



Postboks 7004, St. Olavs plass
0130 Oslo

HELSE RÅDET

R A P P O R T

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

21/12

16. november 2012
20. årgang

ISSN 0806 - 7457

Nå også med nytt fra
Folkehelseinstituttet!

HVA ER FORSVARLIG DRIFT AV FASTLEGEVIRKSOMHETEN?

Red.: Det har de siste ukene vært en debatt på *kompass* som har reist spørsmål om forsvarlighet i fastlegevirksomheten, men også hva kommunenes styring av fastlegene egentlig går ut på. Etter hvert dreier diskusjonen mer i retning av fastlønsordning vs. stykkprisordning for fastlegene.

Trond Brattland, kommuneoverlege i Tromsø:

Det har vært mye snakk om kommunenes styring av fastlegene de siste årene. Og det har nå kommet ny forskrift. Men det vi hos oss sitter og lurert på, er hvilken styring er det egentlig snakk om?

I henhold til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester har vi ansvar for at de som bor og oppholder seg, får nødvendige helsetjenester. Og vi skal tilby fastlegeordning. Og alle tjenester etter denne loven skal være forsvarlige.

Men er det *kommunens* ansvar å sikre at fastlegetjenestene som tilbys beboerne i kommunen, er forsvarlige? Og hva er forsvarlig drift av *fastlegeordningen*?

Til det siste hører opplagt med å sikre god nok kapasitet, å gjøre gode ansettelsel og en del slike prosesskrav. Men hvilke tiltak må kommunen gjøre for å sikre at det fastlegene gjør, er forsvarlig?

Vi har ingen rett å gå inn i enkeltpasientsaker, og kan ikke drive tilsyn med fastlegene på den måten.

Å måle kvaliteten på fastlegene er ikke lett. Det er mange forhold i fastlegenes arbeid som kan måles, men å fastslå hva som er god kvalitet, er ikke så lett. Hvor stor (eller liten) henvisningsfrekvens er den riktige? Eller hvor mye B-preparater kan man få forskrive før det blir uforsvarlig? Dette finnes det ikke fasitsvar på.

Skal vi kreve at de har internkontrollen oppe og går? Dette virker litt passivt i forhold til de store vyer om styring av fastlegene som har vært i debatten. Og det er litt rart å skulle sjekke internkontrollen til fastlegene når jeg vet at vi ikke her er helt skarpskodde på dette feltet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten for øvrig.

Vi har privatisert fastlegearbeidet. Dersom vi privatiserer sykehjemsdriften, vet vi akkurat hva vi forventer av leverandøren og kan måle dette. Men det er fryktelig vanskelig å måle om fastlegene gjør jobben sin.

Og vi er jo bare delfinansør. Helfo finansierer fastlegene mer enn oss, og fastlegenes prioriteringer blir jo styrt av takster og takstforhandlinger.

Den nye forskriften har krav om responstid på telefon og ventetid på time, men dette er jo småting i forhold til den styringen man har snakket om der man ønsker å sikre at fastlegene bruker sin tid på de som trenger det mest.

Så hva blir da egentlig forsvarlig drift av fastlegeordningen? Takknemlig for gode innspill.

Dag-Helge Rønnevik, kommuneoverlege i Karmøy:

Veldig bra innspill, Trond! Jeg skriver meg på listen som støtter innlegget og deler dine synspunkter og spørsmål. Har noen innspill:

1) Er det ikke i ny forskrift lagt mer til rette for at kommunen kan be om statistikk fra EPJ-systemene, f.eks. i arbeidet med å utarbeide oversikt over helsetilstanden i befolkningen, jmf Folkehelsesloven §5? I § 29 **Krav til rapportering** ligger det vel noen muligheter? "Staten, eller kommunen i samarbeid med fastlegen, fastsetter hvilke data som skal avgis". Om man i ALU (allmennlegeutvalget) via LSU (lokalt samarbeidsutvalg) blir enig om at f.eks. alle legekontorer skal hente ut statistikk om bruk av tolk, dersom man ønsker å se om dette blir ivaretatt godt nok (dårlig eksempel kanskje...). Eller antall pasienter med KOLS-diagnose sammenliknet med antall spirometrier gjennomført på det enkelte legekantor og antall takster brukt for røykeslutt, sammenliknet med nasjonale tall - da kan man kanskje si noe om praksis og rette fokus på utvalgte områder? (Det forutsetter jo at teknologien i EPJ tillater dette, jeg vet ikke om så er tilfelle hos alle).

2) Skal/kan kommunen pålegge (huff, fryktelig negativt ord) fastlegene å gjennomføre årlige brukerundersøkelser?

3) Bør "noen" finansiere programmet Trinnvis for kvalitetskontroll, på linje med Noklus lab?

4) Noklus diabetesskjema er kanskje det eneste verktøyet vi har per i dag som kan måle kvaliteten på arbeidet en fastlege gjør? (men det er til bruk for den enkelte lege, for egen kvalitetssikring). Allikevel er det kun 200 av landets 4-5000 fastleger som bruker verktøyet. For dårlige takster?

5) Vi har et kommunalt legekantor i min kommune, med kommunalt ansatte leger på fastlønn. I første omgang tenker vi å gå foran som "godt eksempel" med ny webside med muligheter for timebestilling via nettsiden eller sms, ha gode vikarordninger osv. Her har kommunen mye større mulighet til å påvirke hvordan legekantoret jobber, enn ved de private legekantorene (åpenbart). Så selv om løsningen kanskje ikke (?) er å få alle leger over på fastlønn, er det i alle fall en mulighet at vi gjennom å drifte et kommunalt legekantor kan "eksperimentere" litt og kanskje på noen områder få med oss resten av fastlegekorpset.

Ivar Halvorsen, deltids overlege, Stavanger kommune:

Slik Trond Brattland skriver, så er det hverken mulig eller ønskelig at kommunene skal ta noen faglig styring over innholdet i fastlegetjenesten, inkludert å vurdere kvaliteten. Ansvarer må ligge hos utøverne. Men kommunene får en tydeligere plikt til å bidra på systembyggingssiden, slik jeg leser § 7. Nøkkelordet må være fasilitering, og ikke kontroll. *Styrking og ikke styring*, som Gisle Roksund pleier å si.

Det er tragisk at HOD så langt ikke vil bruke statlige midler på Senter for allmennmedisinsk kvalitet, SAK. Dette kunne vært en drivende kraft også for å understøtte kommunenes arbeid. HOD tror antakelig at kommunene er i stand til å løfte den allmennmedisinske kvaliteten alene. Eller at rapportering av nøkkeltall er det som virker. Hvem vet?

Dere som har ansvar, bør uansett lage lokale kvalitetsutvalg sammen med fastlegene, la dem selv få være sentrale premissleverandører for å velge innsatsfelt og lønne noen dedikerte leger med handlekraft og gjennomslag for å drive med dette. God implementering av kvalitetsrutiner krever eierskap. Styring og kontroll er i denne sammenhengen avlegs og kontraproduktivt.

Marit Rognerud, bydelsoverlege i Oslo:

Når man snakker om kvalitetsarbeid, synes jeg så alt for ofte at vi snakker om noe innenfor legekantorets fire vegger. Selvfølgelig er legetjenesten navet i primærhelsetjenesten, men det er jo andre yrkesutøvere også, og jeg synes de færreste reflekterer over primærhelsetjenesten per se og måten vi har organisert denne på i Norge (som faglige siloer som ikke kommuniserer med hverandre).

Vi kan gå ut fra mye brukte definisjoner på primærhelsetjenester (Starfield and Horder, 2007).

Primary Care definitions:

- integrated, accessible health care services by clinicians who are accountable for addressing a large majority of personal health care needs,
- are person-focused rather than disease-focused, provide a point of first contact for whatever people might consider a health or health care problem, and deliver comprehensive and coordinated care with continuity over time.

Og tar med IOMs mest essensielle kvalitetskriterier for primærhelsetjenesten (1978 & 1994):

- Accessible
- Comprehensive
- Coordinated
- Continuous
- Accountable

I vår bydel har det vært

- 8 fastlegekontor (med 31 fastleger)
- 2 store helsestasjoner + noe skolehelsetjeneste (19 helsesøsterårsverk),
- Et par fysioterapiinstitutter
- Mens de privatpraktiserende psykologene som har avtaler med Helse Sør-øst, har stort sett alle lokalisert seg i egne «høyborger» inne på Frogner/St. Hanshaugen.

Kommunikasjonen på tvers mellom disse tjenestene er høyst mangelfull. Og følgelig lider ofte både koordinering og kontinuiteten, og av og til dupliserer man tilbud og tjenester fordi man ikke vet hva andre gjør med de samme pasientene (sløsing med ressurser). Eksempel kan f.eks. være: Lege henviser kronisk smertepasient til varme og massasje etc hos fysioterapeut. Behandlingen virker ikke nevneverdig, men pasienten synes det er deilig og kommer tilbake til legen og ber om revisjon til flere behandlinger når hun/han har brukt opp revisjonen. Legen vet ikke hva ellers han kan tilby pasienten og skriver ny revisjon fordi legen ikke hører noe fra fysioterapeuten og tar seg heller ikke tid i en travel hverdag.

Tilsvarende mellom helsestasjon og fastlege som aktualiseres ytterligere nå etter hvert som helsesøstrene begynner å gå mer aktivt inn som behandlere av depresjon (etter EPDS-screening) som de også oftest gjør uten å snakke med pasientens fastlege. Jeg gjorde en spørreundersøkelse av fastlegene i vår bydel på siste allmennlegeråd om de hadde fått henvendelser fra helsesøstrene om småbarnsmødre med EPDS-score over 12 som i hht NICE guidelines skal utredes av lege. Ingen av våre leger hadde fått noen slike henvendelser til tross for at helsesøstrene nå har screenet med EPDS i ca ½ år og har oppdaget mange deprimerte småbarnsmødre.

Hvis jeg kunne organisert primærhelsetjenesten slik jeg ville i vår bydel, ville jeg opprettet 4 større helsesentre med 5-6 leger, et par helsesøstre, noen fysioterapeuter, et par psykologer, en psykiatrisk sykepleier, pluss en sosionom kanskje, som kunne samarbeide om å gi et bredere tilbud til den samme pasientpopulasjonen. Slik kunne de ulike yrkesgruppene utfylle hverandre og gi et tilgjengelig, omfattende og koordinert behandlingstilbud med kontinuitet over tid som de sto faglig ansvarlig for (og førte journal på). Kanskje kunne en slik primærhelsetjeneste gi et bedre tilbud til pasienter med f.eks. de vanligste sykdommene og plagene som er hovedårsakene til at så mange faller tidlig ut av arbeidslivet (angst og depresjon og kroniske smertetilstander) enn det fastlegene i dag gjør når de skal følge opp disse pasientene uten å ha noen andre rundt seg å spille på?

