

- Komplette innholdsfortegnelse
s. 2
- Hvordan systematisere folkehelsearbeidet?
s. 3
- Fotobokser halverer antall døde og skadde
s. 9
- Bedre seksualundervisning i grunnskolen gjennom «Uke 6»
s. 14
- Helse-Norges minst fornøyde har lav utdanning
s. 17
- Tenk alternativt om verdien av et leveår
s. 17
- HPV-vaksine til gutter?
s. 24



Helserådet

INNHold NR. 5/15

Hvordan systematisere folkehelsearbeidet?.....	3
Kommunene har bedre oversikt over folkehelsen	6
Oppdatering fra Skadeforebyggende Forum – Velkommen til årsmøte og konferanse 23. april	8
Fotobokser halverer antall døde og skadde.....	9
Brukte 3 år på utredning av HPV-vaksine	9
Vil gjøre nok en vurdering av HPV-vaksine.....	10
Ebola-tallene faller kraftig i Afrika	10
Forskningsprosjekter om ebola får EU-støtte	11
Spør influensa med store data	11
-Halvparten av sprøytemisbrukerne får kronisk hepatitt C	12
Vil eliminere hepatitt i Norge	13
Gravide blir syke av dårlig samliv	13
Unge jenter får subsidiert P-stav og spiral.....	14
Bedre seksualundervisning i grunnskolen gjennom «Uke 6».....	14
Eldre stordrikkere kan få slag	15
Høy kostnad hindrer smittevern	15
Får 25 millioner til borreliose-studie.....	16
Lungekreft mer dødelig enn brystkreft for kvinner	16
-Dropp frokosten med god samvittighet	16
Helse-Norges minst fornøyde har lav utdanning	17
Tenk alternativt om verdien av et leveår	17
Dieslbiler kan få kjøreforbud i Oslo neste vinter	18
Miljøgifter knyttet til tidlig overgangsalder	19
Stereke advarsler på snus	19
Søvnløshet er ikke bra for blodtrykket.....	20
Flere veggedyr i Norge	21
Nytt Nøkkelhull fra 1. mars	21

NYTT FRA WWW.FHI.NO, FOLKEHELSEINSTITUTTET

HPV-vaksine til gutter?.....	24
Folkehelse rapporten 2014 – nå også på papir og som pdf.....	24
Utbrudd av smittsomme sykdommer i Norge – årsrapport 2013	24
Ny europeisk rapport: Zoonoser og næringsmiddelbårne utbrudd i 2013.....	25
Nedgang i antallet nye ebolasyke i Guinea, Sierra Leone og Liberia	26
Amøbeinfeksjon og reiser: Bruk alltid sterilt eller kokt vann ved neseskyllinger på utenlandsreiser.....	27
Leveringsproblemer for BCG-vaksine	27
Blakstad og Maarschalk tuberkulosefond	28

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, M. Sc. E-post: smi@helsebiblioteket.no. Tlf. 92 89 56 16.

Web-redaktør: Katrine Rutgerson. E-post: katrine.rutgerson@kunnskapssenteret.no

Trykk: In-trykk AS

Layout: ASAP Media

Distribusjon: Postklart Distribusjon as

Forsiden: Fotobokser redder liv! Se artikkel side 9.

Hvordan systematisere folkehelsearbeidet?

Red. innledning: Fra Gro Sæten, som er folkehelserådgiver i Rana kommune, har vi mottatt nedenstående artikkel som er et forbilledlig eksempel på systematisk folkehelsearbeid i en kommune. Artikkelen viser hvordan *kommunedelplan folkehelsearbeid* er verktøy i det systematiske folkehelsearbeidet, og at internkontrollprinsippet ligger til grunn både for folkehelseplanen og hele systematikken i folkehelsearbeidet for øvrig.

Sammen med artikkelen følger også fire PDF-dokumenter som kan åpnes:

[MET0053-1.PDF \(Kommunedelplan folkehelsearbeid\)](#)

[MET0053-2.PDF \(Oversiktsrapport 2013\)](#)

[MET0053-3.PDF \(Saksfremlegg rapport 2015\)](#)

[MET0053-4.PDF \(Rapportering folkehelsearbeid 2014\)](#)

Gro Sæten er bachelor i næringsmiddelteknologi (HiST), har videreutdanning i forvaltningsrett (UiT), folkehelsearbeid (UiN), samt helse og omsorg i plan (UiT). Har tidligere arbeidserfaring i næringsmiddelindustrien og innenfor miljørettet helsevern med internkontrollsystem og som tilsynsmyndighet. Hun har arbeidet som folkehelserådgiver i Rana kommune siden 2009.

Gro Sæten: Telefon: 75 14 44 56 Mobil: 90 99 88 91

E-post: gro.saeten@rana.kommune.no

Kommunene skal jobbe systematisk med folkehelsearbeid, gjøre tiltak for å møte sammensatte og komplekse utfordringer, ta i bruk alle sektorer, ha hovedfokus på befolkningsstrategier, samhandle og sikre styring med folkehelsearbeidet for å redusere volum av sykdom og bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller, innenfor de rammene og med de tjenestene kommunen er tillagt.

Folkehelsearbeidet i kommunene byr på mange utfordringer. Det er til og med vanskelig å forklare hva som er utfordrende, og for mange folkehelsekoordinatorer er det en jungel der ute. Manglende og sprikende forståelse av hva folkehelseansvaret innebærer samt omsetting av kunnskap om folkehelseutfordringer til handling i en kompleks organisasjon ser ut til å være felles utfordringer for mange kommuner. I denne artikkelen skal jeg vise hvordan Rana kommune har systematisert folkehelsearbeidet på en slik måte at vi sikrer felles forståelse, samtidig som vi klarer å gå fra kunnskap til handling. Det er også et ønske om at denne artikkelen kan bidra til å forenkle prosessen med å få på plass folkehelsearbeidet slik folkehelseloven forutsetter også for andre kommuner.

