemmene.

Irene Hanssen hos Fylkesmannen i Hedmark sier at flere kommuner er flinke til å involvere legene mer i demensomsorgen.

- Demenskonferansen er en viktig møteplass for faglig påfyll, erfaringsutveksling og informasjon om gode prosjekter og forskning som kan nyttiggjøres i demensomsorgen, sier Hanssen.

- Kompetansen i sykehjemmene er bedret. Utagerende pasienter blir oftere tatt hånd om uten å ty til sykehusinnleggelse.

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2013 – 9

Stikkord: Sykehjemsleger. Hamar Arbeiderblad.

Vedtaksmyndighet etter folkehelseloven kapittel 3 (miljørettet helsevern)

Det har vært en debattrunde på miclis nylig om dette:

Tilde Nygård, avd. for legetjenester og samfunnsmedisin, Rana kommune: Jeg håper noen av dere på mhv-lista kan ta dere tid til å svare på hvem i deres kommune som er delegert myndighet innen miljørettet helsevern.

Er det et politisk utvalg? Administrasjonen? Helsesjef eller kommuneoverlege?

Hva er pros/cons med at myndighet ligger hos politikerne, eller hos administrasjonen? Er miljørettet helsevern-beslutninger politiske eller faglige?

Her i Rana kommune er vedtaks/avgjørelsesmyndighet delegert til et politisk utvalg, som i år har kun 8 møter på møteplanen. Jeg er ikke helt sikker på om det er en ideell situasjon - det kan bl.a. medføre lang saksbehandlingstid. I tillegg synes det noe tungrodd at vedtak om f.eks. å gi en virksomhet pålegg om å skifte ut lysrør i en solseng, eller å forbedre renholdsrutinene sine, skal måtte behandles politisk. Derfor er jeg interessert i hvordan dette fungerer andre steder.

Per-Erik Arnø, konsulent i miljørettet helsevern, Kommuneoverlegen i Midtre Namdal samkommune: I Midtre Namdal samkommune er myndigheten delegert til Kommuneoverlege, som igjen har delegert myndigheten sin ned til undertegnede for fagområdet miljørettet helsevern. Undertegnede kan fatte vedtak i alle kurante saker; er det saker som medfører svært store kostnader skal dette opp til kommunestyret.

Elin Åsnes Øvretun, Miljøretta helsevern Indre Sogn: I Indre Sogn har 8 kommuner gått saman og skipa eit interkommunalt selskap med 1 tilsett (meg). Eg tar meg av diverse klagesaker og driv i tillegg systembaserte tilsyn med alle skular, barnehagar, basseng, solarier, frisørar osv. Men eg har ikkje mynde til å fatte vedtak. Det har kommunestyret i kvar kommune delegert til kommunelege 1 eller tenesteleiar helse og sosial i sin kommune. Eg er vidare tilsett i ein av kommunane som er vertskommunen for dei 7 andre.

Katalin Nagy, daglig leder, Helse- og miljøtilsyn Salten IKS: Vi er et interkommunalt selskap (IKS) med 11 eierkommuner. Vi var ganske aktive i arbeidet med ny folkehelselov for å beholde mulighet til å delegere til interkommunale selskap (§ 9). 9 av 11 eierkommuner har delegert myndighet til vårt selskap som utfører arbeidet for kommunene. Det er delegert myndighet til å fatte vedtak i enkeltsaker av ikke prinsipiell karakter, det står også at kommunelegens medisinske skjønn skal ivaretas og at fylkesmannen er klageinstans. Dette vedtas gjennom kommunens delegasjonsreglement. I de to andre kommunene er myndighet delegert til kommunelege, da gjør fremdeles vi alt arbeidet og utarbeider forslag til vedtak.

Det meste er enkeltsaker, og da er det u hensiktsmessig at vedtaksmyndighet ligger hos et politisk utvalg etter min mening.

Heidi Folkedal Hole, leder av Helseverntjenesten i Askøy kommune: I Askøy kommune er vedtaksmyndighet delegert fra politiske organ til Rådmannen og videre til Kommuneoverlege:

SUBDELEGASJON FRA RÅDMANNEN TIL KOMMUNEØVERLEGEN

.....

3. Faglig myndighet

Kommuneoverlegen treffer avgjørelse i alle saker innenfor kommunehelsetjenestens ansvarsområde som ikke er av prinsipiell betydning og som ikke strider mot lov, forskrift eller vedtak gjort av folkevalgt organ i Askøy kommune.

Når det gjelder avgjørelsen av om en sak er av prinsipiell betydning vises det til "Askøy kommunes reglementer for folkevalgte organer – Delegering mv." sist endret 24.09.2008, jf kapittelet "Delegasjonsreglement – Generelt".

Frank Thrana, kommuneoverlege i Tønsberg:

Vedtaksmyndighet i ikke-hastesaker er i Tønsberg delegert fra Bystyret til Rådmann som har et delegasjonsreglement til kommuneoverlegen som samarbeider med Vestfold Mh.

I samtale med jurist i HD er det intet i veien for at kommunestyret kan delegere direkte til Kommuneoverlegen, som for smittevernloven.

Jfr

Folkehelseloven

§ 27. Samfunnsmedisinsk kompetanse

Helserådet Nr. 5/13. 8. mars 2013. 21. årgang

Kommunen skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgaver etter loven her. Det skal ansettes en eller flere kommuneleger som medisinsk-faglig rådgiver for kommunen for å ivareta blant annet:

- Samfunnsmedisinsk rådgivning i kommunens folkehelsearbeid, jf. §§ 4 til 7, herunder epidemiologiske analyser, jf. § 5 annet ledd,
- hastekompetanse på kommunens vegne i saker innen miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap og
- andre oppgaver delegert fra kommunestyret.

Kommunene kan samarbeide med andre kommuner om ansettelse av kommunelege.

Med andre oppgaver delegert direkte fra kommunestyret til Kommuneoverlege menes her bl. a. ordinære vedtak, fx ikke prinsipielle, etter kap 3 Miljørettet helsevern.

I min kommune er forøvrig delegert Undertegnede Forurensningsforskriftens del 2 og 3 om støy og luftforurensning.

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2013 – 4

Stikkord: Delegasjon. Delegasjonsbestemmelser. Rana. Midtre Namdal. Indre Sogn. Salten. Askøy. Tønsberg.

Varsling om tvangsmulkt

Elin Åsnes Øvretun, miljøretta helsevern Indre Sogn: Er det nokon som har eksempel på tilsynsrapport (varsel/melding om vedtak) til skular og barnehagar eller andre verksemder, der dykk varslar om at det kan bli aktuelt å ilegge tvangsmulkt?

Monica Kvaal Bergland, rådgiver Miljørettet helsevern i Tromsø: Ja, en rykende fersk faktisk. Som oppfølging av en av de utvalgte barnehagene som vi har gjennomført såkalt sikkerhetstilsyn på i 2012. (Red. anm.: barnehagen er en privat barnehage) Legger ved varselet om tvangsmulkt (se nedenfor). Men i stedet for å sende ut tilsynsrapporten på nytt (fra vedtaket), har vi gjort det avvik og paragrafer som gjenstår i selv varselet.

Flåklypa barnehage
Tyttebærvegen 11

9024 TOMASJORD

Deres ref.:

Saksbehandler:
Monica Kvaal Bergland
Telefon:
77 79 04 85

Vår ref.:

13/170 /4920/13-A10 &58
Dato:
29.01.2013

VARSEL OM TVANGSMULKT

Etter Forskrift om miljørettet helsevern i barnehage og skole m.v.

Kommuneoverlegens representanter var på tilsyn i Flåklypa barnehage 24.mai 2012.

Det ble 18.07.12 sendt ut vedtak om retting med frist for gjennomføring 24.08.12. Virksomheten sendte tilbakemelding på vedtaket 28.06.12. Den 03.10.12 ble det ettersendt støyvurdering på uteområdet gjennomført av Statens vegvesen. 03.01.13 kom tilbakemelding fra barnehagen på de resterende forhold beskrevet i tilsynsrapporten.

Kommuneoverlegen har gjennomgått tilbakemeldingene og dokumentasjonen fra Flåklypa barnehage. Under følger en gjentagelse av avvik som ikke vurderes som innfridd. Avvik og funn er nærmere beskrevet i tilsynsrapporten datert 18.07.12.

§ 4 Internkontroll

Avvik

Virksomheten tilfredsstillende ikke de krav om internkontroll som innebærer systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med bestemmelser fastsatt i forskriften.

Kommentarer fra kommuneoverlegen: Tilbakemeldingen viser ikke at de gitte funn er gjort rede for og fulgt opp.

§ 5 Opplysnings- og informasjonsplikt

Avvik

Virksomheten innfrir ikke de krav som stilles om at brukere, foresatte og myndighet får informasjon om forhold som kan virke negativt på helsen.

Kommentar fra kommuneoverlegen: Det er gitt tilbakemelding som beskriver hvordan man sørger for informasjonsflyt mellom barnehage og foreldre. Det er ikke beskrevet rutiner for informasjon til aktuelle myndigheter.

§ 9 utforming og innredning

Avvik

Lokalene er ikke tilstrekkelig innredet og utformet slik at forskriftens formål ivaretas.

Kommentar fra kommuneoverlegen: Kan ikke se at virksomheten har gjort noe med dører til rom som ikke er i bruk, men tilgjengelig for barna. Heller ikke stikkontakter som ikke var barnesikret.

§ 10 Muligheter for aktivitet og hvile

Avvik

Virksomheten har ikke tilfredsstillende sove muligheter for de minste barna.