Det er mange andre land som organiserer primærhelsetjenesten i tverrfaglige sentra å la dette. Når f.eks. helsesøster skal følge opp deprimerte mødre med støttesamtaler, er det nok en fordel at hun både har pasientens fastlege (som kjenner mor og hennes tidligere sykehistorie og som også kan bidra med en bredere somatisk utredning) samt kanskje også en psykolog å støtte seg til faglig. Det er viktig å være klar over at forskningen som er gjort, og som har vist at slike tiltak kan være effektive, er gjort i slike tverrfaglige settinger som jeg her beskriver. Det er slett ikke sikkert at dette er programmer som funker like bra i et norsk «monofaglig silosystem».

Vi kan jo prøve å lappe på manglene i organisering med å etablere diverse IT-tekniske løsninger, men hovedproblemet, slik jeg ser det, er at organiseringen er uhensiktsmessig for å løse de fleste pasientene sine problemer. Vi har organisert primærhelsetjenesten rundt profesjonene (og profesjonskampene?) i stedet for å organisere oss slik at vi er til for pasientene og deres mer sammensatte helsemessige og sosiale problemer.

Jan Emil Kristoffersen, allmennlege Samhandling Ahus til **Marit Rognerud**:

Selv om dine forslag til organisering av primærhelsetjenesten ikke er uten utfordringer, er jeg hjertens enig med deg at det er i denne retningen vi må bevege oss. Men dette må være legestyrte virksomheter, ikke en kopi av de svenske vårdcentralene.

Pål Kippenes, tilbakevendende kommuneoverlege i Nes, Akershus:

Spennende refleksjoner fra Marit Rognerud. Dette minner jo ganske mye om Fredrik Mellbyes kongstanke og modell fra syttiårene i Oslo, med opprettelsen av helse- og sosialsentra og helhetlige tverrfaglige tjenester uten barrierer. Modellen ble etter hvert umoderne og senere forlatt. Noen av oss som fikk delta i denne organiseringen - med fast lønn og faste geografiske ansvarsområder (senere bydeler), fikk gode erfaringer i fagmiljøer der medisinsk kompetanse alltid var sentral, etterspurt og vektlagt. Det var bl.a. lettere å ta vare på sosialt svakstilte grupper. Fastlegen skal i dag være "nav" og koordinator for pasienter med sammensatte behov, men er fastlegen blitt for isolert? Ingen ønsker seg tilbake til gamle og ubrukelige modeller, men noen elementer fra tidligere tider var kanskje av verdi og kunne med fordel friskes opp i vår samhandlingstid.

Ivar Halvorsen:

Stavanger hadde 7 bydelslegekontor med fastlønn til 1998. Jeg var bydelsoverlege på ett av dem, og skrev saken om konvertering.

Det ble etter hvert veldig problematisk at andre i helse- og sosialtjenesten ville flytte «sine» pasienter til bydelslegene, noe mange av avtalelegene syntes var greit nok. Samarbeidet med legetjenesten generelt så ut til å bli dårligere av at legene fikk forskjellig profil. En legitimering av at andre leger kunne senke standarden på sin samhandling. Samtidig ble det tungt for de kommunale legene, over tid.

Vi var der Sagene prøver å komme, jeg vil ikke tilbake. Men jeg har tro på mer samlokalisering, og «legeledet» tverrfaglighet. Med det siste mener jeg at å gruppere andre faggrupper rundt legene gir en annen dynamikk enn å trekke fastlegene inn i noe som i utgangspunktet er kommunalt organisert.

Et eksempel:

Jeg hadde driveransvaret for å etablere den kommunale jordmortjenesten i Stavanger. Konfliktnivået var potensielt høyt, vi valgte å la jordmødrene ha sin base på helsestasjonene i hver bydel, men forholde seg til legene i bydelene, og deres gravide, uavhengig av den gravides adresse. Vi prioriterte altså samarbeid jordmor-lege foran helsestasjonens geografimodell. Kontakten ble raskt ganske bra, man møttes, frontene forsvant, og til slutt var det en av legene som foreslo å la den gravides adresse være bestemmende for hvilken jordmor man skulle gå til. Samarbeidet i dag er nesten ikke-eksisterende, men fortsatt uten konflikter. Vi ser hverandre aldri.

Einar Braaten, kommuneoverlege i Øvre Eiker og Nedre Eiker:

Dette synes jeg er spennende. Vi bør kunne dra med oss de gamle erfaringene og bruke dem til å inspirere oss til modeller som passer dagens utfordringer.

Men: Jeg tror også at flere av de dårlige erfaringene som ble gjort tidligere, ikke nødvendigvis trenger være negative i dag.

Jeg mener grunnlaget for en bedre primærhelsetjeneste må grunnlegges på en reell kapasitetsøkning både av fastleger og andre faggrupper kombinert med planer som avklarer nye arbeidsmetoder og systemer.

Bare økt kapasitet (= f.eks. flere fastleger) som skal jobbe som før, er bortkastede penger. Økt kapasitet MÅ planlegges – båndlegges, dvs. styres. Men utformes i samarbeid med de som skal utføre. Da kan vi ikke se på fastlegene isolert. Derfor er Marits forslag spennende!

Dag-Helge Rønnevik:

En ting jeg ikke finner gode svar på: Vi skal rekruttere nye fastleger og øke kapasiteten på fastlegesiden, ut fra en tanke at legene ikke kan makte å ta seg av like mange pasienter i framtiden som til nå, eldre befolkning, flere

administrative oppgaver, mer møtevirksomhet, flere sykebesøk osv. Men hvilke verktøy har vi for å få fastleger med lange lister til å trappe ned på listene sine?? Kan vi forvente at leger med lister på 2000 pasienter uten videre skal være "greie" og trappe ned til 1500 pasienter, for å gi plass til nye leger? For faktum er vel at

- * Maxgrensa for antall pasienter er ikke endret i ny fastlegeforskrift.
- * Det finnes ingen økonomiske ordninger for å kompensere leger som ønsker trappe ned – de må frivillig gi fra seg pasienter og inntekt.
- * Kommunen har lite å si når en lege med lang liste selger videre til ny lege som viderefører samme lange liste.

Kan en løsning være at fastlegegruppa blir enige i ALU om en lokal "norm" for fastlegene - f.eks. "i vår kommune skal ingen ha mer enn 1800 pasienter?" Kan et slikt vedtak i ALU være bindende for legene i kommunen, og føre til at individuelle avtaler må skrives på nytt for å imøtekomme dette?

Einar Braaten til Dag-Helge Rønnevik:

Dette mener jeg er en oppgave for staten. Flere leger, lavere liste (1000!), men med økt per capita tilskudd for å veie opp for nedgangen ELLER en annen måte å betale for bruk til andre oppgaver enn enkeltkonsultasjoner. F.eks. Kjøpe tjenester fast => lønn?

Trond Brattland:

Universitetet i Tromsø sliter med å få fastleger til å undervise. De ønsker derfor å gå inn i en dialog med oss om å opprette et kommunalt legesenter der legene er halvt ansatt hos oss og halvt på universitetet.

Dette har tvunget oss til å vurdere om vi ønsker et kommunalt legekontor.

Etter å ha hørt hvordan slikt fungerer i andre bydeler er jeg litt betenkt. Det kan se ut som om hver lege går rundt 600 000 i netto underskudd. Så kan man ifølge Henning trekke fra noen alternativkostnader slik at dette beløpet reduseres en del.

Men det store spørsmålet er fremdeles, hva er fordelene? Rekruttering kan være et stikkord, men egentlig er ikke rekrutteringen problematisk hos oss. Ikke ennå, i hvert fall. Beredskapsmessig kan det være noen fordeler med å disponere et kommunalt legesenter. I tilfelle legevakta må stenge pga brann eller lignende.

Jeg synes tanken om fastlønnede leger i et tverrfaglig senter virker forlokkende, men så leser jeg av innleggene her at det ikke bare var enkelt og at man valgte å gå bort fra dette etter hvert.

Det kan vel da tenkes at private legesentre er den mest robuste ordningen der legene arbeider for sin egen inntekt. Da må vi kanskje bruke dette som utgangspunkt og se på hvordan vi kan rigge et system for bedre samarbeid innenfor disse rammene.

Jeg tror det helt klart er mulig, men det krever at kommunene er villig til å bruke penger på dette. Kvalitet koster. Man kan bruke bistillinger til å opprette et kvalitetsutvalg. Man kan ansette praksiskonsulenter i hjemmetjenesten, i jordmortjenesten og på frisklivssentralen. Det er mange muligheter for den som har råd.

Jan Emil Kristoffersen:

Du peker på noe sentralt når du skriver "Det er mange muligheter for den som har råd".

Nye tjenester koster penger. Det er alminnelig aksept for det i forhold til andre kommunale tjenester, men en muligens kulturelt betinget uvilje til å satse på utvikling av legetjenester, eller kanskje det er så enkelt at legetjenesten er et så lite budsjettkapittel i en hver kommune at tyngdekraften ikke virker, samt at ledelseslinja til rådmann og politisk ledelse er preget av brudd og fragilitet i de fleste kommuner.

Johan Torper, bydelsoverlege Stovner:

Det er flere diskusjoner her. En handler om fastlønnede kontra selvstendige næringsdrivende som system. Personlig har jeg liten tro på at innsatsstyrt finansiering er det beste. I forhold til allmennleger tror jeg da på fastlønnsystem. Men slik vil det uansett ikke være for det store flertall av fastleger inntil Stortinget vedtar noe annet.

Om da tror jeg mest på å unngå særordninger som tar seg av det som er "vondt og leit" mens fastlegene for øvrig er "snille og greie og gjør som de vil". Vi bør heller stimulere fastlegene til å delta med allmennmedisinsk arbeid etter kommunens behov, innenfor de rammer som den nye forskriften tillater. Det vil sørge for en bedre integrering av fastlegetjenesten som en del av det kommunale tjenestetilbudet og forhindre at fastlegene blir skjøvet ut i sitt eget univers.

Jan Emil Kristoffersen:

Jeg er helt enig med Johan i at næringsdrift for fastlegeordningen har vridningseffekter som kan være uheldige. Jeg så imidlertid i 2008 grundig på kunnskapsgrunnlaget for å gjøre valg mellom fastlønn og procap/stykkprismodell i forbindelse med at jeg bidro til rapporten Trygghet – tillit – tilgjengelighet som legeforeningen publiserte i 2009.

Kort sagt mener jeg at det ikke er grunnlag for å si at fastlønn per se vil gi bedre legetjenester, tvert imot vil vi da oppnå bare mindre av det samme vi alt har. Vi har store, men dårlig kartlagte utfordringer på kvalitetsvariasjon mellom fastlegevirksomheter, men valget mellom fastlønn eller økt rammefinansiering som sådan kommer ikke til å gjøre noe med det, det kreves helt andre kvalitetsstyringsverktøy og annen type innsats og organisering i fremtiden.