Proessen

I et langsiktig perspektiv ser jeg kommunens folkehelsearbeid i tre hovedfaser:

1. Systematisering av folkehelsearbeidet.
2. Iverksetting av systematikken – operasjonalisering av strategier.
3. Helsegevinster som følge av operasjonalisering, samhandling og bred tilnærming.

Nå er kommunen inne i fase 2, med iverksetting av systematikken som overordnet mål. Vi skal få systemet til å virke slik at vi har styring med folkehelsearbeidet.

Manglende og sprikende forståelse er en utfordring som forsinker mobilisering av folkehelsearbeidet i kommunene. Når jeg startet opp arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i 2012, ble dette identifisert som en av hovedutfordringene for kommunen. I det 4-årige oversiktsdokumentet ble det identifisert 11 utfordringer knyttet til frafall i videregående skole, spesialundervisning, levevaner og svevestøv. I tillegg ble følgende punkt identifisert som hovedutfordring: *Generell manglende forståelse og kunnskap i kommunen om folkehelseutfordringer, hvordan bakenforliggende faktorer og levevaner påvirker folkehelse, folkehelseloven og folkehelsearbeid i praksis er en utfordring som blant annet forsinker mobilisering av folkehelsearbeidet. Folkehelsearbeid er også lite synlig i Rana kommune sitt planverk.*

Det ferdige dokumentet ble vedtatt våren 2013, og lagt til grunn for utarbeiding av en egen kommunedelplan for folkehelsearbeid. Samtidig ble det gjort en omfattende opplæring blant politikere, ledere og ansatte med formål om å få en felles forståelse av hva som er de største folkehelseutfordringer og hva som er kommunens oppgave i folkehelsearbeidet i henhold til folkehelseloven.

«Kommunedelplan folkehelsearbeid 2014-2024 Rana kommune» er en litt spesiell kommunedelplan. Planen skulle vise hvordan kommunen organiserte og utøvde sitt folkehelsearbeid innenfor eksisterende rammer og med de tjenestene kommunen hadde. Det skulle være størst fokus på barn, unge og foreldre, og kommunen skulle systematisere et folkehelsearbeid basert på befolkningsstrategier. Her var det en del sprikende forståelse, blant annet fordi det i helsetenkingen tradisjonelt har vært størst fokus på enkeltindivid og risikostrategier. Folkehelseplanen ble utarbeidet som et strategisk verktøy og den ble bygd opp etter gjeldende bestemmelser i folkehelseloven.

I folkehelseloven fremgår det at kommunene skal bruke alle sine virkemidler til å fremme og utjevne befolkningens helse. Kommunene skal ha en helseoversikt med identifiserte hovedutfordringer. Dette dokumentet skal ligge til grunn for arbeid med planstrategien, samtidig som mål og strategier skal implementeres i plansystemet. Videre er kommunenes tiltaksplikt knyttet direkte til identifiserte hovedutfordringer. Men så kommer paragrafen som jeg anser som den viktigste i oppstartsfasen.

Kommunen skal i henhold til § 30 i folkehelseloven føre internkontroll for å sikre at krav i loven overholdes. Internkontrollprinsippet har som formål å sikre god styring med etterlevelse av bestemmelsene i loven og at det systematiske folkehelsearbeidet blir ivarettatt. I praksis innebærer det at kravene er tilstrekkelig kjent og forstått, at oppgavene er definert, at de som skal utføre oppgavene har nødvendig kom-

petanse og ellers andre forutsetninger for å gjennomføre aktivitetene, samt at det er betryggende rutiner for forbedring dersom oppgavene ikke ivaretas som forutsatt. Systematiseringen av folkehelsearbeidet i Rana kommune lener seg først og fremst til internkontrollprinsippet.

Hege Hofstad ved Norsk institutt for by- og regionforskning har med bakgrunn i sin forskning på folkehelseområdet klart å sette fingeren på flere av de utfordringene kommunene står overfor i folkehelsearbeidet; diffuse og tvetydige nasjonale mål, kunnskapen om påvirkningsfaktorene på helse er kompleks og til dels usikker, og strategiske valg for å møte eller løse utfordringene er vanskelige. I tillegg har vi en oppsplittet offentlig sektor der samhandling kan være utfordrende. I praksis har internkontrollprinsippet har hjulpet oss til å forstå hvordan vi kan forenkle et komplekst arbeid i en kompleks organisasjon.

Det systematiske folkehelsearbeidet

Systematikken for kommunes folkehelsearbeid bygger på krav i folkehelselovens §§ 4, 5, 6, 7 og 30. Internkontrollprinsippet ligger som nevnt til grunn for tenkingen i systematikken. Det er utarbeidet følgende dokumenter:

1. Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, herunder identifiserte hovedutfordringer (kommunens 4-års dokument, vedtatt i kommunestyre mai 2013, skal revideres våren 2015).
2. Løpende oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (kommunens hjemmeside).
3. Kommunedelplan folkehelsearbeid 2014 – 2024 (vedtatt i kommunestyre mai 2014) som viser hvordan kommunen samlet systematiserer, organiserer og utøver folkehelsearbeidet på et strategisk nivå i henhold til folkehelselovens bestemmelser, og hvordan kommunen samlet møter de utfordringene som er pekt ut som de viktigste i det samlede oversiktsdokumentet.
4. Internkontrollsystem for folkehelsearbeid etter folkehelseloven §§ 4, 5, 6 og 7. IK-systemet skal sikre styring med folkehelsearbeidet på et overordnet nivå, sikre etterlevelse av folkehelseloven, sikre at ansvar og roller er definert og sikre at vedtatt folkehelseplan gjennomføres.
5. Samarbeidsavtale med Nordland fylkeskommune om folkehelsearbeid, med tilhørende tiltaksplan for 2014.
6. Årlig folkehelse rapportering til administrativ og politisk ledelse i Rana kommune (status og fremdrift i folkehelsearbeidet i henhold til Kommunedelplan folkehelsearbeid 2014 – 2024 og samarbeidsavtale om folkehelsearbeid med Nordland fylkeskommune). Den årlige rapporteringen baseres på spørreskjema som sendes ut til sektorledere.