Kommentar fra kommuneoverlegen: Det er ikke beskrevet hvordan utfordringene i forhold til vinduene og store glipper/ åpninger rundt karm blir imøtekommet, ettersom barna sover i reisesenger med dynner.

§ 13 Rengjøring og vedlikehold

Avvik

Det mangler skriftlige renholdsrutiner for daglig, periodisk og årlig renhold. Virksomheten mangler renholdsrutiner for stellerommene.

Kommentar fra kommuneoverlegen: Det er ikke gitt tilbakemelding om rutiner for hovedrengjøring, heller ikke rutiner for renhold av leker og utstyr.

§ 14 Sikkerhet og helsemessig beredskap

Avvik

Det er mangler i virksomhetens rutiner og dokumenter for håndtering av ulykkes- og faresituasjoner. Uteområdet har fremmedelementer (steiner) og faktorer som er til fare under barns lek.

Kommentar fra kommuneoverlegen: Det er ikke tilfredsstillende at vaktmester har fått tilbud om kurs for autorisasjon og sertifisering av lekeapparater. Frem til opplæringen er gjennomført vurderes ikke avviket som lukket. Og rutiner for gjennomføring/ hyppighet?

Det er ikke gjennomført kartlegging/ risikovurdering av virksomheten for å avdekke kritiske punkter med hensyn til barns sikkerhet og miljø. Mangler enda system for å registrere ulykker og melding videre til aktuelle etater ved større ulykker.

§ 15 Førstehjelp

Avvik

Mangler rutiner for oppdatering av førstehjelpsutstyr.

Kommentar fra kommuneoverlegen: Det ble i tilbakemelding fra 28.06.12 opplyst om at denne oversikten/ rutinen fulgte vedlagt, det var den ikke.

§ 21 Lydforhold

Avvik

Uteområdet mot sundet og hovedveien ligger i rød støysone. Det foreligger ikke dokumentasjon (beregninger eller målinger) på at lydnivået fra vegtrafikken er i henhold til gjeldende anbefalinger hvor gjennomsnittlig støybelastning ikke skal overstige 55 dBA (NS 8175 tabell 21 kl.C).

Kommentar fra kommuneoverlegen: Det er levert støyvurdering på de nevnte forhold, gjennomført av Statens Vegvesen. Målingene viser at støynivået ligger på 67 dBA på uteområdet. Det er satt opp støygjerder på deler av uteområdet. I følge vegvesenet bør det vurderes og eventuelt forhøye gjerdet. Gjerdet følger terrenget, og på deler av uteområdet er gjerdet derfor lavere. Dette kan medføre at støynivået på deler av uteområdet er for høyt. Kommuneoverlegen viser igjen til regelverket som gjelder for støy på uteområdet: NS 8175 og T-1442 (55 dBA). Kommuneoverlegen ber om at virksomheten følger vegvesenets anbefaling. Alternativt må det dokumenteres at eksisterende støygjerde reduserer støynivået til anbefalt nivå på 55 dBA.

Varsel om tvangsmulkt

Da vedtaket fra 18.08.12 ikke er oppfylt, ser kommuneoverlegen seg nødt til å gå videre med saksbehandlingen. Det varsles herved om tvangsmulkt. Kommuneoverlegen har hjemmel til å ilegge tvangsmulkt etter Folkehelseovens § 15.

VARSEL OM TVANGSMULKT

Med bakgrunn i overnevnte informasjon vurderer kommuneoverlegen å fatte vedtak om tvangsmulkt.

Frist for gjennomføring: 15.mars 2013

Kommuneoverlegen ber om skriftlig tilbakemelding innen 22.februar dersom virksomheten har kommentarer til de registrerte tilbakemeldingene eller varsel om tvangsmulkt. Hører vi ingenting innen 22.februar 2013 vil kommuneoverlegen fatte vedtak om tvangsmulkt som beskrevet over. Tvangsmulkten settes til kr. 600,- pr virkedag inntil kommuneoverlegen har mottatt skriftlig tilbakemelding om at avvik er rettet. Tvangsmulkten vil begynne å løpe etter at fristen for å gjennomføre rettingen er ute.

Med vennlig hilsen

Trond Brattland
Kommuneoverlege

Monica Kvaal Bergland
Rådgiver, miljørettet helsevern

Kopi:

Kari Henriksen, kommunaldirektør

Berit Vassmyr, barnehagefaglig rådgiver

Vedlegg:

Informasjon om kommuneoverlegens saksbehandling

Svein Kvakland, hygieneingeniør/Miljøfyrtårnsertifisør, Molde: Dette var jo et godt eksempel på bruk av tvangsmulkt som virkemiddel overfor en privat aktør.

Men er det noen som har erfaringer eller eksempler på tilsvarende grep overfor virksomheter i egen kommune?

Trond Mathiassen, overing., Helse- og miljøtilsyn Salten IKS: Veldig bra at denne diskusjonen kommer opp – og takk til Tromsø-miljøet for inspirasjonen til bruk av de virkemidlene vi tross alt har. Jeg tillater meg å henvise til artikkelen i "Helse og miljø" som "Tromsø" presenterte i siste "Miljø og helse". I denne går det fram at MHV i Tromsø har brukt tvangsmulkt som virkemiddel mot egen kommune (og opplevd noen utfordringer knyttet til dette). I artikkelen står det bl. a.: "Det kan være utfordrende å jobbe mot egne kommunale enheter, og det kan fort bli bråk når kommunen gir kommunen tvangsmulkt. Rådmannen etterspurte forklaring fra kommuneoverlegen da det ble gitt tvangsmulkt. Vi prøvde å forklare at det ble gitt romslige frister, at veien til tvangsmulkt er ganske lang og at det jo er fullt mulig å rette forholdene før saken går til tvangsmulkt."

Kristian Juel Røysland, spesialkonsulent miljørettet helsevern, Enhet for samfunn og helse, Bydel Søndre Nordstrand, Oslo kommune: I folkehelsas veileder i tilsyn med skadedyrbekjempelser er det beskrevet hvordan et tvangsmulktbrev kan utformes. Det er bare å tilpasse det til det regelverket saken din gjelder. På siste side av veilederen står det beskrevet alternative måter å benytte tvangsmulkt på som virkemiddel. Forskrift om fastsettelse av tvangsmulkt er gitt i medhold av § 15 i folkehelseloven.

Trond Brattland, kommuneoverlege i Tromsø sier i en kommentar til kommunens varsling om tvangsmulkt:

Jeg anser det viktig at vi behandler kommunale virksomheter på linje med private. Dette hjemles nokså greit i folkehelseloven. I § 30 om internkontroll står det:

«Kommunenes tilsyn med virksomhet og eiendom i henhold til § 9 skal dokumenteres særskilt, herunder uavhengighet og likebehandling i tilsynet.»

I forarbeidene til loven står det om denne paragrafen blant annet:

«Det er her særlig viktig å sikre at det kommunale tilsynsorganet er tilstrekkelig uavhengig i forhold til de kommunale virksomhetene som det føres tilsyn med. Uavhengighet innebærer at tilsynet utøves av personer eller kommunale enheter som ikke direkte har ansvar for den virksomheten som er gjenstand for tilsynet, for eksempel at tilsyn med skoler ikke ligger i skolekontoret eller i teknisk sektor, dersom det er teknisk sektor som har ansvar for byggmassen».

Det står også i forarbeidene om bruk av vedtak om retting: «For at pålegg om retting skal være effektivt, må kommunestyret kunne illegge tvangsmulkt ved oversittelse av frist for retting».

Vi har nylig hatt en gjennomgang av egen praksis når det gjelder bruk av tvangsmulkt. Det står i kommentarene til *forskrift om fastsettelse av tvangsmulkt i medhold av lov om folkehelsearbeid*:

«Det understrekes at det må utvises stor varsomhet ved bruk av den reaksjonsform tvangsmulkt representerer. Tvangsmulkt skal kun fastsettes der det anses nødvendig for at pålegget skal bli oppfylt innen rimelig tid. Hva som skal anses som rimelig tid, må vurderes ut fra det arbeid og de kostnader det vil medføre å oppfylle pålegget. Det må også tas hensyn til i hvilken grad forholdet som er pålagt retten, har negativ innvirkning på helsen. Har adressaten

for pålegget gitt uttrykk for at pålegget ikke vil bli oppfylt, vil det være naturlig å fastsette en tvangsmulkt. Tvangsmulkt bør dog ikke fastsettes ved helt bagatellmessige saker».

Dette må tolkes slik at det ikke kan vedtas tvangsmulkt alene pga at frist for retting er gått ut. Det må være klart at selve retteprosessen har stoppet opp og at et slikt vedtak må anses som nødvendig for å sikre at rettingen blir gjennomført. Det må også vurderes at det forholdet som er påpekt, må være av en viss alvorlighet.

Hva som er rimelig tid, kan være vanskelig å vurdere. Men for egen del tenker jeg at det ikke vil være unaturlig å la det gå ett år fra rettevedtaket fastsettes til man varsler tvangsmulkt dersom ikke det forholdet som vedtaket gjelder, tilsier større hast.

Basert på dette kan man nok stille spørsmål ved om det var riktig å varsle tvangsmulkt i den saken som er trukket fram som eksempel selv om rettevedtaket ikke er gjennomført i sin helhet siden det åpenbart har skjedd noe ifra tilsynsobjektets side og man dermed ikke kan si at prosessen har stoppet opp.

Det som gjør dette tilsynsarbeidet utfordrende, er at disse prosessene kan ta svært lang tid, gjerne over ett år. Det blir dermed fort arbeidskrevende når man har flere slike saker gående. Og det kan være fristende å varsle tvangsmulkt for å få fortgang. Men min erfaring er at denne typen saker blir fort problematisk innad i kommunen, og da er det særdeles viktig at vi opptrer ryddig og korrekt.