Som et resultat av fastlegereformen, er de fastlønnede allmennlegene blitt svært få. I 1994 var oppunder 40% av allmennlegene fastlønnet, med en høyere andel i kommuner med lavt innbyggertall, mens det også var en høy andel fastlønnede allmennleger i noen av de større byene, herunder Oslo og Tromsø. Imidlertid gikk utviklingen utover 90-tallet i retning av avvikling av fastlønnsmodellen som følge av politiske prosesser i enkeltkommunene, som så at fastlønnsmodellen ikke gav god nok tilgjengelighet, og ble dyrere enn driftstilskuddsavtaler.

I dag er andelen fastleger på fast lønn under 10%. For å styrke effektiviteten har imidlertid de fleste gjenværende fastlønnsleger (totalt ca 275 stk i 2008) provisjonsordninger i form av at de beholder deler av egenandelsinntjening eller trygderefusjoner.

Det er blitt oppfattet som en styrke at vi i Norge opprettholder alternative måter å finansiere allmennlegetjenesten på, slik at flere modeller får utvikle seg parallelt. Siden alle finansieringsordninger har svake og sterke sider og mulighet for uheldige vridningseffekter, bør det være partssammensatte dynamiske prosesser som hele tiden bidrar til mer kunnskap og utvikling av ordningene, slik som forskrifts- og avtaleverket for Fastlegeordningen legger til rette for, men som i beskjeden grad har vært fulgt opp av HOD.

Ved innføring av fastlegereformen besluttet Stortinget å øke stykkprisandel av total finansieringen fra 60% til 70%. Dette var i stor grad basert på erfaringene fra fastlegeforsøket hvor man hadde 50% basisfinansiering, hvilket syntes å gi uheldige utslag i retning av incentiv til å ha lange lister, og en opplevelse av underfinansiering av leger med kortere og antatt mer arbeidskrevende lister, spesielt kvinnelige allmennleger.

I forhold til arbeidet med grupper med sammensatte behov/svake grupper fremføres det ofte at incentivstyrte allmennlegetjenester svekker arbeidet for utsatte grupper. Det er ikke dokumentert at det er slik. I den grad det er undersøkt, finner man ikke at leger på fastlønn gir et bedre tjenestetilbud til såkalte svake grupper.

I forarbeidene (ot prp nr 99 (1998-99) til Fastlegeordningen står det: "Den mest kritiske faktoren er tilstrekkelig tilgang på leger til primærhelsetjenesten generelt. Det vil ta tid før legemarkedet er tilfredsstillende i balanse."

Det ble oppnådd en viss styrking av allmennlegetjenesten i 2001-2003, men kapasiteten har ikke økt i takt med pålegg om nye oppgaver, styrkede pasientrettigheter mm. Heller ikke i forhold til økt aktivitet i spesialisthelsetjenesten og stadig nye oppgaver knyttet til administrasjon og kontroll.

Flere arbeider fra Stiftelse for helsetjenesteforskning ved Statens institutt for folkehelse på 80-tallet (Gjerberg, Buxrud et al,) syntes å tyde mer på at individuell stil var viktigere enn avlønningsmodell i forhold til allmennlegers arbeidsform. Per Wium presenterte en oversikt over erfaringen med kommunalt ansatte allmennpraktikere i Oslo i 1988, hvor denne ordningen hadde vært utviklet gjennom ca 15 år. Wium beskriver bydelsoverlegen i Oslo som kostbar sammenlignbar med privatpraksis. Han understreker videre at det ikke er dokumentert at bydelslegene tar seg av de mest krevende pasientene. Videre fant man betydelig gjennomtrekk i stillingene og herav følgende dårlig kvalitet på tjenestene og mistriksel hos øvrige ansatte ved sentrene.

I samme nummeret av tidsskrift for den norske legeforening har Dag Brekke en gjennomgang av allmennpraksis i offentlig regi hvor han konkluderer med at allmennpraktikere ansatt på fast lønn, som i 1988 utgjorde mellom 30% og 40% av allmennlegene, hadde følgende karakteristika: "Fastlønnede leger bruker mindre andeler av arbeidstiden sin til kurativ praksis. De behandler færre pasienter pr tidsenhet og bruker laboratoriet mindre. Det er uvisst om de er mer tilgjengelig ovenfor barn, eldre eller innenfor medisinsk attføring. Kanskje gjør de flere sykebesøk på dagtid."

Brekke pekte videre på at for stram styring av kommunelegene gir mistrivsel. Men han beskriver allikevel at flertallet av de fastlønte allmennlegene syntes tilfredse i 1988, noen år før den store overgangen til driftstilskuddsavtaler begynte å skyte fart, oftest initiert av legene selv, men i samarbeid med kommunene, der hvor man etter hvert så at privat avtalebasert praksis virket å være et bedre svar på kommunens behov for å tilby tilgjengelige og stabile fastlegetjenester.

Disse erfaringene var bidrag til valget av driftsform i Fastlegeordningen. Med sviktende kapasitet, økt etterspørsel etter legetjenester og behov for å styrke allmennlegetjenesten, ble det ansett som nødvendig å velge den driftsformen som gav høy effektivitet.

Det finnes lite nyere data på forskjell i tilgjengelighet for - og håndtering av - svake grupper, men Helsedirektoratet gjorde en gjennomgang i 2006 av legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester utenfor institusjon i et utvalg av landets kommuner. Fastlegens tilgjengelighet i form av det å rykke ut i sykebesøk på oppfordring og tilgjengelighet for tverrfaglig samhandling med hjemmesykepleie ble evaluert.

Helsedirektoratet finner at fastlegene har best tilgjengelighet i små kommuner og der hvor det er en god kommuneoverlegefunksjon. Småkommunedimensjonen samvarierer i betydelig grad med fenomenet kort liste, og det er neppe overraskende at de med korte og til dels svært korte lister har bedre tilgjengelighet for samhandling og felles hjemmebesøk. Helsedirektoratet finner at det ikke er forskjell mellom leger som er næringsdrivende på normaltariff og leger som er fastlønnede i denne sammenheng.

Kontinuitet i lege-pasient relasjonen er en vesentlig kvalitet som det ikke knytter seg uenighet til. Erfaringene med fastlønn kontra stykkpris i norsk allmennmedisin trekker entydig i retning av at næringsdrivende allmennleger er mer stabile over tid enn fastlønnede allmennleger.

Ideelt sett så skulle kan hende avlønningen av en allmennlege være relatert til harde endepunkter for pasientene. Det er neppe mulig – eller ønskelig - å finne en slik modell basert på "patient outcome", men jeg tror det er klokt å ha et avlønningssystem som balanserer de finansielle incentivene slik at man får høy produktivitet uten unødvendig kvalitetstap og uten induksjon av unødvendige tjenester, så langt det er mulig da.

Vår gamle allmennlege - nestor Torgeir Aasdahl - har sagt det slik: "Blir det bare fastlønn, blir det sommel, og blir det bare stykkpris så blir det slurv, man må finne en balanse midt i mellom."

Tiden er nå kanskje kommet for å tenke på ny, men da er det ikke nok å tenke fastlønn alene, men å tenke skikkelig "utafor boksen" og lage gode forsøksprosjekter på det.

(Hvis noen vil ha hele artikkelen min med referanser er det bare å si ifra, ville ikke trette dere med mer tekst enn dette i en mail)

Marit Rognerud:

Interessant å se at vi er tilbake til diskusjonen om finansiering av fastlegene, mens det jeg tok opp, var manglende kvalitet i primærhelsetjenesten som resultat av «monofaglig silosystem» der profesjonene ikke samarbeider der mitt særlige fokus er pasienter med mer sammensatte problemer (psykososialt og smerter og sykemelding og forhold til helsesøstertjenesten, jordmortjenesten etc mer enn forholdet til pleie- og omsorgssektoren).

Men hvis dere vil diskutere fee-for-service versus fast lønn, så er det gjort forskning på dette. Personlig er jeg ikke imot fee-for-service, men jeg vil gjerne at bydelen får per capitaltilskuddet og drifter legesenteret slik at vi kan utvikle tverrfaglige modeller. Dessuten tror jeg legene burde bruke sin tid til å behandle pasienter og samarbeide med andre faggrupper i stedet for å fikse datamaskiner, være personalansvarlig, ordne husleiekontrakter etc.

Jan Emil Kristoffersen til Marit Rognerud:

Mitt poeng var nettopp å påpeke – med mange ord – at spørsmålet om fastlønn eller næringsdrift er en alt for avgrenset diskusjon for å komme oss videre. Din påpekning av behovet for å rydde opp i "siloeene" er meget betimelig.

Men jeg må legge til at min personlige erfaring fra mine 6 år som fastlønnet allmennlege var at jeg var personalansvarlig, byttet lypærer, tømte søppel, ordnet husleiekontrakter etc., fordi kommunen systematisk klarte å gi blaffen i at vi også var en kommunal virksomhet. Jeg måtte ikke fikse datamaskiner, for det ville ikke kommunen spandere på oss. Men det er 20 år siden nå.

Einar Braaten:

Stor takk til Jan Emil for gjennomgangen!

Det kan godt være vi fortsetter med stik pris systemet, men jeg er veldig enig med deg i at vi bør(=må..) se på en videreutvikling av fastlegeordningen. Jeg er nok mest opptatt av det Marit skriver om å sikre at fastlegene bruker sin tid på kliniske oppgaver og at det sees i sammenheng med det tverrfaglige helsetilbudet vi nå jobber i og videreutvikler.

Tettere legedekning må følges av (eller styres av.?) system som setter krav til hvordan vi bruker ny kapasitet. Det tverrfaglige samarbeidet må bli mer attraktivt for fastlegene enn å sitte på kontoret for seg sjøl.

Jeg mener departementet/ direktoratet og Allmennlegene må møtes med et mål om å fornye fastlegeordningen. Økt kapasitet - forbedret system. Tror faktisk Legeforeningen har mye ansvar her...

Johan Torper:

Mitt poeng var nettopp ikke å diskutere avlønning: Jeg er her pragmatisk og forholder meg til den ordningen vi har. Da tror jeg på å inkludere fastlegene med vettugt allmennlegearbeid i stedet for å ha to systemer: Da er faren for å utvikle siloer større.

Jan Emil Kristoffersen:

Jeg tror egentlig vi er ganske enige. Vi ser behov for bedre integrerte tjenester.