Tilbake til kommunedelplanen for folkehelsearbeid. Den brukes som verktøy både for iverksetting av det systematiske folkehelsearbeidet, samtidig som den er verktøy for iverksetting av de strategiene og innsatsområdene kommunen har valgt for å møte de største folkehelseutfordringene. Kommunedelplan folkehelsearbeid 2014 – 2024 setter først fokus på de viktigste forutsetningene for å få på plass et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid, herunder organisering, forankring, utvikling av kunnskap og forståelse for folkehelsearbeidet i hele organisasjonen.

Følgende er valgt som formål med planen:

1. Rana kommune skal systematisere et bredt befolkningsretta folkehelsearbeid i henhold til folkehelselovens bestemmelser.
2. Kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer, herunder sosiale ulikheter i helse skal være utgangspunkt for planlegging og tjenesteyting i Rana kommune.
3. Rana kommune skal øke forståelse og kunnskap om det brede befolkningsretta folkehelsearbeidet.
4. Folkehelseperspektivet skal implementeres i hele kommunens plansystem.

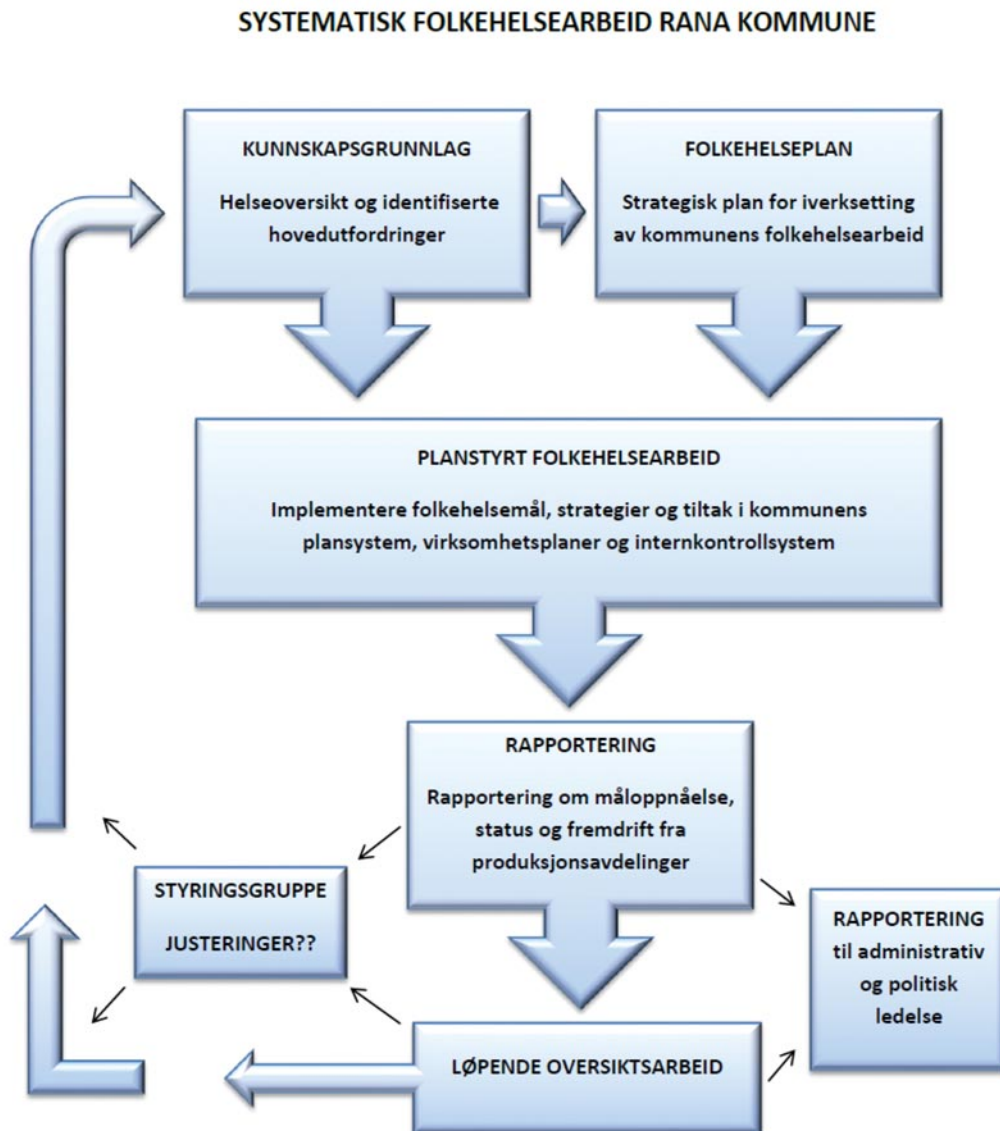
Følgende satsingsområder og strategier prioriteres i planperioden:

1. Systematisk og langsiktig folkehelsearbeid
 - Ha løpende oversikt over folkehelse og påvirkningsfaktorer som kunnskapsgrunnlag for å prioritere og evaluere innsatsområder, strategier og tiltak i kommunens folkehelsearbeid.
 - Etablere et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid basert på kunnskap om folkehelse og påvirkningsfaktorer, herunder etablering av internkontrollsystem etter folkehelseloven.
2. Helse i plan
 - Implementere folkehelseperspektiv i hele kommunens plansystem og i alle virksomhetsplaner.
3. Kompetansebygging
 - Satse på kompetansebygging for å sikre at kommunens ledelse og ansatte har nødvendig kompetanse for å ivareta ansvar og utføre folkehelsearbeidet og oppgaver som beskrevet.
4. Barn, foreldre og tidlig innsats.
 - Innsats for å bidra til styrking av foreldrerollen, med vekt på psykisk helse og levevaner. Godt samarbeid mellom tjenester mot barn.
5. God kvalitet og helsefremmende barnehager og skoler
 - Øke fokus på utjevning av sosiale helseforskjeller gjennom integrering/inkludering, læring, mestring og helsefremmende levevaner.
 - Øke kompetanse barnehager og skoler for å sikre nødvendig kompetanse til å lede og drive frem et systematisk arbeid med helsefremmende barnehager og skoler.
6. Helsefremmende arbeidsplasser
 - Rana kommune er pådriver for helsefremmende arbeidsplasser.
 - Rana kommune utvikler egen organisasjon som helsefremmende arbeidsplass.
7. Gode levevaner
 - Rana kommune som sådan fremmer gode levevaner.
8. Samarbeid med frivillig sektor og næringsliv
9. Tilrettelegging for fysisk aktivitet og møteplasser
10. Hverdagsrehabilitering

Kommunedelplanen inneholder videre en handlingsdel med 17 resultatområder, hvorav de 11 første utgjør et generelt grunnlag for et helhetlig, kunnskapsbasert og systematisk folkehelsearbeid i Rana kommune. De 6 siste resultatområdene viser hvordan kommunen av-

delingsvis prioriterer innenfor ulike satsingsområder. Slik fanger folkehelseplanen opp den tverrsektorielle karakteren som er nødvendig i folkehelsearbeidet. Til slutt viser planen hvordan rapportering skal foregå. Det er gjennom den årlige rapporteringen kommunen kan gjøre evalueringer og skape den nødvendige forbedringskulturen som internkontrollprinsippet vektlegger.

Figuren under viser hvordan oversikt og kunnskap om helsetilstand, påvirkningsfaktorer og folkehelseutfordringer er grunnlag for utforming og prioriteringer i folkehelseplanen. Videre gir helseoversikten sammen med folkehelseplanen føringer for implementering av mål, strategier og tiltak i kommunens plansystem. Alle avdelinger skal utfra sitt virksomhetsområde årlig definere konkrete mål, strategier og tiltak for å fremme helse og utjevne helseforskjeller i sine virksomhetsplaner og gjeldende internkontrollsystem. Status, fremdrift og måloppnåelse rapporteres årlig fra ledere via folkehelserådgiver til administrativ og politisk ledelse. Informasjon fra rapportering skal sammen med informasjon fra det løpende oversiktsarbeidet danne grunnlag for eventuelle justeringer av mål, strategier og tiltak ved årlig revidering av folkehelseplanen. Informasjonen skal også brukes til vurdering av behov for iverksetting av snarlige tiltak i periodene mellom planlovgivningens fireårsintervaller.



Figur 1. Systematisk folkehelsearbeid i Rana kommune

Tilbake til internkontrollprinsippet. Folkehelseloven er gjort tilstrekkelig kjent gjennom opplæring/kursing. Oppgavene som skal gjøres er beskrevet i folkehelseplanen, i internkontrollsystemet og i samarbeidsavtalen med fylkeskommunen. Vi har sikret felles forståelse gjennom opplæring, gjennom prosessen med å bygge opp det systematiske folkehelsearbeidet og gjennom administrativ og politisk behandling av oversiktsdokument, plan og rapportering. Rådmannens ledergruppe er sammen med kommuneoverlege og folkehelserådgiver etablert som styringsgruppe for folkehelsearbeidet, og styringsgruppens ansvar og oppgaver er beskrevet i internkontrollsystemet. Gjennom planen sikrer vi at de som skal utføre oppgavene har nødvendig kompetanse og ellers andre forutsetninger for å gjennomføre aktivitetene. Og gjennom rapporteringssystemet, der kommunale ledere må svare på et spørreskjema knyttet opp mot innsatsområder og strategier i planen, så sikrer vi betryggende rutiner for forbedring dersom oppgavene ikke ivaretas som forutsatt. Vurderinger i rapporten skal sammen med helseoversikten (folkehelseloven § 5) brukes som kunnskapsgrunnlag for å foreta vurderinger og eventuelle endringer av valgte strategier/tiltak i folkehelsearbeidet. Eventuelle justeringer i kommunens folkehelsearbeid fastsettes da gjennom revidering av folkehelseplanen.

Iverksetting av valgte strategier

Kommunen er også godt i gang med operasjonalisering av folkehelseplanens strategier. Som eksempel kan jeg nevne at allerede i 2011 var det stor enighet om å skape helsefremmende barnehager og skoler i Rana kommune. Nordland fylkeskommune har utarbeidet et kriteriesett med tilhørende veileder for helsefremmende barnehager og skoler. Og i Rana gjøres det nå et omfattende prosjekt i samarbeid med Polarsirkelen friluftsråd for å implementere gjeldende kriteriesett i alle barnehager og skoler. Her brukes eksisterende internkontrollsystem for miljørettet helsevern, årlig rapportering til folkehelserådgiver og tverrfaglige vurderinger av status/fremdrift som verktøy for å skape nødvendig forbedringskultur.

Avslutning/konklusjon

Systematiseringen har vært helt nødvendig for å løfte folkehelsearbeidet til et mer strategisk nivå, slik at bred tilnærming supplerer fragmenterte og personavhengige enkelttiltak. Dette har kommunen langt på vei klart, og sammenlignet med mange andre kommuner er Rana kommet langt. Iverksetting av systematikken vil skape nødvendig fremdrift, bredde, samhandling og styring.

Det jeg mente var de største utfordringene - manglende forståelse og omsette kunnskap til handling, mener jeg kommunen har klart å imøtekomme gjennom et omfattende grunnarbeid knyttet til opplæring og systematisering av folkehelsearbeidet. Det anses ikke som store utfordringer lenger. Det oppleves stor enighet om videre fremdrift på tvers av sektorer og på tvers av politiske parti, og de ulike sektorene har fått større forståelse om sammenhenger mellom helseutvikling i befolkningen og sine respektive tjenesteområder.