Red. kommentar: Det er altså ikke veldig greit når kommunen vedtar sanksjoner mot seg selv. En ting er å varsle tvangsmulkt; en annen ting er å gjennomføre det og faktisk inndrive mulkten. Selv kjenner jeg ikke til noe eksempel fra nyere tid hvor det har skjedd. Å varsle tvangsmulkt kan være en effektiv måte å få oppmerksomhet på en sak eller et forhold og således bidra til at påpekte forhold blir utbedret. Monica Kvaal Bergland i Tromsø fortalte meg nylig at de bruker samme fremgangsmåte enten det dreier seg om en privat eller kommunal aktør. Hun fortalte også at det var fattet vedtak om tvangsmulkt overfor en kommunal virksomhet, men at det aldri hadde kommet så langt at det var snakk om iverksettelse av innrivelse.

Jeg har med dette *ikke* sagt at tilsyn med miljørettet helsevern i kommunale virksomheter eller kommunale eiendommer bør løftes ut av kommunen. Argumentene for å la miljørettet helsevern fortsatt være en kommunal virksomhet teller sannsynligvis sterkere enn å legge tilsynet til f. eks. fylkesmannen.

Selv har jeg vært inne på tanken om en oppgavefordeling mellom tilsynsmyndighet og sanksjonsmyndighet som i noen grad dog vil involvere fylkesmannen mer enn i dag. Jeg skrev om dette i 'Helserådet' nr. 22/12 (artikkelen "Hvem skal føre tilsyn med miljørettet helsevern? (3)")

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2013 – 5

Stikkord: Tvangsmulkt. Indre Sogn. Tromsø. Molde. Salten. Søndre Nordstrand. Brattland Trond. Bergland Monica Kvaal.

Fra Kommunal Rapport 7.2.2013:

Advarer mot helseflopp

BERIT ALMENDINGEN, 480 33 259
berit@kommunal-rapport.no

Regjeringens krav om at kommunene skal bedre innbyggernes helse og **REDUSERE HELSEUTGIFTENE** kan ende med et digert mageplask, advarer lokalpolitikere og helseansatte.

– Forebygging er mer krevende nå enn før samhandlingsformen. Fokusert endres når vi skal konsentrere oss om spesialisthelsetjenesten, sier ordfører Rolf Steffensen (Ap) i Hamarøy.

Omtrent 120 politikere og ansatte fra kommuner over hele landet var i forrige uke samlet til rådslag om folkehelse i regi av Helsedepartementet. Hensikten var å få innspill fra kommunene om hva de mener er viktig for folkehelsen. Rådene skal brukes i en stortingsmelding om folkehelse som helseminister Jonas Gahr Støre skal legge fram like etter påske.

Flere advarte helseministeren mot å være naiv i troen på kommunenes fokus på folkehelse.

– Vår kommuneoverlege har skaffet seg et ekkokardioapparat for å avsløre hjertesykdommer. Det gir ham mindre tid til forebygging, men målet er å hindre dagbøter hvis vi ikke klarer å ta hjem utskrivningsklare pasienter fra sykehuset i tide, forteller ordfører Rolf Steffensen (Ap) i Hamarøy.

Hamarøy ble kåret til «Årets folkehelsekommune» av Nordland fylkeskommune i 2009.

Kan spare milliarder

Folkehelsearbeid er grunnpilaren i samhandlingsreformen, og kommunene har fått hovedansvaret. Tanken er at ved å få ansvar for 20 prosent av sykehusregningen, skal kommunene bli stimulert til å forebygge sykdom og bygge opp billigere tilbud lokalt.

Samfunnet kan spare enorme utgifter på forebygging og rehabilitering:

- ◆ Et lårhalsbrudd koster 380.000 kroner bare det første året.
- ◆ Samfunnsøkonomiske kostnader ved røyking er anslått til mellom 8 og 80 milliarder kroner per år.
- ◆ Livsstilsrelaterte sykdommer, som hjerte- og karlidelser, diabetes og kreft, har overtatt som fremste dødsårsak foran smittsomme sykdommer.
- ◆ En sykehjemsplass koster fra 750.000 til 1 million kroner per år.

Folkehelsekoordinator Gro Sæten i Rana er også opptatt av økonomi.

– Pengene som kommunene fikk til forebygging i 2012, utgjorde 19 kroner per innbygger. Samtidig brukte samfunnet 5,6 milliarder til å reparere helseskader. Det er helt latterlig, sa Sæten på rådslaget.

Hun etterlyste ikke bare mer penger. – Ifølge den nye loven skal hele kommunen, ikke bare helsesektoren, ha ansvar for folkehelsen. Den største utfordringen vår er mangel på kompetanse. Vi ser hver dag at lærere, politikere og kommunale planleggere mangler kunnskap om folkehelse. Oppgaven er enorm. Vi kan ikke lære opp 2.000 kommuneansatte.

Kunnskapsdepartementet må sette krav om kunnskap om folkehelse i alle utdanninger, mener Sæten.

– Evaluering er viktig

Folkehelsekoordinator Dina von Heimburg i Innherad samkommune hadde også klare råd til helseministeren. – Å få hele kommunen til å tenke folkehelse innebærer et paradigmeskifte. Vi skal dessuten få alle med, både bedrifter, foreldre og frivillige organisasjoner. For å få til det, må vi ha planer og styringssystemer. Vi vet at tiltak som ikke blir etterspurt av politikerne og sjefene, ikke blir gjort. Det innebærer at evaluering av tiltak er svært viktig. Vi trenger å kunne fortelle politikerne hvilke tiltak som har størst effekt på folkehelsen, sa hun.

Helseminister Støre sa seg enig i at evaluering av folkehelse tiltak er viktig. – Evaluering høres litt kjedelig og trøtt ut, men det er veldig viktig. Folkehelseinstituttet har laget helseprofiler som kan hjelpe oss med å måle effekten av tiltak, sa Støre.

Han avslørte så noe av det han vil satse på i stortingsmeldingen: – Jeg har tro på folkehelsekoordinatorer. Den tredje sektor er også veldig viktig. Da jeg var generalsekretær i Røde Kors, var jeg på et

beredskapsmøte i Molde. Det var risiko for en liten tsunami, og ordførere og frivillige organisasjoner satt sammen og jobbet. Flere kan gjøre det samme på folkehelseområdet.

Støre vil også løfte ernæring og fysisk aktivitet i skolene. – Forslagene om mat og fysisk aktivitet i valgkampen i 2005 kom skjevt ut. Kosthold ble satt opp som en kontrast mot læring. Men vi vet jo at ernæring er svært viktig for læring.

Referansekode i 'Helserådet': SAM 2013 – 3

Stikkord: Forebyggende arbeid. Helsefremmende arbeid.

.....
Fra Kommunal Rapport 31. januar 2013:

Skolehelsetjenesten blør i kommunene

Mangel på skolehelsesøstre TRUER LAVTERSKELTILBUDET til ungdom som sliter med smerter, angst eller overgrep i hjemmet.
SANDNES

SLITASJE

Helsesøstrene opplever stor slitasje på grunn av underdekningen i skolehelsetjenesten.

Irene Asheim Ivesdal, helsestasjonssjef i Sandnes.

– Det er fryktelig synd at de som er modige nok til å ta kontakt med meg, ikke blir fulgt opp fordi jeg ikke har tid, sier helsesøster Margunn Byberg Ludvigsen ved Lundehaugen. Innenfor en halv stilling skal hun dekke den største ungdomsskolen i Sandnes med nesten 500 elever, et antall som ifølge Helsedirektoratets normtall krever skolehelsesøstre i full stilling.

– Tirsdag og torsdag holder jeg åpen dør for elevene, og da er det full pågang av ungdommer som vil snakke om smerter i kroppen, angst, vektproblemer, dødsfall i familien, vold og overgrep i hjemmet, de viser meg tegn på selvskading eller har andre grunner til å være triste og lei seg, forteller Ludvigsen.

I tillegg til de 500 elevene på ungdomsskolen har hun ansvaret for prosjektet LEK – livsstilskurs for overvektige barn og deres familie – samt skolehelsetjenesten ved en barneskole med 100 elever.

– Jeg vil fange opp barna, og en ungdom som tar kontakt som har vondt i en finger, kan i noen tilfeller vise seg å bære på en langt større smerte. Det kan være en voldtekt eller fysisk mishandling, og jeg må kunne henvise dem videre, sier Ludvigsen.

– Prioriterer barnevern

Ifølge Landsgruppen for helsesøstre i Norsk Sykepleierforbund (NSF) er dagens situasjon for skolehelsetjenesten i Norge like dårlig som i 2000, da fylkeslegene sist gjennomførte et felles tilsyn med tjenesten. Dette viste at ti av 59 kommuner ikke kunne tilby skolehelsetjeneste til alle elever, samtidig som et større antall kommuner ikke hadde en fullverdig tjeneste. Senere tilsyn har dokumentert store mangler i styring av tjenesten.

– Barn og unge har et like sterkt lovkrav på forebyggende tjenester som på kurative tjenester, men mange foreldre vet ikke hva barna har krav på, sier Astrid Grydeland Ersvik, som leder Landsgruppen for helsesøstre. Hun mener at kommunene velger å nedprioritere skolehelsetjenesten fordi resultatene ligger langt fram i tid.

– I stedet prioriterer man barnevern, hvor det er blålys hele tiden, hevder Ersvik. Hun viser til Helsedirektoratets rapport om minimumsdekning av personell i skolehelsetjenesten, som i 2010 dokumenterte en mangel på 900 helsesøsterårsverk. Mangelen skal være tilnærmet like høy i dag, ifølge NSF.