Men jeg er ikke glad i retorikken om "at fastlegene må bli mer tilgjengelige for sine samhandlingspartnere". Utsagnet "samhandlingspartnerene må bli mer tilgjengelig for fastlegene" er heller ikke veldig nyttig, og skaper bare motstand. Jeg tror heller ikke på at fastlegene er "snille og greie og gjør som de vil". Det er et utsagn som banaliserer en kompleks virkelighet hvor mange fastleger, til dels med rette, opplever at det er "de andre" som deserterer bort fra de mest komplekse pasientene slik at fastlegene blir stående alene med dem.

Hovedproblemet er at vi har skapt en virkelighet som gjør det lett å snakke om "de andre" . Vi trenger en gjennomgripende endring i hvordan vi organiserer den delen av primærhelsetjenesten som tilbyr utredning og behandling, og jeg håper vi snart får en mer offensiv tenkning rundt dette i både KS, HDIR OG HOD,

Marit Rognerud:

Vi kan jo lære en del av hvordan man organiserer dette i andre land, naturligvis, men det er ikke alltid helt overførbart og generelt er det nok forsket for lite på organisering og kvalitet på helsetjenester. Enig med Jan Emil der. Ellers er jeg imponert over systematikken i England spesielt. De har en mye sterkere kunnskapskultur i helsetjenesten enn oss.

Legger ved referanse til en av mange artikler som påpeker helseeffekt av «general practice» in primary care. Jeg synes vi også burde fremme dette argumentet for å øke tilgangen på fastleger generelt, også som et ledd i folkehelsearbeidet. Men hvis man lokaliserte fastlegene sammen med andre yrkesgrupper i primary care, så ville de kunne yte langt mer omfattende og bedre helsetjenestetilbud sammen enn de gjør på hver sin tue i dag.

Kroneksempelen mitt er jo lege-psykologtjenesten til pasienter med vanlige psykiske lidelser som ikke har rett på behandling i spesialisthelsetjenesten (dvs ca 90% av pasientene med angst/depresjonsproblematikk). Men jeg skal ikke dra den nå. Det er en av mine kjepphester som jeg kan argumentere sterkt for - lenge.

<http://www.pdq-evidence.org/en/documents/1874df9167e5e63dc34641cc05df1a2017101bcd>
Systematic Review

Engström S, Foldevi M, Borgquist L. Is general practice effective? A sys-

tematic literature review. *Scandinavian journal of primary health care*. 2001;19(2):131-44.

Referanse vedr. evaluering av fastlegeordningen: (tilsendt fra Jan Emil Kristoffersen)

- [1] Lovdata.no: LOV-1997-02-28-19 Folketrygdloven - ftrl. Lov om folketrygd
- [1] Norges Forskningsråd 2006: Evaluering av fastlegeordningen.
- [1] Rapporter 2007/15 Statistisk sentralbyrå 2007: SEDA – Sentrale data fra allmennlegetjenesten 2004-2006.
- [1] Per Hjortdal: Continuity of Care in General Practice. A study related to ideology and reality of continuity of care in Norwegian general practice. University of Oslo 1993
- [1] Statistisk sentralbyrå 2005: Levekårsundersøkelsen –kontakt med helse-tjenester.
- [1] Nygard E; Legers taksbruk. Gruppe for helsetjenesteforskning rapport nr 3-1984
- [1] Buxrud, Forsen, Otterstad: Hvordan har de det og hvordan tar det det? En analyse av drift og arbeidsmiljø i offentlig og privat allmennlegetjeneste i Oslo. Gruppe for helsetjenesteforskning rapport nr 34-1985.
- [1] Wium, P: Oslo –modellen. Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 29 B 1988 s.2605-8
- [1] Brekke, D : Allmennpraksis i offentlig regi Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 29 B 1988s 2598-2601-
- [1] Helsedirektoratet 2006; IS-1420: Legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester utenfor institusjon
- [1] An optimal remuneration system for General Practitioners. Nederlandse Zorgautoriteit 2007-4
- [1] Lurås, H, General Practice. Four Empirical Essays on GP Behaviour and Individuals Preferences for GPs, Working Paper 2004:1, Health Economic Research Programme (HERO), University of Oslo
- [1] Asdahl, Torgeir: Aktørseminar, Norsk akademisk allmennmedisins historie. Uio 29. september 2008.
- [1] Nou 18 1997-99: Prioritering på ny, gjennomgang av retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste
- [1] J Grytten I Skau R Sørensen Fastlegereformen og folketrygdens utgifter til allmennlegetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125:2812-4

Referansekode i 'Helserådet': KVA 2012 – 2

Stikkord: Fastlegeordningen. Fastlønn. Stykkpris.

HVEM SKAL FØRE TILSYN MED MILJØRETET HELSEVERN? (2)

Red. innledning: Det henvises til artikkel med samme overskrift i 'Helserådet' nr. 19/12. **Jørn Svinsholt** som er avdelingsleder i Miljørettet helsevern i Vestfold, har sendt følgende kommentar:

Jeg tror interkommunale samarbeidsordninger organisert som vertkommune-samarbeid eller IKS (Interkommunalt selskap), er fremtiden når det gjelder organisering av arbeidet med tilsyn. Har ikke tro på at det kommer mer penger til vedlikehold eller at forholdene vil bli endret vesentlig selv om tilsynsmyndigheten blir Fylkesmannen. Hvis man ser på kompetansen i dag hos Fylkesmannen på området Miljørettet helsevern, så må det større endringer til i forhold til kompetanse, noe som praktisk vil medføre flytting av kompetanse fra kommunen til Fylkesmann, noe som jeg mener ikke er ønskelig sammenholdt med annet viktig arbeid som vi bidrar med når det gjelder folkehelsearbeidet i den enkelte kommune.

Vi opplever som en interkommunal ordning at det i liten grad blir stilt spørsmål om "bukken og havresekken problematikken", selv om vi er og ønsker å være en del av kommunen.

For vårt område er det ikke mangel på tilsynsrapporter (med dokumentasjon på avvik) som er problemet. Dvs. vi unnlater ikke å påpeke avvik i forhold til forskriften når vi utfører tilsyn på vegne av kommunelegen med kommunens skole, slik som det noen ganger gis inntrykk av i diskusjon om "bukken og havresekken" i media.

Utfordringen er å få synliggjort vedlikeholdsbehovet for kommunens politikere

slik at de blir bedre kjent med forholdene og blir stilt til ansvar for å prioritere tiltak i disse vanskelige økonomiske tider for mange kommuner. Tror at mange politikere i for stor grad har blitt skjermet for vedlikeholdsbehovet av kommunens eiendomssjef/rådmannsnivå. Hos oss jobber vi nå aktivt med at vedlikeholdsbehovet og viktigheten av verdibevarende vedlikehold blir synliggjort i større grad politisk.

Det har i media også vært mye fokus på godkjenningsordningen og status, personlig så tenker jeg at man også burde dreie fokus på når siste tilsyn var på skolen, da hadde man sikret at avvik oppstått etter en godkjenning i 1999, hadde blitt avdekket og utbedret.

Vi har prioritert nye tilsyn med alle våre 280 skoler og barnehager, slik at det nå ikke er lenger enn 5 år siden vi var der på siste tilsyn. Vi gir pålegg om retting og følger dette opp. Noen ganger vil forholdene kunne være så dårlige at skolen ikke burde ha hatt godkjenningen. Vi har ikke trukket godkjenningen, men fulgt opp med pålegg om retting av avvik.

I disse dager pågår det et arbeid med revidering av veilederen til forskrift om miljørettet helsevern i skoler og barnehager. Jeg har forventinger til at ny veileder vil tydeliggjøre mer dette med tilsynsmodell, standardisering av krav og godkjenning med vilkår og muligheter til å trekke godkjenningen.

Vi går spennende tider i møte.

Hilsen
Jørn Svinsholt
Avdelingsleder
Miljørettet helsevern i Vestfold
PB 123, 3164 Revetal
33061640/ 99693691
<http://www.mhvivestfold.no/>

Referansekode i 'Helserådet': HRE 2012 – 6

Stikkord: Tilsyn. Godkjenning. Miljørettet helsevern. Skoler. Barnehager. Kommuner. Fylkesmannen. Svinsholt, Jørn.

ARTIKLER PÅ www.helsebiblioteket.no

Nedenfor gjengis overskriftene i artikler innen samfunnsmedisin og folkehelse som er lagt ut på www.helsebiblioteket.no siden forrige gang (se 'Helserådet' nr. 19/12).

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

- 06.11.2012 Zoonoserapporten 2011: Lite smitte fra mat og dyr i Norge
- 06.11.2012 Helserådet nr. 20.2012, spesialnummer om matreaksjoner, tilgjengelig nå!
- 05.11.2012 Inntak av søt drikke og sammenheng med for tidlig fødsel
- 05.11.2012 Sars-lignende virus påvist
- 05.11.2012 Alkoholskader på barn i svangerskapet
- 05.11.2012 Røykpakkens design
- 01.11.2012 Ansattes opplevelse av arbeidsmiljøtiltak
- 01.11.2012 Forebygg cøliaki med tidlig gluten-kost
- 01.11.2012 Flere unge på sovemedisiner
- 01.11.2012 Usikkert om tiltak for å lette overganger mellom ulike livsfaser virker
- 01.11.2012 Overvektige barn sliter med mye skjermtid
- 25.10.2012 God helse med mor over 35 år
- 25.10.2012 Mer super-resistent tuberkulose
- 25.10.2012 Miljøgift i brystmelk i Sør-Afrika
- 24.10.2012 Uklar langtidseffekt av helsefremmende tiltak for barn og unge
- 24.10.2012 Hva ville Batman ha spist?
- 24.10.2012 Skolen er ikke problemet når ungdom dropper ut

Den internasjonale osteoporosedagen 20. oktober:

La ditt første brudd bli ditt siste!

Publisert 19.10.2012, oppdatert: 19.10.2012, 13:39

Hvert 30. minutt brekker en hofte eller et håndledd i Norge. Benskjørhet (osteoporose) er en medvirkende faktor ved de fleste brudd hos eldre. Benskjørhet merkes ikke før det skjer et brudd. Etter et brudd i 50-60-årsalder, bør de fleste snakke med sin fastlege om å få tatt en benmassemåling. Lav benmasse og et tidligere brudd gir betydelig økt risiko for et nytt brudd. Men nye brudd kan forebygges både med legemidler og andre tiltak.

Den internasjonale osteoporosedagen arrangeres hvert år 20. oktober. I år er slagordet: La ditt første brudd bli det siste! Dette er en global aksjon for å bryte den onde bruddsirkelen osteoporosepasienter opplever, med gjentatte brudd.

En norsk studie Folkehelseinstituttet har deltatt i, som nettopp er presentert på en stor osteoporosekonferanse i USA, viser at 10-15 prosent av dem med hoftebrudd, får et nytt hoftebrudd i løpet av ti år. Risikoen er spesielt høy det første året etter bruddet.