Andre gevinster som jeg ser komme er bedre samhandling og en form for «tverrsektoriell forbedringskultur», der kommunen er mye mer bevisst på å bruke vurderinger i rapporten sammen med kunnskap om helse i befolkningen til å gjøre justeringer i tjenestene, eller eventuelt forebygge i andre sektorer. Med det omfattende arbeidet som gjøres i barnehager og skoler, og med internkontrollsystem som verktøy ser jeg også at det er en annen type forbedringskultur på vei her.

Nå ser jeg at den største utfordringen fremover vil være manglende statistikk om sammenhenger mellom sosioøkonomiske ulikheter og helse over tid. Vi har mye statistikk som konstaterer at det er sammenhenger mellom sosial status og helse. Men vi mangler i stor grad statistikk som gjør at vi kan følge med over tid på kommunenivå. For eksempel vet vi at det er sammenhenger mellom frafall i videregående skole og foreldrenes utdanningsnivå. Men det finnes ikke statistikk som sier noe om innsatsen i helsesøstertjenesten, barnehage og skole for å styrke foreldrerollen, fremme helse og jevne ut grunnleggende kunnskaper virkelig bidrar til å minske helseforskjellene. Gjør vi det bra nok? Har vi den nødvendige forståelsen? Burde vi gjøre justeringer eller andre prioriteringer? Vi klarer rett og slett ikke å ivareta følge-med-ansvaret godt nok på det viktigste området – sosiale helseforskjeller.

Gro Sæten

Referansekode i 'Helserådet': MET 2015 – 10. Stikkord: Rana kommune. Sæten, Gro.

Forskning.no 3.2.2015:

Kommunene har bedre oversikt over folkehelsen

Etter samhandlingsreformen har norske kommuner fått bedre oversikt over helsen i befolkningen. Kommuner med mange innvandrere satser sterkest på å forebygge sykdom.

[Jan-Tore Berghei](#) kommunikasjonsansvarlig

En artikkel fra
[NIBR - Norsk institutt for by- og regionforskning](#)

Samhandlingsreformen startet i 2012. Den skal bidra til at pasienter og brukere får tidlig og god hjelp når de trenger det i hjemkommunen. Folkehelseloven styrker også kommunenes ansvar og plikter for forebygging og helsefremmende arbeid.

Meningen er at dette skal føre til flere tilbud til de som ønsker å legge om levevaner som fører til sykdom – for eksempel å endre kostholdet eller å komme i gang med fysisk aktivitet.

Men hvordan ligger norske kommuner an nå, tre år etter oppstarten?

Bedre oversikt

Det viser seg at kommunene har fått bedre oversikt, men at oppfølgingen bare er i startfasen. Å kartlegge folkehelsen har nå blitt et krav til kommunene.

– Mange flere kommuner har begynt arbeidet med å kartlegge helsetilstanden i sin befolkning etter oppstarten, og dette er det området hvor samhandlingsreformen har hatt en klar effekt. Det sier forsker og professor Arild Schou ved NIBR og Høyskolen i Buskerud og Vestfold, som har ledet prosjektet.

110 av 309 kommuner har kartlagt folkehelsen i befolkningen i 2014, noe som er en økning på 20 prosent siden 2011.

– En slik økning på bare to år er mye, sier Schou.

– Samtidig er det fortsatt tidlig å forvente at arbeidet med å følge opp folkehelseloven skal være gjennomført i et flertall av kommunene, sier forsker Marit Helgesen, medarbeider på prosjektet.

Funnene er basert på undersøkelser NIBR har gjennomført om folkehelse i norske kommuner i 2011 og 2014 – ett år før og to år etter reformoppstarten våren 2012.

Folkehelseloven et vendepunkt

Når det gjelder oversikten over helsetilstanden, har det skjedd det en betydelig endring etter reformstarten i 2012. Selv om norske kommuner jobbet med dette før reformen ble innført, representerer folkehelseloven et vendepunkt.

– Tidligere lovgivning på området har vært for utydelig, og gjennom den nye folkehelseloven stiller myndighetene nå mer konkrete krav til kommunene om å kartlegge helsetilstanden og de positive og negative påvirkningskreftene på helsen til sin befolkning enn før, sier Schou.

Hele 75 prosent av kommunene mener at de har fått mer kompetanse om folkehelsen, og at dette har skjedd som en direkte følge av reformen.

Oversikten over helsen i befolkningen blir brukt i planer og tiltak i kommunene. Dette kan for eksempel være krav til utformingen av boliger og økt utbygging av sykkelvei, turstier og grøntområder. Dette har en kjent helsefremmende effekt.

Men når det gjelder oppfølgingen av oversiktsarbeidet, altså hva kommunene faktisk har gjort med all helseinformasjonen, er kommunene helt i startgropa. Mindre enn en femtedel rapporterer å ha fulgt opp oversikten med politiske og administrative tiltak, som for eksempel endring i prioriteringer innen samferdsel, eller økt fokus på forebygging for spesielt utsatte grupper i samfunnet.

Folkehelsearbeid er blitt viktigere i kommuneapparatet

I mange tilfeller foregår arbeidet med folkehelse nå på tvers av sektorer, altså innen andre etater i kommunen enn bare helseforetakene, som for eksempel innenfor kultur og utdanning. Folkehelse er tydeligere for hele organisasjonen enn det har vært tidligere.

I tillegg har ikke folkehelsekoordinatoren like ofte en helsesjef eller kommunelege som sjef, men jobber nå i større grad under plansjefen. Det betyr at koordinatoren nå sitter høyere opp i systemet, og dermed har fått mer gjennomslagskraft enn før.