– Hver skole bør ha en halv til en hel helsesøsterstilling, mens hver helsesøster ofte må dekke tre skoler, sier Ersvik.

Sper ut ressursene

På grunn av sterk tilflytting av unge familier har Sandnes en befolkningsprofil hvor 30 prosent av kommunens 70.000 innbyggere er under 20 år. Elevmassen i sandnesskolene skulle hatt til sammen 43 årsverk skolehelsetjeneste etter normtallene, mens den reelle dekningen er knappe 27 årsverk.

– Når kommunen bygger nye skoler, får jeg beskjed om at det er en ny skole og at jeg må stille med ressurser, men uten at ressursene følger med, sier helsestasjonssjef Irene Asheim Ivesdal i Sandnes. Hun påpeker at politikerne ikke kan forvente at lærerne skal ha inngående kunnskap om barn og unges psykiske helse, sykdommer og lidelser – dette krever samarbeid med skolehelsetjenesten.

– Jeg sper ut på ressursene og sender ofte ut helsesøster en halv dag i uken til nye skoler, selv om det ikke finnes bemanning til dette. Men vi er jo nødt til å prøve det vi kan for å oppfylle loven, sier Ivesdal.

Utvalg for helse- og sosialtjenester i Sandnes tok før nyttår opp helsesøsterdekningen, etter at medlemmer i kommunens ungdomsråd klaget over vansker med å få tak i helsesøster på skolen. Ifølge utvalgsleder Arne Buchholdt Espedal (Ap) har man satt av penger til psykolog- og legetjeneste ved helsestasjonen for ungdom, i tillegg til å bygge ut en ressurshelsestasjon som supplerer skolehelsetjenesten for de yngste barna.

– Vi har en anstrengt økonomi, og responstiden for ungdom som oppsøker helsesøster på skolene, er for dårlig, vedgår Espedal.

ANDREAS

HØY KNUDSEN

andreas@nyhetstjenester.no

SKOLEHELSETJENESTEN

◆ ◆ Kommunehelsetjenesteloven,

jf. forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, stiller krav til faglig forsvarlighet.

◆ ◆ Helsedirektoratet har definert følgende

ressursbehov:

– I barneskolen kan helsesøster i 100 prosent stilling følge opp 300 elever.

– For ungdomsskolen er forholdstallet 550 elever, i videregående skole 800 elever.

◆ ◆ Ulike undersøkelser dokumenterer underdekning på mellom 800 og 900 helsesøsterårsverk i norsk skole.

◆ ◆ Kommunen kan velge alternative måter å oppfylle lovens krav på og må da dokumentere at tilbudet er **likeverdig og forsvarlig**.

Referansekode: SKO 2013 – 1

Stikkord: Sandnes.

Ulike drikkemønstre hos partnere spår skilsmisse

Publisert 05.02.2013, oppdatert: 06.02.2013, 10:45
Stikkord: Alkohol (etanol)

Både nivå og ulikhet i alkoholbruk mellom partnere er viktige risikofaktorer for skilsmisse. Verst er det om kvinnen drikker mest, viser en ny studie fra Folkehelseinstituttet.

De fleste mennesker foretrekker partnere som ligner dem selv – og dette er særlig viktig når det gjelder drikking. Tidligere studier har vist at høyt alkoholbruk øker risikoen for skilsmisse og er den tredje viktigste årsaken til skilsmisse, etter utroskap og ulikhet. Det har imidlertid blitt gjort få studier med data om drikkemønstre fra begge ektefellene over tid. Det har derfor vært ukjent hvilken rolle ulikhet i alkoholbruk spiller for skilsmisse.

I denne studien har forskere ved Folkehelseinstituttet studert alkoholbruk og risikoen for skilsmisse hos over 19 977 gifte par i over 15 år.

Studien finner at:

- Generelt er det slik at jo mer man drikker, desto høyere er risikoen for skilsmisse.
- Det hadde mest å si om kona drakk: Ektepar der kona drakk mye og mannen lite hadde størst risiko for skilsmisse, om lag 3 ganger høyere enn ektepar hvor begge hadde lavt forbruk.
- Likhet i alkoholbruk i tillegg henger sammen med lavere skilsmisserate: Både ektepar der begge var avholdsmennesker og ektepar der begge hadde høyt forbruk hadde lavere skilsmisserate i forhold til partnere med ulike drikkemønstre.
- To ektefeller med høyt forbruk likevel hadde høyere risiko for skilsmisse enn to ektefeller med lavt forbruk.
- Ekteskap med to avholdsmennesker hadde lavest risiko for skilsmisse.

Like barn leker best

– Det interessante med denne studien er at den viser at både nivå og likhet i alkoholbruk er viktig for parforholdet, sier Fartein Ask Torvik ved Divisjon for psykisk helse, som er førsteforfatter av studien.

– Man kunne tenke seg at problemene kom i dobbel dose når begge drikker mye, og at skilsmisserisikoen derfor ville være høyest i den gruppa. Her viser det seg imidlertid å være beskyttende å drikke omtrent like mye, trolig fordi man passer sammen. Det kan tenkes at to mennesker som begge drikker mye har større forståelse for hverandres situasjon og drikkevaner, sier Torvik.

Uvanlig at kvinner drikker mye

– Skilsmisseraten var høyest blant par der kvinnen drakk mye og mannen lite. Det er flere mulige forklaringer på dette. Generelt blir kvinner mer påvirket av å drikke alkohol enn det menn blir. I tillegg er det nok mindre sosialt akseptert for kvinner å drikke mye. Det kan være at det i større grad går ut over familielivet og de rolleforventningene kvinner stilles overfor. De kvinnene som drikker mye skiller seg nok mer ut. Det er nemlig langt vanligere at menn drikker mye enn at kvinner gjør det, forteller Torvik.

Mer om studien

Alle innbyggere over 20 år ble invitert til å delta i Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (1984-1986). Deltagerne ga blant

annet informasjon om alkoholbruk, og ble fulgt over tid. Tid-til-hendelse-analyse (cox-regresjon) ble brukt til å studere skilsmisserisikoen. Analysene ble kontrollert for demografi og psykiske plager. En svakhet med studien er at det ikke var mulig å se hvem som tok initiativ til bruddet. Resultatene er heller ikke kontrollert for personlighet. Likevel viser studien at det i forskning og behandling er viktig å vurdere begge ektefellenes alkoholbruk.

Referanse

Fartein Ask Torvik, Espen Røysamb, Kristin Gustavson, Mariann Idstad, & Kristian Tambs (2013). "Discordant and Concordant Alcohol Use in Spouses as Predictors of Marital Dissolution in the General Population: Results from the Hunt Study" *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, DOI: 10.1111/acer.12029

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=101225>

Relaterte lenker (se: www.fhi.no)

- [Discordant and Concordant Alcohol Use in Spouses as Predictors of Marital Dissolution in the General Population: Results from the Hunt Study](#) (tidsskriftets sammendrag)

Referansekode i 'Helserådet': RUS 2013 – 1

Stikkord: Alkohol. Skilsmisse.

Ny Rapport

Kommunepsykologene i spennet mellom behandling og forebygging

Publisert 25.02.2013, oppdatert: 25.02.2013, 16:20

Kommunepsykologer bruker mesteparten av arbeidstiden til foreldreveiledning og samtaler med enkeltpersoner med psykiske lidelser eller plager, mens lite tid brukes på gruppe- og befolkningsrettede forebyggings tiltak. Det kommer fram i den nye rapporten *Kommunepsykologsatsingen i Norge i et folkehelseperspektiv*.

Hensikten med rapporten har vært å skaffe kunnskap om kommunepsykologenes arbeidsoppgaver og prioriteringer. Funnene baserer seg på data fra telefonintervjuer med 100 kommunepsykologer (psykologer som arbeider i PP-tjenesten eller barnevernet er ikke inkludert). Rapporten er finansiert av Helsedirektoratet.

Resultatene viser at:

- De fleste kommunepsykologene var relativt nye i sine stillinger og arbeidet i kommunale helsetjenester.
- De fleste arbeidet med kliniske oppgaver som samtaler med



Foto: FHI

barn og unge samt foreldreveiledning, og dette optok mes-teparten av arbeidstiden deres.

- Veiledning av andre ansatte i kommunen var en arbeidsoppgave som en stor del av kommunepsykologene brukte tid på og som de anså som viktig.
- Lite tid ble brukt på forebyggende tiltak rettet mot grupper eller hele befolkningen.
- Kommunepsykologene rapporterte at de ønsket å bruke mer tid på forebygging, veiledning av andre ansatte og undervisning, men at arbeidspress og etterspørsel etter samtalebehandling var hindringer for å få dette til.

Bør satse mer på forebygging

- Selv om de fleste kommunepsykologene ser på forebygging som en viktig arbeidsoppgave, sier flere av dem at et tilbud til enkeltindivider som allerede har plager eller lidelser oppleves som mer presserende, sier divisjonsdirektør Ellinor F. Major. Hun mener det er viktig at kommunepsykologene også kan utgjøre et lavterskeltilbud til personer som har psykiske plager.

Samtidig kan kommunepsykologene være en nyttig ressurs som kommunene kan bruke for å styrke sitt forebyggende folkehelsearbeid. Selv om mange av psykologene som er ansatt i kommunene er relativt nyutdannet og har kort fartstid som kommunepsykolog, har de likevel en basiskompetanse som gjør at de uten alt for mye opplæring vil kunne være egnet til å drive universelt forebyggende tiltak i kommunene.

- Denne rapporten tydeliggjør at det er i dette spennet mange kommunepsykologer befinner seg og som de kan oppleve som krevende: å gi et behandlingstilbud til dem som trenger det, samtidig som de skal bidra til forebyggende tiltak og ivareta folkehelseperspektivet, sier Major.