Forebyggende tiltak mot brudd

Etter et brudd i voksen alder, for eksempel et underarmsbrudd i 50-60-årsalderen, bør de fleste snakke med sin fastlege om å få tatt en benmassemåling. Lav benmasse og et tidligere brudd øker risikoen betydelig for et nytt brudd.

Nye brudd kan forebygges både med legemidler og andre tiltak, som for eksempel:

- Tilstrekkelig inntak av kalsium og vitamin D
- Økt fysisk aktivitet
- Røykeslutt
- Sjekking av synet/ ha gode briller
- Unngå snublefall hjemme
- Unngå undervekt og vekttap ved lav vekt
- Bruk hoftebeskytter ved falltendens

Legemidler reduserer risiko for brudd betydelig

Legemiddelbehandling mot benskjørhet kan redusere risikoen for brudd med opptil 50 prosent. Men ett år etter et hoftebrudd var det bare rundt ti prosent som brukte medisin for å forebygge nye brudd, viser en studie Folkehelseinstituttet publiserte tidligere i år.

- Det er åpenbart et stort potensiale for mer effektiv forebygging av brudd nummer to, sier Anne Johanne Søgaard, seniorforsker på Folkehelseinstituttet.

På verdenstoppen i hoftebrudd

Norge ligger fortsatt på verdenstoppen i hoftebrudd, selv om vi de siste årene har observert en svak nedgang blant kvinner. Slike brudd har store konsekvenser for dem som rammes. En tredjedel av eldre over 85 år som bodde hjemme før bruddet, bodde på sykehjem ett år etter bruddet. Halvparten av dem som kunne gå ved egen hjelp før bruddet, mistet denne ferdigheten etterpå, viser en undersøkelse fra Oslo.

- Det finnes ingen fullgod forklaring på hvorfor det er så mange brudd i Norge. Men fordi vi kjenner noen av risikofaktorene og har flere typer legemidler tilgjengelig, er det mulig å redusere risikoen for brudd på grunn av benskjørhet. Det kan spare den enkelte for unødig smerte, lidelse og tap av livskvalitet og samfunnet for unødvendige kostnader, sier Anne Johanne Søgaard.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=99833>

Relaterte sider (se: www.fhi.no)

- Beinskjørhet og brudd - fakta om osteoporose og brudd

Referansekode i 'Helserådet': SKA 2012 – 9

Stikkord: Benbrudd. Osteoporose.

Ny rapport; Barnevaksinasjonsprogrammet 2001-2010

Publisert 11.10.2012, oppdatert: 11.10.2012, 14:59

Stikkord: Barns helse, Barnevaksiner

Folkehelseinstituttet har utgitt en rapport om det norske barnevaksinasjonsprogrammet for perioden 2001-2010. Rapporten baserer seg på data fra det nasjonale vaksinasjonsregisteret, SYSVAK, landets meldingssystem for smittsomme sykdommer, MSIS, og den nasjonale bivirkningsbasen for vaksiner.

Rapporten inneholder generell informasjon om vaksinasjonsprogrammet og vaksinene som er brukt, samt de endringene som programmet har gjennomgått i denne tiårsperioden. Videre presenterer rapporten meldte tilfeller av sykdommene vi vaksinerer mot, statistikk over vaksinasjonsdekning og rapporterte bivirkninger for vaksinene i programmet. I tillegg finnes en historisk oversikt over det norske barnevaksinasjonsprogrammet fra begynnelsen av et offentlig vaksinasjonsprogram i 1810 og frem til i dag.

- I et historisk perspektiv ser vi en tydelig nedgang i antall sykdomstilfeller etter at vaksiner har blitt en del av det nasjonale vaksinasjonsprogrammet. I dag kan vi si at de aller fleste barn i Norge er godt vaksinert og det meldes få tilfeller av sykdommer som det vaksineres mot. Det er gledelig å se at vi har et barnevaksinasjonsprogram som fungerer, sier Marianne Bergsaker, overlege ved Folkehelseinstituttet.

For bestilling/nedlastning av rapporten, følg lenke til Publikasjon:

- «Barnevaksinasjonsprogrammet – rapport for perioden 2001-2010»

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=99670>

Relaterte publikasjoner (se: www.fhi.no)

- Rapport 2012:1 Barnevaksinasjonsprogrammet. Rapport for perioden 2001-2010

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 – 113

Stikkord: Barnevaksinasjonsprogrammet. SYSVAK.



Plaststoffer og helseeffekter - ny utstilling ved Norsk Teknisk Museum

Publisert 16.10.2012, oppdatert: 18.10.2012, 10:30
Stikkord: Plastmyknere (ftalater)

Med jevne mellomrom hører vi fra media om farlige stoffer i forbrukerprodukter, mat og nærmiljø. Er leker, matemballasje og tåteflasker farlige? En ny utstilling på Teknisk museum vil vise hvordan blant annet forskere ved Folkehelseinstituttet og Universitetet i Oslo arbeider



med å svare på slike spørsmål.

Lørdag 27. oktober klokken 12 åpnes utstillingen av Camilla Stoltenberg, direktøren ved Folkehelseinstituttet. Utstillingen har fokus på miljømedisinsk forskning og prosessen fra forskning til samfunnsnyttig rådgivning, med hovedtemaer: Finnes det farlige stoffer i plast? Hvordan jobber forskere for å teste en hypotese? Hva brukes forskningen til? Hva betyr dette for deg?

Utstillingen er utarbeidet i regi av formidlingsprosjektet Miljømedisin - nysgjerrighet, forskning og formidling og er finansiert av PROREAL-programmet til Norges Forskningsråd. PROREAL-programmet har som formål å øke realfagsrekrutteringen. Prosjektet er et unikt samarbeid mellom museet som formidlingsekspert på den ene siden og Folkehelseinstituttet og UiO som fagekspert på den andre siden.

Forskningstorg

I åpningshelgen arrangeres også et forsknings- og informasjonstorg ved Norsk Teknisk Museum. På torget finnes en rekke stands hvor publikum får møte både forskere og de som jobber med å anvende denne forskningen til samfunnsnyttig rådgivning. Flere forskere fra Folkehelseinstituttet vil delta på torget. De vil også ha aktiviteter for barna i forbindelse med sine stands.

I tillegg vil det være quiz for barna, samt visning av filmen "Underkastelsen". Professor Ketil Hylland (UiO) som ledet arbeidet med en utredning om hvordan Norge skal bli fritt for miljøgifter, vil innlede før visning av filmen. Han vil også være tilgjengelig for spørsmål fra publikum etterpå. Forskertorget vil være åpent lørdag og søndag fra 12-15, mens filmvisningen starter klokken 13 begge dager.

Les mer: (se: www.fhi.no)

- på Folkehelseinstituttets nettside fhi.no om mykgjørere i plast - ftalater
- på Universitetet i Oslo sine nettsider
- på Teknisk museums nettsider tekniskmuseum.no
- på forskning.no
- hos Klima og forurensningsdirektoratet erdetfarlig.no
- hos Miljøverndepartementet
- om filmen Underkastelsen
- om PROREAL-programmet hos Forskningsrådet:
Mer av det som virker: Rollemodeller, bredde og samarbeid
Flere vil bli ingeniører

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2012 – 25

Stikkord: Plastmyknere. Fthalater.

Lavt utdannede henter mest medisin

Publisert 16.10.2012, oppdatert: 16.10.2012, 12:54

Lavt utdannede får utlevert mer medisiner på resept enn de med høy utdanning, ifølge en ny studie fra Folkehelseinstituttet. Folk med lav utdanning bruker også mer medisiner mot kroniske sykdommer enn de med høyere utdanning. Sammenhengen mellom utdanning og medisinbruk er omtrent lik for kvinner og menn.

- Kort utdanning er assosiert med høyere utgifter til legemidler, både for den enkelte og for staten, sier Vidar Hjellvik, seniorforsker på Folkehelseinstituttet.

Funnene samsvarer med resultatene i andre studier av sammenhengene mellom sosioøkonomisk posisjon og helse, og kan tyde på at folk med lav utdanning har dårligere helse.

- Utdanningsnivå og helse (se: www.fhi.no)

I studien har forskere fra Folkehelseinstituttet sett på legemiddelutleveringer for i overkant av 600 000 voksne fra Reseptregisteret og koblet dette med data om utdanningsnivå.

- En artikkel om studien er publisert i Tidsskrift for Den norske legeförening nr. 19/2012 (se: www.fhi.no)

Referansekode i 'Helserådet': ULI 2012 – 7

Stikkord: Legemiddelforskrivning.

Ny restriksjon etter norsk forslag:

Mindre kvikksølvutslipp i Europa

Publisert 16.10.2012, oppdatert: 16.10.2012, 14:17

Kvikksølv og kvikksølvforbindelser er helseskadelig både for mennesker og dyr. Forbindelsene brytes langsomt ned og finnes i høye nivåer i naturen. For å redusere forekomsten og eksponering av befolkningen, har Norge utarbeidet et restriksjonsforslag for bruk av fem såkalte fenylikvikksølv-forbindelser. Restriksjonen ble vedtatt i EU-kommisjonen i slutten av september 2012. Folkehelseinstituttets har hatt en sentral rolle i vurderingen av helseeffekter av disse kvikksølvforbindelsene.

Dokumentasjonen viser at de totale utslippene fra de fem kvikksølvforbindelsene bidrar til 4–7 prosent av de årlige utslippene av kvikksølv til luft i Europa.

- Den nye restriksjonen vil medføre en reduksjon av kvikksølv til luft med 4 prosent og dette utgjør ca 6 tonn årlig. En restriksjon vil derfor medføre en betydelig reduksjon av kvikksølvutslipp til miljøet i Europa.

I Norge har bruk av kvikksølv i produkter vært forbudt siden 2008. Mesteparten av kvikksølv utsettes som tilføres norsk miljø i dag, kommer med luftstrømmer og produkter fra andre land. Arbeidet som gjøres for å skjerpe internasjonalt regelverk er nøkkelen til mindre kvikksølvforurensning både her og andre steder, for eksempel i Arktis.

Fakta om REACH

- Er the European Community Regulation on Chemicals and their safe use. Kommisjonen tar seg av spørsmål om Registration, Evaluation, Authorisation and restriction of Chemical substances.
- Kommisjonen fungerer etter en lov som trådte i kraft 1. juni 2007
- Målet er å øke beskyttelsen av menneskers helse og av miljøet gjennom bedre og tidligere identifikasjon av skadelige egenskaper ved kjemiske stoffer
- REACH plasserer større ansvar på industrien
- Den nye restriksjonen er nå inne i REACH vedlegg XVII

De fem forbudte kvikksølvforbindelsene brukes for blant annet å produsere tettemidler, pakninger,

elektroniske produkter, hjul på rulleskøyter og kontorstoler og andre produkter av elastisk plast. Den årlige produksjonen av stoffene i EU er rundt 130-260 tonn. Av dette brukes 36-70 tonn produkter innen EU.