– Det faktum at flere kommuner nå har ansatt koordinator, styrker inntrykket av at de er viktigere enn før, konkluderer forskerne.

Innvandrerrike kommuner har fokus på folkehelse

Kommunene med flest innvandrere som er blant dem som har best oversikt over helsen til befolkningen.

Hele 109 kommuner har et spesielt fokus på forebygging og helsefremmende tiltak blant innvandrere.

Prosjektet har hatt et spesielt fokus på kommuner med en stor innvandrerbefolkning, og er en del av en større forskningsbasert evaluering av reformen (Evasam) som gjennomføres i regi av Forskningsrådet. Sluttrapporten kommer til vinteren.

Referanser (lenkene nedenfor er alle direkte klikkbare)

Arild Schou, Marit Helgesen og Hege Hofstad (2014): [Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør – En nasjonal oversikt over status i kommuner to år etter reformoppstart med et spesielt blikk på innvandrerrike kommuner](#), NIBR-rapport 2014:21, Norsk institutt for by- og regionforskning, ISBN: 978-82-8309-043-7

Marit K. Helgesen, Hege Hofstad, Lars Risan, Ingun Stang, Grete Eide Rønningen, Cathrine Lorentzen og Ursula Småland Goth (2014): [Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner](#), NIBR-rapport 2014:3, Norsk institutt for by- og regionforskning, ISBN 978-82-8309-013-0

Trond Vedeld og Hege Hofstad (2014): [Tilnærming, modeller og verktøy i oversiktsarbeidet. En kunnskapsoppsummering](#), NIBR-rapport 2014:23

Dette er hele artikkelen fra [Forskning.no](#). Du får også tilgang til den, inkl. en orientering om boken *Helsefremmende lokalsamfunn* av Nina Sletteland og Ruth Marie Donovan, ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/2015/01/kommunene-har-styrket-arbeidet-med-folkehelsen>.

Referansekode i 'Helserådet': HST 2015 – 7. Folkehelse. Lokal folkehelse.

Oppdatering fra Skadeforebyggende forum - Velkommen til årsmøte og konferanse 23. april

(Red.: alle de viste lenkene i denne artikkelen er direkte klikkbare)

[Velkommen til konferanse og årsmøte 23. april 2015](#)

I forbindelse med årsmøtet inviterer vi til konferanse. Vi skal belyse fire temaer; ny Folkehelsemelding, personlig sikkerhet - HMS i hverdagen, helsekrav til førerkort og hvordan vi kan jobbe med synliggjøring av skadeforebyggende arbeid. Konferansen er gratis og åpen for alle interesserte.

Årsmøtet er Skadeforebyggende forums høyeste organ. Årsmøtet skal godkjenne årsberetning og årsregnskap, godkjenne mål og tiltaksplaner samt budsjett, velge medlemmer til styret og valgkomitéen, og behandle innkomne forslag. Betalende medlemmer har stemmerett, og rett til å sende inn forslag til behandling på årsmøtet. Evt forslag må være sekretariatet i hende senest 13. mars. Saksdokumenter vil gjøres tilgjengelige senest en uke før årsmøtet.

Tid / sted: konferanse kl 10 – 14, årsmøte kl 14 – 15, Håndverkeren Oslo

Påmelding til post@skafor.org innen 12. april

[Nettverksmøte for Trygge lokalsamfunn \(TL\) 23.-24. april](#)

Norge har Europas største nettverk for Trygge lokalsamfunn – og stadig nye kommuner slutter seg til. Nettverksmøtene er en viktig arena for informasjons- og erfaringsutveksling og faglig oppdatering. Vårens nettverksmøte holder vi dagen etter årsmøtet /konferansen slik at man kan få med seg begge arrangementene. Borås kommune i Sverige vil være representert for å fortelle om hvordan man der har involvert lag og foreninger i TL-arbeidet. Hvis man søker om kommunale tilskudd til idrett og andre aktiviteter i Borås skal man også aktivt bidra i arbeidet for å gjøre kommunen trygg og sikker. Her finnes ideer å hente. Anne Slåtten fra Vestfold fylkeskommune vil orientere om evalueringen som er gjennomført av TL-arbeidet i Vestfold. Evalueringen viser at TL-arbeidet har bidratt til et mer systematisk og kunnskapsbasert arbeid med skade- og ulykkesforebygging. Arbeidet har dessuten bidratt til et større fokus på folkehelse blant kommunens ledelse og blant politikerne.

Vi ønsker kommuner og fylker velkommen til en dag med nettverksbygging og kunnskapsutvikling! Mer informasjon og påmeldingsfrist finner du på nettsidene.

Østfold viser vei

Fem kommuner i Østfold; Askim, Halden, Hvaler, Råde og Trøgstad deltar på et kompetansekurs for Trygge lokalsamfunn. Det er Østfoldhelsen som har tatt initiativ og lagt rammene for kurset. Kommunelegen, planavdelingen og folkehelsekoordinatoren deltar på fire seminardager og utvikler i fellesskap lokale planer for det videre arbeidet. Mellom seminarene skal det arbeides på hjemmeplan – planer skal forankres, opplysninger skal innhentes etc. Seminarene tar utgangspunkt i Trygge lokalsamfunns nasjonale modell og det nye veiledningsmaterialet som er utviklet. Vi ønsker Østfoldkommunene lykke til – og håper andre fylker følger etter.

[Skadeforebyggende forum utlyser masterstipend](#)

Vi vil stimulere masterstudenter til å skrive oppgaver som belyser problemstillinger knyttet til skader, ulykker og forebyggingsmuligheter og utlyser derfor - som en prøveordning to masterstipend á kr 10.000. Stipendene er åpne for studenter innenfor alle studieretninger.