Trenger mer gruppe- og befolkningsrettede tiltak

En-til-en samtalen har tradisjonelt vært psykologenes vanligste arbeidsform, og det er ofte det som forventes av en psykolog. Det er også dette som har vært fokus i utdanningene som tilbys i Norge, der en foreløpig lærer for lite om forebygging. Utdanningen til psykologer som skal bidra til å løse fremtidens oppgaver i kommunene, og som skal ivareta folkehelseperspektivet, må ha større vekt på forebygging. Dette gjelder både befolkningsrettede og grupperettede tiltak.

- Men psykologer har også gode forutsetninger for å kunne arbeide med større grupper i befolkningen. Psykologer som har spesialiteten klinisk samfunnspsykologi, vil være særlig godt egnet. Det er viktig at kommuneledelsen er innstilt på å benytte kommunepsykologens kompetanse i folkehelsearbeidet. Det beste utgangspunktet er at mange som i dag jobber klinisk i kommunene, selv ønsker å jobbe mer forebyggende, sier Major.

Forfatterne bak rapporten er Jon Erling Heggland, Kristin Gärtner og Arnstein Mykletun, alle ved Folkehelseinstituttet.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=101421>

Relaterte publikasjoner (se: www.fhi.no)

- Rapport 2013:2 Kommunepsykologsatsingen i Norge i et folkehelseperspektiv

Referansekode i 'Helserådet': PSY 2013 – 2

Stikkord: Psykologer. Kommunepsykologer.

Oppdatering 21.2.2013

Ny coronavirussykdom

Publisert 21.02.2013, oppdatert: 21.02.2013, 15:52

Verdens helseorganisasjon rapporterer at det nå er meldt 12 bekreftede tilfeller av det nye coronaviruset som ble identifisert i september 2012, hvorav seks er døde. Ti av de syke er antatt smittet i ulike land i Midtøsten, mens de to siste rapporterte tilfellene er antatt smittet i Storbritannia. I de siste tilfellene har smitten sannsynligvis skjedd fra person til person. Helsepersonell bør være oppmerksom på muligheten for at også norske reisende som har oppholdt seg i Midtøsten kan være smittet med viruset. Ved mistenkt tilfelle bør pasienten innlegges i sykehus, og luftsmitteregime bør benyttes.

Den første pasienten med dette nye viruset ble syk i april 2012. Selv om det nå er sannsynlig at person til person-smitte av det nye viruset forekommer, regnes viruset fortsatt ikke som særlig smittsomt. Nærkontakter og nærmere 200 helsepersonell som har behandlet de tidligere tilfellene er blitt nøye fulgt opp uten at man har avdekket nye tilfeller.

Coronavirus tilhører en stor gruppe virus som blant annet omfatter forkjølelses- og andre luftveisvirus, hvorav noen kan gi alvorlig sykdom. Et coronavirus var årsak til SARS-utbruddet i 2003. Det nye coronaviruset som nå er oppdaget er genetisk forskjellig fra viruset som forårsaket SARS og er nærmest beslektet med en gruppe coronavirus hos flaggermus.

Økt overvåkenhet helsepersonell

Helsepersonell bør være oppmerksom på muligheten for at også norske reisende som har oppholdt seg i Midtøsten og som i løpet av de siste 10 dagene etter oppholdet har utviklet de første symptomer eller tegn på pneumoni (lungebetennelse) av ukjent årsak eller akutt lungesviktsyndrom (ARDS) kan være smittet med viruset. Med Midtøsten menes landene omkring den østlige del av Middelhavet og østenfor, samt landene ved den persiske bukt. Tyrkia regnes ikke som en del av Midtøsten. Ved mistenkt tilfelle bør pasienten innlegges i sykehus. Luftsmitteregime bør benyttes ved slike mistenkte tilfeller til diagnosen er avkreftet. Helsepersonell som behandler bekreftede tilfeller av denne sykdommen, samt kontakter av slike pasienter bør følges opp og overvåkes for mulige symptomer i en to-ukers periode.

Personer som har oppholdt seg i Midtøsten og som utvikler tegn på lungebetennelse (hoste, feber, brystmerter, pustebesvær) bør kontakte lege. Som ved alle coronavirusinfeksjoner er god håndhygiene et viktig forebyggende tiltak.

Laboratoriediagnostikk

Avdeling for virologi på Folkehelseinstituttet har tilgjengelig diagnostisk test for det nye viruset og kan ta imot prøver fra innlagte pasienter for påvisning av det nye viruset. Aktuelle prøvematerialer vil være prøve fra øvre og særlig nedre luftveier. Anfør kliniske opplysninger inkludert reisehistorikk og annen epidemiologisk relevant informasjon, og merk remissen tydelig om mistanke om nytt coronavirus. Håndtering av prøvemateriale i laboratoriet bør skje ved minst inneslutningsnivå 2. Når man tar prøver av pasienten anbefaler Folkehelseinstituttet at det tas to sett med luftveisprøver (for eksempel to sett av nasopharynkssekret og av bronkealskyllevæske). Det ene settet analyseres lokalt for vanlige luftveisagens, samtidig sendes det andre settet til avdeling for virologi ved FHI til analyse for spesifikk coronavirus PCR. Transport kan foregå som biologisk stoff kategori B.

Varsling av mistenkt tilfelle

Helsepersonell som mistenker eller påviser et slikt tilfelle skal etter Forskrift om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse (IHR-forskriften) umiddelbart varsle kommuneoverlegen. Dersom det ikke er mulig å få varslet kommuneoverlegen, skal Folkehelseinstituttet varsles direkte. Kommuneoverlegen skal varsle fylkesmannen og Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttet varsles ved å ringe den døgnåpne Smittevernvakta, tlf. 21 07 63 48.

Det europeiske smittevernssenteret ECDC har utgitt en ny risikovurdering datert 19.2.2013 (se lenke nedenfor)

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=101406>

Relaterte lenker (se: www.fhi.no)

- Rapid Risk Assessment: Severe respiratory disease associated with a novel coronavirus (ECDC 19.2.2013)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2013 – 28

Stikkord: Coronavirus.

Ny nettportal på www.helseregistre.no:

Hva er et helseregister og hvorfor har vi helseregistre?

Publisert 19.02.2013, oppdatert: 19.02.2013, 16:01

Som et av tiltakene i Nasjonalt helseregisterprosjekt (NHRP), er det nå utviklet en felles nettportal for helseregistre - www.helseregistre.no. Her er oversikten over alle sentrale helseregistre og nasjonale medisinske kvalitetsregistre med lenke til det enkelte register.

Videre er det informasjon om helseregisterprosjektet, noen gode eksempler på hva de ulike registrene har ført til av nyttig kunnskap, de ulike publikasjonene tilknyttet prosjektet samt oversikt over nyheter og aktiviteter.

Vi deler de inn i to typer registre: Sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre.

Sentrale helseregistre

De sentrale helseregistrene er landsdekkende og det er meldeplikt til dem. Eksempler på sentrale helseregistre er Vaksinasjonsregisteret (SYSVAK), Hjerte- og karregisteret, Kreftregisteret og Norsk pasientregister (NPR).

De sentrale registrene brukes i første rekke til helseovervåking i form av helsestatistikk og beredskap, kvalitetsforbedring av helse-tjenester, forskning, administrasjon og styring.

Medisinske kvalitetsregistre

Medisinske kvalitetsregistre er opprettet for å kvalitetssikre behandling, men de brukes også til forskning, kartlegging av sykdomsforekomst og behandling av pasienter. Det finnes om lag 200 medisinske kvalitetsregistre, hvorav 33 som har offisiell status som nasjonale (per desember 2012). Eksempler på slike registre er Norsk diabetesregister for voksne, Nasjonalt register for leddproteser og Cerebralpareseregisteret,

Norge Personvern har et strengt lovverk som regulerer helseregistre. Helseregisterloven sikrer at hensynet til personvernet veier tungt når sensitive helseopplysninger skal samles inn, behandles og lagres, og dette hensynet er også nedfelt i lovens formålsparagraf.

Bedre helse for alle

Gode helseregistre skal gjøre det mulig fortløpende å følge med på helsetilstanden i befolkningen. Ved hjelp av oppdaterte registre skal man blant annet raskt kunne oppdage og oppklare utbrudd av smittsomme sykdommer. Helseregistrene skal også kunne fortelle om unormale opphopninger av sykdommer og skader, for eksempel multippel sklerose eller medfødte misdannelser.

Gode helseregistre skal bidra til å følge med på om det er forskjeller i kvalitet mellom behandlingsmetoder, og forskjeller i behandlingsresultat mellom sykehus. Slik kunnskap er nødvendig for å kunne sette i verk tiltak for å forbedre kvaliteten.

Helseregistrene skal også gi bedre kunnskap for å dimensjonere helsetjenestene, prioritere mellom pasientgrupper og sikre et likeverdig tilbud til alle. Videre skal helseregistrene gi informasjon om pasientforløp, og understøtte samhandlingen mellom de ulike tjenestenivåene.

Gode helseregistre er avgjørende for å få pålitelig kunnskap om blant annet konsekvenser av behandling, vaksiner og antibiotikaresistens. Videre gir helseregistre nye og unike muligheter til å forske på årsaker til sykdom. Slik skal helseregistrene gi kunnskap som er nødvendig for å finne gode forebyggende tiltak og nye behandlingsmetoder.