EU vedtok i 2005 å jobbe aktivt for å redusere nivået av kvikksølv i miljøet og slik redusere den humane eksponeringen. Selv en moderat økning i eksponering er betenkelig.

- Kvikksølvforbindelser som spres i naturen omdannes til bl.a. metylkvikksølv som ved tilstrekkelig høye nivåer kan gi skader på nervesystemet til foster.

EU har derfor iverksatt flere tiltak og deriblant er den nye restriksjonen for bruk av fenykvikksølvforbindelser.

Bakgrunn

For en tid tilbake fikk Folkehelseinstituttet i oppdrag fra Klima og forurensningsdirektoratet (Klif) å delta i utarbeidelsen av et restriksjonsforslag for bruk av fenykvikksølvforbindelser. Folkehelseinstituttet har derfor utarbeidet helseisikovurdering av de fem fenykvikksølvforbindelsene som restriksjonen omfatter. Både denne restriksjonen og restriksjonen som gjelder kvikksølv i måleinstrumenter er vedtatt etter å ha blitt behandlet i samsvar med rutine-ene for restriksjoner i REACH.

Restriksjonen er behandlet i ECHA (The European Chemicals Agency) og ble vedtatt i EU-kommisjonen 19. september 2012.

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2012 - 26

Stikkord: Kvikksølv.

Nytt faktaark: DNA-analyser, farskapstest og andre slektskapstester

Publisert 23.10.2012, oppdatert: 23.10.2012, 08:22

I arvematerialet vårt finner vi spesielle områder som kan analyseres for å få fram en DNA-profil. Slike profiler kan benyttes i forbindelse med farskapstester og andre slektskapstester, ved identifisering av døde, samt ved etterforskning av biologiske spor i kriminalsaker. Bare en liten del av arvematerialet inneholder gener som gir informasjon om den enkeltes helse og fysiske egenskaper. Mellom gene-ene er det mange områder som ikke har noen kjent funksjon. Det er disse områdene (eller loci, av lat. locus som betyr sted) som benyttes i rettsgenetiske analyser.

Ved Folkehelseinstituttet utføres DNA-analyser ved Avdeling for familiegenetikk.

- DNA-analyser, farskapstest og andre slektskapstester - faktaark (se: www.fhi.no)

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2012 – 14

Stikkord: DNA-analyser. Farskapstester.

Hvorfor blir så mange gravide kvinner sykemeldt?

Publisert 09.11.2012, oppdatert: 09.11.2012, 10:57

Tre av fire norske kvinner blir sykemeldt i løpet av svangerskapet, og de fleste rapporterer søvnproblemer, bekkenløsning, og kvalme/oppkast som viktigste årsaker.

Dette viser en ny studie som har undersøkt hyppigheten og årsakene til sykefravær blant 2918 kvinner som fødte på Akershus universitetssykehus mellom 2008 og 2010.

Studien fant at:

- 75 % av kvinnene hadde hatt sykefravær på et eller flere tidspunkt i løpet av svangerskapet, noe som var høyere en tidligere antatt.

- De viktigste grunnene til sykefravær var tretthet eller søvnproblemer (34,7 %), bekkenløsning (31,8 %) og kvalme/oppkast (23,1 %).

- Sykefravær hang også sammen med lite mosjon, kroniske smerter før eller under graviditet, behandling for ufrivillig barnløshet, ung alder, konflikter på arbeidsplassen, flere barn allerede, tidligere depresjon og lavere utdanning.

- Svært få av kvinnene (2.1 %) rapporterte depresjon/angst som en grunn for sitt sykefravær, men disse kvinnene hadde den lengste varigheten av sykefraværet (20 uker).

- Et flertall av kvinnene (60.1 %) hadde fått sin arbeidssituasjon tilrettelagt på grunn av graviditeten, og dette forkortet den totale varigheten av sykefravær med 1-2 uker.

- Av de kvinnene som arbeidet gjennom hele svangerskapet uten jobbjusteringer, svarte de fleste (73,9 %) at deres arbeid ikke var anstrengende.

– Det mest overraskende funnet var at andelen sykemeldte var så høyt, sier prosjektleder dr.med. Malin Eberhard-Gran, ved Divisjon for Psykisk Helse.

På lands basis har svangerskapsrelatert sykefravær økt betraktelig siden 1995. Hvorfor er det blitt så høyt?

– Selv om det er en naturlig biologisk tilstand så får de aller fleste en hel del svangerskapsplager, slik som kvalme, tretthet og bekkenløsning. Vi må ikke glemme at et svangerskap innebærer store endringer, både fysisk og psykisk. Det kan være at dagens kvinner i mindre grad er forberedt på slike plager enn det man var tidligere. Det stilles også høyere krav til yrkesdeltakelse og det blir derfor veldig synlig i statistikken. Men dette er bare spekulasjoner, forklarer Eberhard-Gran.

Andre mulige årsaker

Tidligere studier tyder på at faktorer som ikke er relatert til graviditeten også kan ha betydning for sykefraværet. Blant annet er det funnet at de med sykefravær har mer stressende og belastende yrker. I tillegg kan kvinnens tidligere sykdomshistorie og mentale tilstand, samt nåværende jobbforhold og sosioøkonomiske faktorer spille en rolle. Mer forskning trengs for å finne ut i hvilken grad disse faktorene henger sammen med sykefravær under svangerskap.

Hva kan redusere sykefravær?

– Mer fokus på behandling av bekkenløsning og søvnproblemer blant gravide kunne nok forebygge en del fravær. Det er imidlertid mye som tyder på at tilrettelegging for gravide på arbeidsplassen er det mest effektive tiltaket. Men et viss nivå av sykemelding under svangerskap er vi nok nødt til å akseptere. De aller fleste kvinner bruker tross alt en veldig liten del av sin totale livstid til graviditeter, understreker Eberhard-Gran.

Om studien

Studien er basert på data fra en større kohortstudie av gravide ved Akershus universitetssykehus. Kvinnene fylte ut spørreskjemaer i svangerskapsuke 17 og 32, om deres sykefravær, arbeidssituasjon, sosioøkonomisk status, søvnvansker, depresjon og smerte. Det ble ikke skilt mellom deltids- og heltidssykemelding.

Førsteforfatter av artikkelen, som nå publiseres i det prestisjetunge

tidsskriftet British Journal of Obstetrics and Gynaecology, er psykiater Signe Dørheim. Studien er et samarbeidsprosjekt mellom Folkehelseinstituttet, Stavanger universitetssykehus, Nasjonalt kompetansesenter for søvnsykdommer, og Akershus universitetssykehus.

Referanse

Dørheim, S.K., Bjorvatn, B. and Eberhard-Gran, M. (2012) Sick leave during pregnancy: a longitudinal study of rates and risk factors in a Norwegian population. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. Online 26 October 2012. DOI: 10.1111/1471-0528.12035

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=100075>

Relaterte lenker (se: www.fhi.no)

- Sick leave during pregnancy: a longitudinal study of rates and risk factors in a Norwegian population (tidsskriftets sammen- drag)

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2012 – 24

Stikkord: Sykmelding. Svangerskap.

Rusmiddelstatistikk 2011

Publisert 06.11.2012, oppdatert: 06.11.2012, 10:44
Stikkord: Rusmidler

Alkohol er fortsatt det rusmiddelet Folkehelseinstituttet oftest finner i blodprøver fra bilførere som er mistenkt for påvirket kjøring. Det viser rusmiddelstatistikken for 2011. Etter alkohol kommer THC (virkestoffet i cannabis), tett fulgt av metamfetamin og amfetamin. Blant benzodiazepinene (beroligende legemiddel) fortsatte funnene av klonazepam å øke.

I 2011 ble det utført rusmiddelanalyser i ca 9 100 saker hvor bilførere var mistenkt for påvirket kjøring. Av disse var ca 1 200 pustepøver/alkotest på intoxylizer som politiet tar lokalt, ca 3 400 blodprøver hvor Folkehelseinstituttet kun analyserte for alkohol, og ca 4 600 blodprøver hvor Folkehelseinstituttet utførte analyse for alkohol, rusgivende legemidler og narkotiske stoffer. Instituttet ser rutinemessig etter over 30 forskjellige rusgivende legemidler og narkotiske stoffer, og påviser i snitt ca. tre stoffer i samme blodprøve.

THC, amfetamin og metamfetamin

Det ble påvist alkohol ca 4 900 av de innkomne blodprøvene. THC (virkestoffet i cannabis) ble påvist i 1 428 blodprøver, metamfetamin i 1 343 og amfetamin i 1 208 – noe som utgjør henholdsvis 31, 29 og 26 % av de prøvene hvor det ble analysert for alkohol, rusgivende legemidler og narkotiske stoffer. Amfetamin påvises i blodprøver både etter inntak av amfetamin og metamfetamin (metamfetamin omdannes i kroppen i en viss grad til amfetamin).

Fortsatt økning i antall funn av klonazepam

Benzodiazepinet klonazepam (virkestoffet i Rivotril) ble påvist i 1 114 (24 %) av blodprøvene. Dette er en tredobling siden 2002. Stoffet har nå passert diazepam som det hyppigst påviste benzodiazepinet i blodprøver fra bilførere mistenkt for påvirket kjøring. Klonazepam er i Norge er godkjent til behandling av epilepsi, men det forskrives også ved psykiske lidelser og er utstrakt brukt som rusmiddel. Folkehelseinstituttet påviser oftest klonazepam i kombinasjon med illegale rusmidler (metamfetamin/amfetamin m.m.), noe som indikerer

økende illegalt salg og bruk av klonazepam. Kripos rapporterte om totalt 2 426 beslag av til sammen 307 885 klonazepamtabletter i Norge i 2011. Det største beslaget inneholdt 80 718 klonazepamtabletter.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=100038>

Relaterte publikasjoner (se: www.fhi.no)

- 2012 Rusmiddelstatistikk. Funnt i blodprøver hos bilførere mistenkt for påvirket kjøring 2011

Referansekode i 'Helserådet': RUS 2012 -11

Stikkord: Rusmiddelstatistikk.

Nye temakapitler i Smittevernoka

Publisert 31.10.2012, oppdatert: 31.10.2012, 21:41
Stikkord: Biologiske våpen, Antibiotikaresistens

I løpet av høsten er det publisert to nye temakapitler i e-bok versjonen av Folkehelseinstituttets Smittevernoka. Disse kapitlene omhandler henholdsvis smittevernberedskap og antibiotikaresistens / antibiotikabruk.

E-boken revideres fortløpende ved behov, og hovedmålgruppa er personell i kommunehelsetjenesten.