Nasjonale ulykkestall for 2014

Tallene for 2014 er ennå ikke offisielle, men foreløpige tall viser; 55 døde i brann (62 i 2013, og kun 40 i 2012), 110 druknet (119 i 2013 og kun 61 i 2012), 152 døde i trafikken (190 i 2013 og 148 i 2012). Det kan ofte være store forskjeller fra et år til et annet – det er viktigere å se på tendenser og utvikling enn å se tall fra et spesielt år. Arbeidstilsynet har registrert 43 dødsulykker (foreløpige tall). Bygg- og anleggsbransjen og landbruk topper ulykkesstatistikken. Utlendinger er overrepresentert når det gjelder arbeidsulykker.

”Kulere med brodder enn med gips”

Det har vært en utfordrende vinter og mange glatte gangveier og fortau. Bare i Oslo er det tusen kilometer gangvei og fortau som skal brøytes og strøs, og da er det vanskelig å få ressursene til å strekke til. Legevakten i Oslo kan vitne om stor pågang av skadde. Men mange har også oppdaget at det går an å finne løsninger. Salget av brodder har aldri vært større. Sjelden har et forebyggingsprodukt slått igjennom så fort – helt uten bidrag eller nasjonale informasjonskampanjer. I Sverige er det flere kommuner som deler ut gratis brodder til sine eldre. Er det noen norske kommuner som gjør det samme? Hva med brodder på blå resept?

Nyttig å vite:

- Trygge lokalsamfunn skal sende inn [årsrapporter](#) innen utgangen av februar.
- [Skjerpet helsekrav til førerkort i Møre og Romsdal](#) har bedret trafikksikkerheten. Det viser en ny rapport fra TØI utarbeidet på oppdrag av Skadeforebyggende forum og Møre og Romsdals fylkeskommune.
- På nettsidene våre finner du omtale og presentasjoner fra høstens to seminarer; [”Forutsetninger for vitalitet og livskvalitet i eldre år”](#) og [”Innhenting og bruk av skadedata”](#).

- Skadeforebyggende forum er, som styremedlem i EuroSafe, med og arrangerer et seminar om barnesikkerhet på den europeiske folkehelsekonferansen i Milano, 14. – 17. oktober 2015. "[Health in Europe – from global to local policies, methods and practices](#)".
- [Nasjonal folkehelsekonferanse 2015](#) har "Det nære friluftslivet" som tema. Den finner sted i Oslo 26. og 27. oktober 2015
- "[Involvement of Grassroots : the First Step to a Global Vision on Community Safety Promotion](#)". Det blir arrangerer internasjonale Safe Community konferanser annet hvert år. Årets konferanse finner sted i Nan, Thailand, 22-25 November 2015.
- [Frykter du glatta? Slik faller du smartere](#). NRK Østlandssendingen har lagt ut en film om hvordan du kan falle uten å skade deg.

For mer informasjon, ta kontakt med oss på post@skafor.org

Hilsen Eva J Vaagland, daglig leder

Videresend gjerne vårt nyhetsbrev til andre som kan være interessert i temaet. Skadeforebyggende forum, Pb 2473, Solli, 0202 OSLO, 23 28 42 00, post@skafor.org, www.skafor.org

Skadeforebyggende forum er en sentral møteplass for skadeforebyggende arbeid i Norge. Vi jobber for å bringe parter sammen som kan og vil skadeforebygging. Vårt mål er å forebygge alvorlige ulykker og fremme forebyggende arbeid. Sammen med medlemmer og samarbeidspartnere arbeider vi for et tryggere samfunn. Vi arbeider tverrsektorielt og utgår fra et livsløpsperspektiv.

Referansekode i 'Helserådet': SKA 2015 – 3. Stikkord: Skadeforebyggende forum.

Forskning.no 26.1.2015:

Fotobokser halverer antall døde og skadde

På veier der det er installert fotobokser i årene 2004 til 2010, er antall døde og alvorlig skadde omtrent halvert, ifølge en rapport fra Transportøkonomisk institutt (TØI).

Antall personskadeulykker er redusert med nesten en tredel den første kilometeren etter fotoboksene viser [rapporten](#) (direkte klikkbar lenke).

Transportøkonomisk institutt har på oppdrag fra Vegdirektoratet evaluert data fra 223 fotobokser installert langs norske veier mellom 2000 og 2010. Funnene viser at antall personskadeulykker er redusert med 22 prosent på strekninger fra 100 meter før til 1 kilometer etter fotoboksene. Antall døde og hardt skadde ble redusert med 24 prosent på de samme strekningene.

Se hele artikkelen fra Forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/bil-og-trafikk/2015/01/fotobokser-halverer-antall-dode-og-skadde>.

Referansekode i 'Helserådet': SKA 2015 – 2. Stikkord: Fotobokser.

DAGENS
Medisin

Oppdatert 27.01.15 Nyheter

Brukte 3 år på utredning om HPV-vaksine

HPV-VAKSINE TIL GUTTER?: Kunnskapssenteret har brukt over tre år på å utrede spørsmålet om HPV-vaksine til 12-årige gutter.

Etter tre års utredning konkluderer Kunnskapssenteret at prisen på HPV-vaksinen avgjør om det er kostnadseffektivt å gi den til gutter.

Vaksine mot humant papillomavirus (HPV) til gutter beskytter mot kjønnsvorter, men prisen på vaksinen avgjør om den er kostnadseffektiv.

- Prisen avgjør

Det viser en ny systematisk oversikt og en ny metodevurdering fra Kunnskapssenteret.

Det var Folkehelseinstituttet som i 2011 ba Kunnskapssenteret om å vurdere om flere; både gutter og jenter skal få HPV-vaksinen som en del av det nasjonale barnevaksinasjonsprogrammet. Kunnskapssenteret har tidligere uttalt at rapporten har tatt tid å lage, fordi prosjektet var omfattende.

Nå har Kunnskapssenteret konkludert med at det er prisen som avgjør om vaksinen er kostnadseffektiv.