Her finner du portalen: www.helseregistre.no (se: www.fhi.no)

Gode helseregistre - bedre helse

- Om helseregistre
- Personvern
- Eksempler
- Helseregisterprosjektet
- Publikasjoner

Nasjonale kvalitetsregistre

- Cerebralpareseregisteret i Norge (CPRN)
- Nasjonalt hoftebruddregister
- Nasjonalt korsbåndregister
- Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi
- Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes
- Nasjonalt register for arvelige og medfødte nevromuskulære sykdommer
- Nasjonalt register for hidradenitt (Har ikke egen landingsside enda)
- Nasjonalt register for HIV (Har ikke egen landingsside enda)
- Nasjonalt register for invasiv kardiologi
- Nasjonalt register for kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)
- Nasjonalt register for langtids mekanisk ventilasjon
- Nasjonalt register for leddproteser
- Nasjonalt register for organspesifikke autoimmune sykdommer (har ikke egen landingsside enda)
- Nasjonalt register for prostatakreft (NPPC)
- Nasjonalt register for tykk- og endetarmskreft
- Nasjonalt traumeregister
- Norsk diabetesregister for voksne
- Norsk ERCP-register (Gastronet)
- Norsk gynekologisk endoskopiregister (Har ikke egen landingsside enda)

- Norsk hjerneslagregister
- Norsk hjerteinfarktregister
- Norsk hjertesviktregister
- Norsk intensivregister
- Norsk Karkirurgisk register - NORKAR
- Norsk kvalitetsregister for leppe- kjeve- ganespalte
- Norsk MS Register og biobank
- Norsk nakke- og ryggregister (Har ikke egen landingsside enda)
- Norsk nefrologiregister (har ikke egen landingsside enda)
- Norsk nyfødmedisinsk kvalitetsregister
- Norsk porfyriregister
- Norsk register for døvblinde
- Norsk spinalskaderegister (Har ikke egen landingsside enda)
- Nyrebiopsiregisteret (Har ikke egen landingsside enda)

Sentrale helseregistre

- Det sentrale tuberkuloseregisteret
- Dødsårsaksregisteret
- Forsvarets helseregister (Har ikke egen nettside, kontakt Forsvarets sanitet)
- Hjerte- og karregisteret (HKR)
- Kreftregisteret (med underliggende nasjonale kvalitetsregistre)
- Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS)
- Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK)
- Norsk medisinsk fødselsregister
- Norsk overvåkningssystem for antibiotikaresistens hos mikrober (NORM)
- Norsk overvåkningssystem for infeksjoner i sykehustjenesten (NOIS)
- Norsk pasientregister (NPR)
- Pseudonymt register for pleie- og omsorgssektoren (IPLoS)
- Register for svangerskapsavbrudd (Abortregisteret)
- Reseptbasert legemiddelregister (Reseptregisteret)
- Reseptformidleren (sentral database i eResept)

Sekretariat for Nasjonalt helseregisterprosjekter

Postboks 4404 Nydalen, 0403 Oslo, Tlf: 21 07 70 00
Kontaktinfo:

Direktør Camilla Stoltenberg, Seniorrådgiver Elisabeth Hagen,
Seniorrådgiver Cathrine Dahl

Kontaktinfo nettsiden (nrhp.no): Torunn Gjerustad

Referansekode i 'Helserådet': HST 2013 -6

Stikkord: Helseregister.

Ny FN-rapport om hormonforstyrrende kjemikalier

Publisert 19.02.2013, oppdatert: 19.02.2013, 13:49

En internasjonal forskergruppe har i en omfattende rapport uttrykt stor bekymring for effekten av hormonforstyrrende stoffer. Dette er stoffer som både mennesker og dyr utsettes for i stadig økende grad. Rapporten er skrevet på oppdrag av FNs miljøprogram og Verdens helseorganisasjon og ble offentliggjort 19. februar i Nairobi.

Forskningssjef Georg Becher ved Folkehelseinstituttets Avdeling for miljøgifter – kilder og risiko, har bidratt til den snaut 300 sider lange rapporten med sin kompetanse om menneskers eksponering for miljøgifter.

- Rapporten fremhever betydningen av det forsknings- og overvåkingsarbeidet som utføres ved Folkehelseinstituttet for å øke kunnskapen om hvordan og i hvilken grad den norske befolkning eksponeres for skadelige stoffer, sier Becher.



Foto: FHI

Hormonforstyrrende stoffer finnes spredt overalt i miljøet. Mennesker kan få i seg stoffene gjennom luft, vann, mat og støv. Rapporten retter søkelyset på sammenhengen mellom eksponering for hormonforstyrrende stoffer og en rekke sykdommer som bryst- og testikkelkreft, type 2 diabetes, fedme, ADHD og andre effekter på nervesystemet. Dette er sykdommer med økende forekomst i mange vestlige land.

Rapporten peker til slutt på behovet for økt kunnskap om sammenhengen mellom inntak og effekt av hormonforstyrrende stoffer og behovet for å utvikle egnede testmetoder som kan avsløre disse stoffene både i miljøet og i produkter. Denne utviklingen må skje gjennom mer forskning og bedre samarbeid mellom forskningsmiljøene.

Referanse

State of the Science of Endocrine Disrupting Chemicals 2012 - United Nations Environment Programme (UNEP) and World Health Organization (WHO).

Her finnes også en oppsummering av rapporten for beslutningstakere.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=101385>

Relaterte sider (se: www.fhi.no)

- New UN report on hormone-disrupting chemicals

Relaterte lenker (se: www.fhi.no)

- State of the science of endocrine disrupting chemicals - 2012

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2013 - 3

Stikkord: Hormonhermere. Miljøgift.

Sammenheng mellom koffein og for lav fødselsvekt

Publisert 19.02.2013, oppdatert: 19.02.2013, 12:42

Gravide med høyt inntak av koffein har større risiko for å få barn med for lav fødselsvekt, uten at svangerskapet varer kortere. Dette er konklusjonen i en fersk studie fra den norske Mor og barnundersøkelsen (MoBa).

Helsemyndighetene anbefaler ikke mer koffein enn tilsvarende cirka tre kopper kaffe daglig. I denne studien var også mindre mengder koffein assosiert med risiko for lavere vekt hos den nyfødte.

Gravide som drakk mer enn anbefalt grense på tre kopper daglig hadde 27-62% økt risiko for at barnet var lite i forhold til svangerskapslengde. Risikoen for prematur fødsel var ikke større med økende inntak av koffein. Derimot fant man en svak tendens til lengre svangerskap ved inntak av kaffe.

Over 59 000 deltakere i MoBa deltok i denne undersøkelsen. Svangerskap som var kompliserte med for eksempel svangerskapsforgiftning, kronisk sykdom hos mor eller diabetes i svangerskapet var ikke med.

Koffein overføres til fosteret, som sammenlignet med mor har mindre kapasitet til å bryte ned koffein. Kaffe er den viktigste kilden til koffein med te som en god nummer to. I arbeidet ble også koffein fra andre kilder som brus og sjokolade tatt med. Oppgitt inntak av kaffe gikk betydelig ned i svangerskapet, men 10 % drakk mer kaffe enn anbefalt.

Røyking hemmer fosterveksten, og kvinner som røyker i svangerskapet, drikker også mer kaffe. Analysene tok hensyn til røyking og andre forhold som kan virke inn på inntak av koffein og fødselsvekt. Også blant ikke-røykere var det en klar sammenheng mellom inntak av koffein og fødselsvekt. Dette er den største studien hittil som har undersøkt sammenhengen mellom koffein, fødselsvekt og svangerskapslengde.

Fødselsvekt kan ha betydning for helsen til barnet både på kort sikt og i et livsperspektiv. Forskergruppen håper å kunne undersøke om det er koffein direkte som påvirker fosterveksten, og om sykkelighet hos veksthemmede nyfødte kan kobles til koffeininntak. Studien gir ikke svar på hvorfor koffein eventuelt hemmer fosterveksten.

Artikkelen er publisert i tidsskriftet BMC Medicine.

Referanse

Maternal caffeine intake during pregnancy is associated with birth weight but not with gestational length: results from a large prospective observational cohort study, Verena Sengpiel, Elisabeth Elind, Jonas Bacelis, Staffan Nilsson, Jakob Grove, Ronny Myhre, Margaretha Haugen, Helle M Meltzer, Jan Alexander, Bo Jacobsson and Anne-Lise Brantsæter, 2013 BMC Medicine (Open Access)

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=101320>

Relaterte sider (se: www.fhi.no)

- Caffeine is linked to low birth weight

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2013 – 10

Stikkord: Dysmaturitet. Fødselsvekt. Koffein.

Levealderen gjennom 165 år

Publisert 19.02.2013, oppdatert: 19.02.2013, 09:40

Først kom nedgangen i spedbarnsdødeligheten, så kom nedgangen i dødeligheten av hjerte- og karsykdommer. Begge deler

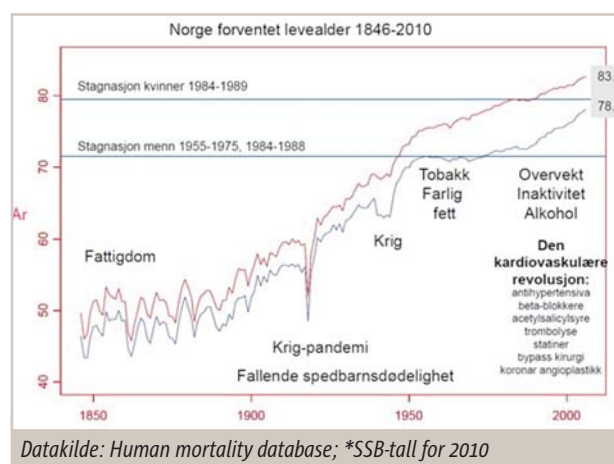
ga en dramatisk forbedring i forventet levealder, viser en rapport fra Folkehelseinstituttet. Nå er spørsmålet om økningen hadde vært enda større hvis ingen hadde røykt og spist helsefarlig fett.