Kapitlet om antibiotikaresistens og antibiotikabruk har følgende underkapitler:

- Historisk bakgrunn
- Antibiotikaresistens som folkehelseproblem
- Overvåking av antibiotikaresistens
- Antibiotikarbeidet i Norge
- Antibiotikaforbruk
- Overvåking av antibiotikabruk
- Nasjonale kompetansesentre for antibiotikabruk
- Publikumsinformasjon om antibiotikabruk

Kapitlet om smittevernberedskap har følgende underkapitler:

- Historisk bakgrunn
- Lovverk
- Aktører innen smittevernberedskapen i Norge
- Internasjonal beredskapssamarbeid og varsling
- Bioterrorisme og masseødeleggelsesmidler

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=99994>

Relaterte sider (se: www.fhi.no)

- Smittevernoka - 08. Antibiotikaresistens og antibiotikabruk
- Smittevernoka - 24. Smittevernberedskap

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2012 – 116

Stikkord: Smittevernoka.

Posttraumatiske stresssymptomer etter fødselen

Publisert 02.11.2012, oppdatert: 02.11.2012, 10:45
Stikkord: Fødsler

Opptil en tredjedel av alle kvinner opplever sin fødsel som traumatisk, og 2–6 % oppfyller kriteriene for diagnosen Posttraumatisk stressyndrom i forbindelse med fødselen. I samarbeid med Akershus universitetssykehus har en ny studie fra Folkehelseinstituttet funnet at

kvinnens subjektive fødselsopplevelse, fremfor fødselskomplikasjoner, er mest avgjørende for om kvinnen blir traumatisert eller ikke.

Hensikten med denne studien var å undersøke hvilke faktorer som har mest betydning for utvikling av posttraumatisk stress etter fødsel. Posttraumatisk stress deles inn i tre typer symptomer, og alle må være identifisert ved en diagnose: (1) gjenopplevelse (mareritt om fødselen, flashbacks av hendelsen), (2) unngivelse (unngå å bli gravid igjen, hukommelsestap rundt fødselen), (3) økt ansenhet (irritabilitet, konsentrasjonsvansker).

Subjektiv fødselsopplevelse avgjørende

Resultatene tyder på at kvinnens subjektive fødselsopplevelse, det vil si, hvordan de selv opplevde fødselen, hadde en avgjørende betydning for om hun utviklet posttraumatisk stress eller ei – en vesentlig større betydning enn de objektive hendelsene under fødselen, som for eksempel reelle fødselskomplikasjoner. De objektive hendelser hadde likevel en viss sammenheng med posttraumatisk stress, og da særlig ved at slike hendelser påvirket subjektive fødselsopplevelser som i sin tur igjen påvirket posttraumatisk stress.

Implikasjoner for helsepersonell

Å forstå betydningen av subjektive fødselsopplevelser åpner nye muligheter for forebygging.

– Fødselskomplikasjoner kan ikke alltid unngås. Hvis komplikasjoner under fødselen oppstår, er det viktig å hjelpe kvinnen til at hun føler seg trygg og tatt vare på for å forebygge et mulig traume, sier postdoktor Susan Garthus-Niegel ved Divisjon for Psykisk Helse. Hun er førsteforfatteren til artikkelen som er nylig publisert i Archives of Women's Mental Health.

Fødselsrelatert traume kan presentere en stor belastning, og traumatiserte kvinner har en økt risiko for å ikke få flere barn og unngå å bli gravide igjen.

Om undersøkelsen

Undersøkelsen omfattet 1499 kvinner som fødte på Kvinneklubben, Akershus universitetssykehus. Kvinnene fylte ut ulike spørreskjema både under graviditeten og 8 uker etter fødselen. De ble spurt om et flertall predisponerende faktorer, så som forekomst av angst og depresjonssymptomer, frykt for fødsel og tidligere posttraumatisk stresslidelse. Ytterligere opplysninger om graviditet og fødsel ble hentet fra sykehusets fødejournal. Symptomer på PTSD etter fødselen ble målt med instrumentet Impact of Event Scale.

– Styrken til dette materialet er kombinasjonen av et bredt utvalg av validerte mål for psykisk helse, sammen med kliniske data fra sykehuset om fødselen. Ettersom det i tillegg er en deltakelse på over 80 %, bør vi kunne ha tiltro til disse resultatene, sier Susan Garthus-Niegel.

– Likevel bør det sies at det kan være vanskelig å måle subjektive opplevelser helt nøyaktig, særlig når man må huske hvordan man følte seg 8 uker tilbake i tid.

Referanse

Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Vollrath, M. E. & Eberhard-Gran M. (2012). The Impact of Subjective Birth Experiences on Posttraumatic Stress Symptoms: A Longitudinal Study. Archives of Women's Mental Health, DOI 10.1007/s00737-012-0301-3.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=100009>

Relaterte lenker (se: www.fhi.no)

- The Impact of Subjective Birth Experiences on Posttraumatic Stress Symptoms: A Longitudinal Study (abstract)

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2012 – 25

Stikkord: Posttraumatisk stress. Graviditet.

Professor Lorentz M. Irgens pensjoneres

Publisert 01.11.2012, oppdatert: 05.11.2012, 16:17

Professor Lorentz M. Irgens. Foto: FHI

Tidligere direktør ved Medisinsk fødselsregister, professor dr.med. Lorentz M. Irgens, fylte 70 år 13.oktober, og går dermed over i pensjonistenes rekke. - Han har gjort et betydelig og førende arbeid for å bedre nyfødte barns og gravides helse, sier Camilla Stoltenberg, direktør for Folkehelseinstituttet.



2. november arrangerer Folkehelseinstituttet og Universitetet i Bergen et fagseminar med 170 inviterte deltakere for å markere Irgens avgang som pensjonist på Hotell Grand Terminus i Bergen.

Lorentz Irgens ledet Medisinsk fødselsregister i årene 1983 til 2007. I løpet av disse årene ble det et viktig helseregister og en internasjonal førende forskningsinstitusjon. Som sjef viste han stor omsorg for sine medarbeidere, og var en pådriver i sosiale sammenhenger. I tillegg til dette øste han villig av sin store kunnskap. I 2002 ble Medisinsk fødselsregister, som et av landets sentrale helseregistre, innlemmet i Folkehelseinstituttet.

Som leder for Universitetet i Bergens samarbeidsutvalg for epidemiologi i 1980-årene, var Irgens pådriver for epidemiologisk forskning ved universitetet, og i perioden 1999-2008 ledet han Det medisinske fakultets «Locus for registerepidemiologi», hvorfra det utgikk mer enn 100 doktorgradsarbeider.

Irgens gjennomførte sin turnustjeneste i Tønsberg og Kvæfjord, og sin militærtjeneste i Marinen. Etter dette har han vært tilknyttet Universitetet i Bergen, siden 1987 som professor i forebyggende medisin.

Lorentz Irgens er æresmedlem i Norsk forening for epidemiologi fra 2007 og æresmedlem i Medisinsk historisk selskap i Bergen fra 2012.

Jubilanten har også hatt omfattende oppdrag internasjonalt, blant annet i krybbedødsforskning. I perioden 2010-2012 har han vært president i EUS organ for overvåking av medfødte misdannelser, EURO-CAT. Irgens har også vært engasjert i registerbasert lepraforskning og i medisinsk historie. Han tok initiativ til etablering av Medisinsk historisk selskap i Bergen, og han har vært president i Nordisk medisinsk-historisk forening i to perioder, sist i 2008-2009.

Referansekode i 'Helserådet': OLE 2012 -12

Stikkord: Medisinsk fødselsregister. Irgens, Lorentz M.

Kosmetikk bidrar til helseskadelige vitamin A-nivåer

Publisert 31.10.2012, oppdatert: 05.11.2012, 16:18

Stikkord: Kosmetikk

Vitamin A er nyttig for mange funksjoner i kroppen. Men i for store doser kan vitaminet være skadelig. Vår viktigste kilde er mat, men i de senere årene har det kommet mange kosmetiske produkter som inneholder vitamin A på markedet. Dette øker vitamin A-inntaket hos mange – særlig hos voksne og 13-åringene. Resultatet kan bli alvorlig.

Det er konklusjonen etter at Vitenskapskomiteen for mattrygghet (VKM) nylig leverte en risikovurdering av vitamin A (retinol og retinylestere) i kosmetiske produkter. Arbeidet ble ledet av seniorforsker Ragna Bogen Hetland fra Folkehelseinstituttet.

- En god del nordmenn får i dag i seg for mye vitamin A. Bruk av kosmetiske produkter som inneholder vitamin A bidrar til dette. Opptak av vitamin A fra disse produkter kan øke dersom huden er svekket eller skadet. Dette gjelder spesielt for personer som har atopisk eksem (dermatitt) eller tørr hud og for små barn med irritert/sår hud i bleieområdet, sier Hetland.

- Vitamin A er nødvendig for mange fysiologiske funksjoner i kroppen, men for høyt akutt eller kronisk inntak kan medføre negative helseeffekter. De mest kritiske effektene for vitamin A-forgiftning er medfødte skader hos barn (for eksempel kløvd leppe, åpen gane og hjerterforstyrrelser). Hos voksne kan det ha effekter på beinbygningen - for eksempel benskjørhet, sier hun.

Dette er hovedpunktene i risikovurderingen:

- Den viktigste kilden til eksponering for vitamin A i befolkningen er mat, etter fulgt av kosttilskudd og kosmetiske produkter.
- Bruk av kosmetiske produkter som inneholder retinol og retinylestere vil øke den totale mengden av vitamin A i kroppen for alle aldersgrupper. Høyere konsentrasjoner av retinol og retinylestere i produktene vil gi en ytterligere økning av den totale eksponeringen for vitamin A.
- Det er beregnet at bidraget fra kosmetikk er størst hos 13-åringene og voksne. Grunnen er at disse aldersgruppene antas å benytte flere typer kosmetiske produkter med vitamin A.
- Bidraget fra kosmetikk er av spesiell bekymring for kvinner i fertil alder, hvor for mye vitamin A før og under graviditet vil kunne øke risikoen for medfødte skader hos barnet.
- For personer med økt risiko for redusert beintetthet, osteoporose og beinbrudd (spesielt kvinner etter menopause), er det satt et lavere veiledende inntaksnivå (GL) av vitamin A enn for andre personer uten disse risikoene.
- Beregningene i risikovurderingen viser at for rundt 10 % av voksne kvinner vil inntak av vitamin A fra mat og kosttilskudd alene føre til en overskridelse av GL. Bidraget fra bruk av kosmetikk kan øke denne andelen til rundt 75 %.
- Det er ikke funnet informasjon som tyder på at langsiktig bruk av produkter som inneholder retinoider vil kunne føre til andre effekter i huden enn lokal irritasjon og rød hud (erytem).