- Vi har sett en formidabel utvikling når det gjelder forventet levealder i Norge, sier professor Stein Emil Vollset som har analysert dødsårsaker og utvikling i levealder. Levealderen har økt med om lag 30 år i tiden fra 1900 fram til i dag.

Med «levealderen» menes forventet levealder ved fødselen.

Først og fremst har Vollset og mange medarbeidere ved Folkehelseinstituttet og andre forskningsinstitusjoner studert perioden etter 1951 da vi fikk Dødsårsaksregisteret. En gruppe på 30 forskere har vært i sving. I tillegg har de sett levealderen i årene mellom 1850 og 1950. I alt har de analysert en periode over 165 år.

Vollset peker på to viktige faktorer som har ført til økt levealder i de siste 165 årene; redusert spedbarnsdødelighet og redusert dødelighet av hjerte- og karsykdommer.



Også de generelle leveforholdene har stor betydning for folks helse. Den reduserte spedbarnsdødeligheten på begynnelsen av 1900-tallet er en følge av generell samfunnsutvikling med industrialisering og økende levestandard. Folk døde ikke like lett som tidligere av tuberkulose og andre dødelige infeksjoner.

"Epidemi" av hjerteinfarkt

Midt på 1950-tallet stoppet økningen i den gjennomsnittlige levealderen opp blant menn. Dødsårsaksregisteret viser at i de 20 årene fra 1951 til 1970 tok hjerteinfarkt og andre hjerte- og karsykdommer i økende grad livet av menn før de fylte 70 år.

- Vi tror årsaken var røyking og mye helsefarlig fett i kosten. Kanskje var det spesielt kombinasjonen av farlig fett og sigarett-røyking som var en dødelig mikstur, sier Vollset. I tillegg til høyere inntak av mettet fett var det mye transfettsyrer i margarin, noe som er praktisk talt fjernet i dag. Kunstige transfettsyrer ble dannet når man herdet matoljer under høyt trykk for å produsere margarin.

På andre halvdel av 1980-tallet hadde tobakksepidemien også nådd kvinnene for fullt, samtidig som det fortsatt var mye helsefarlig fett i kostholdet.

Nye behandlingsmuligheter

"Epidemien" av hjerteinfarkt som rammet hele den vestlige verden, stimulerte også utviklingen av nye medikamenter og ny teknologi for å behandle hjerteinfarkt og propper i blodårene. Samtidig med at fettene i kosten ble sunnere og mange stumpe røyken, ble behandlingen mer effektiv for de som utviklet en hjerte- og karsykdom, særlig de siste 20 årene. Dette omtales gjerne som den kardiovaskulære revolusjonen.

I dag er dødsfall som følge av hjerteinfarkt noe som først og fremst rammer den eldre delen av befolkningen.

Overvekt bremser utviklingen?

- Hvor stor del av økningen i levealder de seinere årene kan tilskrives endringer i kosthold og røykevaner, og hvor stor del kan tilskrives bedre behandling?

- Vi har ikke beregninger for Norge. Tall fra USA viser at i perioden 1980-2000 kunne halvparten av nedgangen i hjerte- og karsykdommer tilskrives framskritt i helsetjenesten og den andre halvparten kan tilskrives bedring i risikofaktorer som røyking, blodtrykk og kolesterol.

Norge er i dag blant de land i verden som har høyest levealder, men vi har tapt den ledende posisjonen vi hadde på 1950-tallet.

- Ville levealderen vært høyere hvis vi hadde holdt vekta?

- Overvektsepidemien gjør at levealder-beregningene blir vanskeligere. Trolig har økt kroppsvekt, mer inaktivitet og økt forekomst av type 2 diabetes bremset den gunstige utviklingen i levealder.

- Det betyr at det er muligheter for fortsatt økning i gjennomsnittlig levealder?

- Hittil har de store endringene skjedd i aldersgruppene under 70 år. Jeg tror vi nå står foran en tid der vi vil se fortsatt økning i levealder, men nå som en følge av redusert dødelighet i de eldste aldersgruppene, sier Vollset.

Kvinner lever fortsatt lengre enn menn

Kvinner lever i gjennomsnitt lengre enn menn. På begynnelsen av 1900-tallet var forskjellen om lag den samme fra år til år. Før 1940 levde kvinner i gjennomsnitt vel tre år lengre enn menn. Etter 1950, da hjerte- og karsykdommer økte spesielt hos menn, ble forskjellen større. 1986 var toppåret med en forskjell på 6,9 år. De siste årene har mennene begynt å hale innpå, og forskjellen er nå vel fire år.

- Bortsett fra at mange menn døde under andre verdenskrig 1940-1945 - hva er det som først og fremst har ført til at forskjellen mellom menns og kvinners levealder har variert såpass mye?

- Den viktigste negative faktoren for menns levealder i forhold til kvinner er åpenbart tobakksrøykingen. Dette har hatt betydning både for kreft og hjerte- og karsykdommer, sier Vollset

30 forskere bak omfattende rapport

Over 30 forskere ved Folkehelseinstituttet, universitetene og andre forskningsinstitusjoner har i FHI-rapport 2012:4 beskrevet dødsårsaker i Norge gjennom de siste 60 år. Rapporten viser utviklingen etter alder og kjønn fra 1951-2010 for 80 dødsårsaksgrupper definert i henhold til Eurostats kortliste og tilleggsgrupper.

Intervjuet med Vollset tar utgangspunkt i kapittel 1 "Forventet levealder i Norge 1846-2010, og store dødsårsaksgrupper 1951-2010". Kapitlet beskriver de store linjene i dødelighetsutviklingen.

Rapporten inneholder også en oversikt over utvikling og endringer i kodepraksis i Dødsårsaksregisteret. I perioden har for eksempel fem revisjoner av International Classification of Diseases (ICD; ICD-6 til ICD-10) vært i bruk. For de 80 dødsårsaksgruppene er det definert bro-koding gjennom de forskjellige revisjonene av ICD.

- Dødelighet og dødsårsaker i Norge gjennom 60 år 1951-2010 - FHI-rapport 2012:4

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=101256>

Referansekode i 'Helserådet': HST 2013 – 7

Stikkord: Levealder. Forventet levealder. Dødelighet.

Ny studie

Lavere risiko for autisme med folsyretilskudd i graviditeten

Publisert 12.02.2013, oppdatert: 14.02.2013, 16:21

Kvinner som tok folsyretilskudd ved begynnelsen av svangerskapet, hadde nesten halvert risiko for å få et barn med autisme. Å starte med folsyretilskudd senere i graviditeten reduserte ikke risikoen. Det viser resultater i en omfattende studie fra Folkehelseinstituttets Den norske mor og barn-undersøkelsen (MoBa) og Autismestudien (ABC-studien). Studien er nylig publisert i The Journal of The American Medical Association (JAMA).

Kvinner som tok folsyretilskudd fra fire uker før til åtte uker etter starten av svangerskapet, hadde 40 prosent lavere risiko for å føde barn med barneautisme (klassisk autisme). Dette er den mest alvorlige formen for autisme. Bruk av folsyretilskudd midtveis i graviditeten (i uke 22) påvirket ikke denne, viser resultatene.

Funnene gjelder lavere risiko kun for barneautisme (klassisk autisme). Resultatene viser ingen redusert risiko for atypisk eller uspesifikk autisme. Studien undersøkte også forekomsten av Aspergers syndrom, som er en autismediagnose. Antall undersøkte barn var imidlertid for lavt til å gi et sikkert resultat.

- Fakta om autisme (se: www.fhi.no)

Mat og andre kosttilskudd reduserte ikke risikoen

Forskerne fant ingen sammenheng mellom barneautisme og inntak av andre typer kosttilskudd hos mor i svangerskapet. De fant heller ingen sammenheng med mors inntak av folat gjennom maten.

- Det ser ut til at redusert risiko for barneautisme kun har sammenheng med folsyretilskudd, ikke mat eller andre kosttilskudd, og at det avgjørende tidsintervallet er fra fire uker før til åtte uker etter starten av svangerskapet, sier Pål Surén, lege og doktorgradstipendiat på Folkehelseinstituttet.

Klare funn som viser vei for videre forskning

Faktaboks:

- Folsyre er et B-vitamin som er nødvendig for oppbygging og reparasjon av DNA-molekyler, det vil si genmaterialet som styrer alle kroppens celler.
- Folat er den naturlige forekommende varianten av folsyre, og finnes i bladgrønnsaker, erter, linser, bønner, egg, gjær og lever.
- For de fleste gravide er folsyretilskudd nødvendig for å komme opp på anbefalt nivå av folat i blodet.
- I noen land tilsettes folsyre til mel, slik at hele befolkningen får ekstra tilskudd, men dette gjøres ikke i Norge.
- Studier fra andre land viser at mange gravide får i seg mindre folat gjennom kosten enn det som er nødvendig for å forebygge neuralrørsdefekter.

Resultatene viser en sammenheng mellom bruk av folsyretilskudd

hos mor i svangerskapet og redusert risiko for barneautisme.

- Studien beviser imidlertid ikke at folsyretilskudd kan forebygge barneautisme. Funnene er likevel så klare at de utgjør et godt argument for å undersøke mulige årsaksmekanismer nærmere. Det bør også kartlegges om folsyre kan ha sammenheng med redusert risiko for andre hjernesykdommer hos barn, påpeker Surén.

Understreker betydning av folsyretilskudd

Resultatene støtter opp under Helsedirektoratets anbefalinger om folsyretilskudd i forbindelse med svangerskap, og understreker at det er viktig å begynne tidlig – helst før svangerskapet starter.

Metode

Den aktuelle studien inkluderte MoBa-deltakere født i 2002-2008, og omfattet totalt 85 176 barn. Mødrene hadde gitt detaljerte opplysninger om kosthold og bruk av kosttilskudd tidlig i svangerskapet. Barn med autismsdiagnoser i MoBa ble identifisert gjennom spørreskjemaer, gjennom henvisninger fra foreldre og helsevesenet og gjennom koblinger til Norsk pasientregister.

Da analysene ble gjort, var det identifisert totalt 270 barn med autismsdiagnoser i studiepopulasjonen. Av disse barna hadde 114 barneautisme, 56 Aspergers syndrom og 100 atypisk eller uspesifisert autisme.

Bruken av folsyretilskudd i tidlig graviditet økte kraftig fra 2002 til 2008 blant kvinner som deltok i MoBa. I 2002 brukte 43 prosent av mødrene folsyretilskudd, mens prosentandelen hadde steget til 85 prosent i 2008. Mange begynte imidlertid senere enn det som er ønskelig; knapt halvparten av kvinner som tok folsyretilskudd hadde begynt før svangerskapet startet.

Se og hør forskeren, Pål Surén svare på ulike spørsmål: (se: www.fhi.no)

Formålet med studien:

Hvordan foregikk studien og hva så dere etter?

Resultat fra studien:

Budskapet til gravide kvinner:

Alle videoene er tatt opp av The Journal of The American Medical Association (JAMA).

Om studien

ABC-studien (Autismestudien) utføres av Folkehelseinstituttet i samarbeid med Columbia University i New York og National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) i Bethesda i USA. Studien drives med midler fra NINDS. I tillegg er det bevilget midler til forskningsanalyser fra Norges forskningsråd. MoBa drives av Folkehelseinstituttet.

Folsyretilskudd beskytter fosterets hjerne og ryggmarg

Helsedirektoratet anbefaler kvinner som planlegger å bli gravide å ta folsyretilskudd fra én måned før og i de første tre månedene av svangerskapet. Anbefalingen er bygget på forskning som viser at bruk av folsyretilskudd tidlig i svangerskapet beskytter fosteret mot ryggmargsbrokk og andre nevrالرrørsdefekter.

I de senere årene har forskere begynt å undersøke om folsyretilskudd også kan ha andre gunstige effekter på utviklingen av hjerne og ryggmarg hos fosteret. En studie fra MoBa viste at mødre som tok folsyretilskudd tidlig i graviditeten hadde halvert risiko for å få barn med alvorlig språkforsinkelse ved treårsalder.

En studie av autismspekterforstyrrelser fra California fant lavere risiko for autisme hos barn til mødre som i svangerskapet hadde tatt multivitamintilskudd som inneholdt folsyre.

Forfatterne av artikkelen er: Pål Surén, Christine Roth, Michaeline Bresnahan, Margaretha Haugen, Mady Hornig, Deborah Hirtz, Kari Kveim Lie, W. Ian Lipkin, Per Magnus, Ted Reichborn-Kjennerud, Synnve Schjølberg, George Davey Smith, Anne-Siri Øyen, Ezra Susser og Camilla Stoltenberg.

Referanse

Surén P, Roth C, Bresnahan M, et al. Association between maternal use of folic acid supplements and risk of autism in children. JAMA2013; 309(6): 570-577.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=101286>

Relaterte sider (se: www.fhi.no)

- Autisme-studien - Autism Birth Cohort - ABC
- Lower autism risk with folic acid supplements in pregnancy

Relaterte lenker (se: www.fhi.no)

- Association Between Maternal Use of Folic Acid Supplements and Risk of Autism Spectrum Disorders in Children (JAMA)
- JAMA Video (intervju med Pål Surén)

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2013 -11

Stikkord: Folsyre. Autisme.

Statistikk 2012:

Økning i salg av legemidler utenom apotek

Publisert 12.02.2013, oppdatert: 12.02.2013, 12:39

Salg av reseptfrie legemidler utenom apotek hadde en svak økning i 2012, viser tall fra Folkehelseinstituttet. Årsaken er økt salg av røykeavenningsmidler og midler mot allergi. Det var ingen økning i salget av reseptfrie smertestillende legemidler, verken i dagligvarehandelen eller i apotek.

Smertestillende midler

Salg av reseptfrie pakninger av paracetamol gikk opp med én prosent målt i definerte døgndoser (DDD). Dette tilsvarer at hver innbygger kjøpte 35 tablett i 2012. Andelen reseptfritt salg i dagligvarehandelen har i flere år vært stabilt rundt 50 prosent.

Totalsalget av paracetamol (reseptpliktige og reseptfrie pakninger) øker fortsatt gradvis. Økningen skyldes salg av store pakninger etter resept fra lege. Dette salget økte med nær ti prosent i 2012, mens reseptfritt salg har vært stabilt over flere år. Andelen som selges reseptfritt gikk ned fra 47 prosent i 2011 til 45 prosent i 2012.

Salget av reseptfrie pakninger med ibuprofen gikk ned med tre prosent i 2012 sammenlignet med 2011. Dagligvarehandelen stod for 39 prosent av dette salget. Også salg av reseptbelagte pakninger gikk ned i 2012, og totalsalget av ibuprofen gikk ned med 1,5 prosent. Andelen som selges reseptfritt var 55 prosent av totalsalget.

Røykeavenningsmidler med nikotin

Salget av røykeavenningsmidler (for eksempel nikotintyggegummi) økte med sju prosent i 2012. Apotekene har hatt den største andelen av dette markedet siden det ble åpnet for salg utenom apotek, men dagligvarehandelens andel øker gradvis og var 35 prosent i 2012.

Midler mot allergi

I 2012 var det en økning i salg av reseptfrie pakninger med cetirizin (antihistamin) med 18 prosent sammenlignet med 2011. Andelen solgt i dagligvarehandelen økte fra ti prosent til 19 prosent. Årsaken er at det nå også selges større pakninger med 21 tabletter utenom apotek. Tidligere ble bare pakninger med sju tabletter solgt.

Nesespray ved tett nese

Salg av nesesprayer (oksymetazolin og xylometazolin) økte totalt sett i 2012. Nesesprayene skal brukes i korte perioder ved forkjølelse, men brukes også ved pollenallergi.

Nødprevensjon

Totalt ble det solgt 157 000 doser nødprevensjon i 2012, hvorav 7 700 (fem prosent) i dagligvare. Salg av nødprevensjon er uforandret sammenlignet med 2011. Salg av nødprevensjon ble tillatt utenom apotek i januar 2009. Økt tilgjengelighet av nødprevensjon har ikke medført en økning i forbruket.

Andre legemidler

Slimløsende hostesaft og reisesyketabletter selges i dagligvarehandelen, men andelen er fortsatt lav (se tabell). I tillegg selges det et lite volum av andre legemidler, blant annet midler mot halsbrann/sure oppstøt og mot diaré.

De mest solgte legemidlene i dagligvarehandelen

Tabellen nedenfor viser totalt salg i 2012 målt i doser (DDD), og endring i forhold til 2011. Tabellen gir en oversikt over de mest solgte legemidlene utenom apotek, og viser at andelen som selges i dagligvare har økt fra 46 prosent i 2011 til 48 prosent i 2012.

Virkestoff (ATC kode)	Bruksområde	Totalt reseptfritt salg i apotek og dagligvare i 2012 angitt i DDD/1000 innb/døgn	Prosentvis endring i salg (DDD) i forhold til 2011	Andel i dagligvare	
				2011	2012
Ibuprofen (M01AE01)	Smerter	10,6	-3 %	38 %	39 %
Paracetamol (N02BE01)	Smerter	16,0	1 %	50 %	50 %
Nikotin (N07BA01)	Røykeavvenning	5,6	7 %	31 %	35 %
Oksymetazolin (R01AA05)	Nesetetthet ved forkjølelse	1,4	-2 %	Selges kun i apotek	
Xylometazolin (R01AA07)	Nesetetthet ved forkjølelse	29,3	7 %	61 %	62 %
Kombinasjoner (R05CA10)	Slimløsende hostesaft	1,4	-5 %	13 %	18 %
Meklozin (R06AE05)	Reisesyke	0,7	-4 %	18 %	15 %
Cetirizin (R06AE07)	Allergimedisin	5,6	18 %	10 %	19 %
Sum		70,4	4 %	46 %	48 %

Tabell: Salg av de mest solgte reseptfrie legemidlene i dagligvarehandelen i 2012 og andel (prosent) i dagligvare i 2011 og 2012. Prosentvis endring i antall solgte doser (DDD) i forhold til 2011.

Kilde: Grossistbasert legemiddelstatistikk

Om legemidler som kan selges i dagligvarehandelen

- Nesespray og smertestillende legemidler inngår i sortimentet som skal være tilgjengelig ved alle utsalgssteder (butikk, kiosk, bensinstasjon osv.), men ellers kan utvalget variere.
- Det er i hovedsak merkevarerne Ibux (ibuprofen), Paracet (paracetamol) og Otrivin (xylometazolin, nesespray) som selges i dagligvarehandelen. Zyrtec (cetirizin) er det eneste antihistaminet som selges i dagligvarehandelen.
- Statens legemiddelverk bestemmer hvilke legemidler som kan selges utenom apotek og utvalget revideres årlig.
- Mange av legemidlene som Statens legemiddelverk har bestemt kan selges utenom apotek, er ikke tatt inn i vareutvalget av dagligvarekjedene.
- Prissetting av reseptfrie legemidler er fri, og basert på grossistenes rapportering er det derfor ikke mulig å si noe om pris utviklingen.

Referansekode i 'Helsrådet': HTJ 2013 – 8

Stikkord: Legemidler. Reseptfrie legemidler.