Risikovurderingen er utarbeidet av VKMs faggruppe for tilsetningsstoffer, aroma, matemballasje og kosmetikk på oppdrag fra Mattilsynet.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=99983>

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2012 -27

Stikkord: Kosmetikk. Vitamin A.

Betydning av luftforurensning for forekomst av dødsfall i Oslo

Publisert 30.10.2012 , oppdatert: 05.11.2012, 16:18

Har økt nivå av luftforurensning betydning for befolkningens helse i Oslo? Dette forsøker en ny studie fra Folkehelseinstituttet å gi svar på. Resultatene viser at kortvarige økninger i nivået av luftforurensning er en mulig medvirkende årsak til kortvarige økninger i døde-

Fakta om vitamin A

- Vitamin A består av en gruppe fettløselige forbindelser, inkludert retinylestere, retinol og retinal.
- Hovedkildene fra kosten er animalske matvarer (kjøtt, lever, fet fisk, melk og melkeprodukter (som smør og margarin)) kosttilskudd og karotenoider fra frukt og grønnsaker.
- Retinol og retinylestere er også mye brukt som ingredienser i kosmetiske produkter, for eksempel anti-rynkekrem, fuktighetskremer og solkrem, på grunn av sine gunstige effekter i huden.
- Mengden av vitamin A-holdige ingredienser som er tillatt i produktene er regulert i den norske kosmetikkforskriften.
- Norge er alene om å ha en slik regulering i EU

lighet i sårbare grupper.

I denne sammenhengen er sårbare grupper personer med sykdommer i luftveis- og hjertekarsystemet. I hvor stor grad luftforurensning kun fremskynder tidspunkt for død hos disse gruppene er ikke studien i stand til å svare på.

I studien er det bare sett på personer over 50 år, og disse ble brukt som sine egne kontroller. Det betyr at forskerne sammenlignet luftforurensningen dagene forut for dagene personene i studien døde, med nivået av luftforurensning på andre tilfeldige tidspunkter. På den måten er det mulig å ta høyde for en rekke bakgrunnsfaktorer som også kan påvirke dødeligheten.

I tråd med resultater fra andre land

Studiens funn er i samsvar med resultater fra internasjonale undersøkelser og viser at det kan være en sammenheng mellom luftforurensning og dødelighet selv i Oslo, en by som gjennomsnittlig har lavt nivå av luftforurensning i europeisk sammenheng.

Analysert data på alternativ måte

Verden over foreligger det mange undersøkelser av sammenhenger mellom økt nivå av luftforurensning og forverring av befolkningens helse, inkludert dødelighet. Hvor mye luftforurensning den undersøkte befolkningen har vært utsatt for er beregnet ved hjelp av matematiske modeller, der både gjennomsnittsnivået over ett døgn og daglige maksimumsnivåer er beregnet. I denne undersøkelsen har forskerne forsøkt å ta hensyn til noen av de vanligste innvendingene mot slike befolkningsundersøkelser gjennom å analysere data på en alternativ måte til hva som har vært vanlig så langt.

Referanse

Madsen C, Rosland P, Hoff DA, Nystad W, Nafstad P, Næss Ø. The short-term effect of 24-h average and peak air pollution on mortality in Oslo, Norway. Eur J Epidemiol. 2012 Jul 27 (Epub ahead of print).

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=99961>

Relaterte lenker (se: www.fhi.no)

- Sammendrag av studien i PubMed: The short-term effect of 24-h average and peak air pollution on mortality in Oslo, Norway

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2012 -28

Stikkord: Luftforurensning. Oslo.

Gener, depresjon og tilfredshet med livet

Publisert 24.10.2012, oppdatert: 29.10.2012, 10:43
Stikkord: Tvillingundersøkelsen, Depresjon

Sårbarhet for alvorlig depresjon henger sammen med hvor tilfredse vi er med livet. Denne sammenhengen kan i stor grad tilskrives gener.

Dette viser en ny tvillingstudie fra Folkehelseinstituttet i samarbeid med Universitetet i Oslo. Forskerne sammenlignet informasjon fra eneggede og toeggede tvillinger for å undersøke hvordan sårbarhet for alvorlig depresjon henger sammen med tilfredshet med livet.

Tidligere undersøkelser har systematisk vist at tilfredsheten med livet ofte er stabil over tid. Mennesker som er tilfredse på et tidspunkt i livet er således ofte tilfredse også på andre tidspunkt i livet. Denne stabiliteten – den disposisjonelle tilfredsheten – kan derfor sies å reflektere en positiv grunnstemning. Det har også blitt vist at mennesker med en slik positiv grunnstemning er mindre deprimerte, men svært få studier har undersøkt hva som forklarer denne sammenhengen.

Resultater

- Både kvinner og menn som oppfylte kriteriene for alvorlig depresjon (henholdsvis 15.8 % og 11.1 %) rapporterte lavere tilfredshet med livet.
- 74 % av sammenhengen mellom alvorlig depresjon og tilfredshet kunne forklares av gener.
- Resten av sammenhengen (26 %) kunne forklares av unike miljømessige faktorer.
- Det er delvis de samme genene som er involvert både i sårbarhet for depresjon og livstilfredshet, men det er også unike gener som henholdsvis virker inn på enten (lav) tilfredshet eller risiko for depresjon.
- Forskerne beregnet også arveligheten for tilfredshet og depresjon hver for seg. De fant en arvbarhet på 72 % for tilfredshet med livet. Med andre ord er det i stor grad gener som kan forklare den stabile tendensen til å være fornøyd og tilfreds med livet.
- For alvorlig depresjon var arvbarheten 34 %.

– Den stabile tilbøyeligheten til å se lyst på livet har sammenheng med lavere risiko for depresjon fordi enkelte genetiske faktorer påvirker begge deler, sier forsker Ragnhild Bang Nes fra Divisjon for Psykisk Helse. Nes er hovedforfatteren bak studien som nå publiseres i Journal of Affective Disorders.

– Arvelighetstallene betyr at 72 % av forskjellene mellom oss i tilfredshet og 34 % av forskjellene i depresjon er forårsaket av gener. Tallene viser ikke til viktigheten av spesifikke gener for et enkeltindivids tilfredshet eller risiko for depresjon. Egenskaper—som positivitet og tilfredshet—har ingen arvelighet i seg selv. Arvelighet viser til viktigheten av gener for forskjellene mellom mennesker, forklarer Nes.

Selv om arvbarheten av alvorlig depresjon var lavere enn for tilfredshet, betyr det ikke nødvendigvis at tilfredshet er langt mer arvelig enn alvorlig depresjon. Forskerne brukte spørreskjemadata fra to tidspunkt for å måle disposisjonell tilfredshet og ett enkeltstående klinisk intervju for å måle livstidsforekomst av alvorlig depresjon. At depresjonsrisiko bare ble målt ved én anledning kan være med på å forklare hvorfor arveligheten av depresjon var mye lavere enn for tilfredshet.

Kan man forebygge depresjon ved å fremme tilfredshet?

– Vi finner at miljøfaktorene i mindre grad enn de genetiske faktorene er overlappende. Dette betyr at miljøfaktorer av betydning for tilfredshet (for eksempel tiltak som fremmer høy tilfredshet) i liten grad beskytter mot depresjon, sier Nes.

– Selv om vår grunnstemning er relativt stabil, kan små tiltak i hverdagen gi mer midlertidige positive opplevelser, og disse er også viktige. Der er derfor viktig å skape livsbetingelser for, og å følge opp, tiltak og aktiviteter som gjør oss glade.

– I noen grad kan en også tenke seg at positive opplevelser akkumulerer over tid og skaper bedre betingelser for livskvalitet, tilføyer Nes.

Om studien

Analysene er basert på ca. 1500 tvillingpar (både en- og toeggede) fra Folkehelseinstituttets tvillingpanel. Eneggede tvillinger deler 100 % av det genetiske materialet, mens toeggede i gjennomsnitt deler 50 % — det vil si at de genetisk sett er som andre søsken. Ved å sammenligne hvor like eneggede og toeggede tvillingpar er i tilfredshet og

depresjonsrisiko, kan forskerne finne ut hvor stor del av variasjonen mellom mennesker som forklares av henholdsvis gener og miljø. Beregningene er basert på korrelasjoner, og sier ikke noe om sammenhengen mellom depresjon og livstilfredshet i enkelte individer. På individnivå så er genetiske og miljøfaktorer avhengige av hverandre i et komplisert samspill.

Referanse

Nes, R.B., Czajkowski, N.O., Røysamb, E., Ørstavik, R.E., Tambs, K., Reichborn-Kjennerud, T. (2012) Major depression and life satisfaction: A population-based twin study. Journal of Affective Disorders. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.060>

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=99892>

Relaterte lenker (se: www.fhi.no)

- Major depression and life satisfaction: A population-based twin study (abstract)

Referansekode i 'Helserådet': PSY 2012 – 9

Stikkord: Genetikk. Depresjon.

Dødsårsakene 2011 - faktaark og statistikkbank oppdatert

Publisert 12.11.2012, oppdatert: 12.11.2012, 10:04

Norgeshelsa statistikkbank og faktaark er oppdatert med de siste dataene fra dødsårsaksstatistikken 2011. Statistikken viser at hjerte- og karsykdommer fortsatt er den vanligste dødsårsaken i Norge, men dødeligheten går stadig nedover.

Følgende faktaark er oppdatert med dødsårsaksstatistikk for 2011: Hjerte- og karsykdommer, Eldres helse, Kolesterol, Selvmord og selvmordsforsøk, Trafikkulykker.

- Hjerte- og karsykdommer - faktaark med helsestatistikk
- Selvmord og selvmordsforsøk
- Trafikkulykker
- Eldres helse - faktaark med helsestatistikk viser blant annet dødelighet av hjerte- og karsykdom og kreft i eldre aldersgrupper
- Kolesterol - faktaark med helsestatistikk

I Norgeshelsa statistikkbank kan du lage diagrammer og tabeller som inkluderer dødsårsaksstatistikk til og med 2011. Gå til <http://norgeshelsa.no> og velg «Helsetilstand» i venstre marg. Dødsårsaksstatistikk sees under menyen «Dødelighet».

Data fra dødsårsaksstatistikken er utarbeidet av Statistisk sentralbyrå. I 2011 døde 6007 menn og 6957 kvinner av hjerte- og karsykdommer, mens 5817 menn og 5021 kvinner døde av kreft. Selvmord ble registrert hos 434 menn og 164 kvinner, totalt 598.

- Statistisk sentralbyrå

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=99836>

Referansekode i 'Helserådet': HST 2012 -6

Stikkord: Dødsårsaker. Dødelighetsstatistikk.

HELSE RÅDET

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

Postboks 7004 St. Olavs plass, 0130 Oslo

Redaktør: Anders Smith

Telefon 92 89 56 16

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

e-post: smi@helsebiblioteket.no