Forfatterne av rapportene har tatt utgangspunkt i hva vaksinen koster ut fra apoteket:

– Vi går ut fra den maksimale utsalgsprisen for apotek fordi den endelige prisen er et resultat av prisforhandlinger mellom produsentene og FHI og er ikke offentlig kjent. Dersom prisen blir lav nok kan vaksinerings av gutter bli kostnadseffektiv, sier Enrique Jiménez ved Kunnskapssenteret til Dagens Medisin.

HPV-vaksinering ble innlemmet i det norske barnevaksinasjonsprogrammet i 2009, som et tilbud til jenter på 11–12 år. Nå vurderer Nasjonalt folkehelseinstitutt å utvide barnevaksinasjonsprogrammet og også tilby vaksine til 12 år gamle gutter.

Du får tilgang til hele denne artikkelen fra Dagens Medisin ved å gå inn på eller klikke på http://www.dagensmedisin.no/nyheter/brukte-3-ar-pa-utredning-om-hpv-vaksine-/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 47. Stikkord: HPV-vaksine. Gutter.

DAGENS
Medisin Nyheter 6.1.2015

Vil gjøre nok en vurdering av HPV-vaksine

Nå vil Folkehelseinstituttet gjøre en egen vurdering av om HPV-vaksine skal gis til 12-årige gutter.

Til tross for at Kunnskapssenterets eksperter har brukt over [tre år på å utrede spørsmålet om 12-årige gutter skal få HPV-vaksine](#) (direkte klikkbar lenke til den artikkelen som også er omtalt ovenfor), skal Folkehelseinstituttet (FHI) gjøre en egen vurdering i spørsmålet, ifølge avdelingsdirektør ved vaksineavdelingen ved FHI, Britt Wolden:

– Det vi vil gjøre nå er å etablere en faggruppe med interne og relevante eksperter. De vil komme med en faglig anbefaling som vi, hvis den er positiv, vil sende departementet, sier Wolden.

- Behov for enda mer vurdering

– *Det er over tre år siden Kunnskapssenteret fikk oppdraget fra dere om å utrede dette. De har levert to rapporter. Er det behov for enda mer vurdering?*

– Ja, vi mener det er mange aspekter her som må sees på, blant annet setter rapporten guttevakinasjon opp mot økt jentevakinasjon. I alle tilfeller er det grunn til å se nærmere på rapporten.

– *Kunnskapssenteret har brukt noen år på oppdraget dere ga dem. Hva mener du om det?*

– De har gjort en stor jobb, og den videre ekspertgruppen vår har nå et godt kunnskapsgrunnlag, så vi ser for oss en helt annen fremdrift på den.

– *Dersom dere sier ja til innføring av vaksinen, når vil den innlemmes i barnevaksinasjonsprogrammet?*

– Dette vil ta bortimot et halvt til ett år. Dersom departementet sier ja, må eventuelle tilbud forberedes, og så videre, sier Wolden.

Anne Grete Storvik

anne.grete.storvik@dagensmedisin.no

Dette er hele artikkelen i Dagens Medisin. Du får også tilgang til den ved å gå inn på eller klikke på http://www.dagensmedisin.no/nyheter/vil-gjore-nok-en-vurdering-av-hpv-vaksine/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 48. Stikkord: HPV-vaksine. Gutter.

Forskning.no 27.1.2015:

Ebola-tallene faller kraftig i Afrika

Men fortsatt fare for at den kan blusse opp igjen på landsbygda.

Tallet på nye syke halveres rundt hver annen uke i de hardest rammede landene i Afrika, viser den siste oppdateringen fra verdens helseorganisasjon WHO. Sierra Leone er aller hardest rammet, så følger Liberia og Guinea.

I uka 12. - 18. januar ble 145 nye mennesker syke i de tre landene, 117 i Sierra Leone. Rundt toppen i november og desember ifjor ble over 500 syke hver uke i dette landet.

Fryktelig, men mindre enn fryktet

Tross fryktelige følger for de som er rammet, har heller ikke epidemien i Afrika blitt så stor som de alarmerende beregningene fra september ifjor, da epidemien utviklet seg raskt.

Det statlige folkehelseinstituttet Center for Disease Control and Prevention varslet da om at nærmere halvannen million kunne bli smittet, hvis også underrapportering ble tatt med i beregningene.

De siste tallene fra WHO viser derimot at det totale antallet smittede i de tre hardest rammede landene er 21 689. Av dem døde 8626, altså nesten 40 prosent.

Se hele artikkelen fra Forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/helse-helsetjeneste-helseadministrasjon-sykdommer-virus/2015/01/ebola-epidemien-ser-ut-til-do-ut-i>.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 52. Stikkord: ebola.

DAGENS
Medisin Oppdatert 27.01.15 Nyheter

Forskningsprosjekter om ebola får EU-støtte

Åtte prosjekter får til sammen to milliarder kroner til å utvikle hurtigdiagnostikk og vaksinasjonsprogram mot ebola.

EU-kommisjonen har kunngjort at den vil støtte åtte forskningsprosjekter, med hensikt å bekjempe ebolautbruddet i Vest-Afrika. De åtte prosjektene skal finansieres med til sammen 215 millioner euro, noe som tilsvarer nærmere to milliarder kroner.

Drøyt halvparten av finansieringen kommer fra EUs forskningsprogram «Horizon 2020», mens de resterende midlene kommer fra legemiddelprodusenter som deltar i forskningsprosjektene.

Vil utvikle og produsere vaksine

Tre av de åtte prosjektene vil gjennom kliniske studier undersøke effektiviteten og tryggheten ved de mest lovende kandidatene til en vaksine mot ebolaviruset.

Et fjerde prosjekt tar sikte på å utvikle et opplegg for å produsere en vaksine i stor skala, mens et femte prosjekt skal utvikle strategier og verktøy for å sørge for høy etterlevelse i et eventuelt vaksinasjonsprogram.

Hurtigdiagnostikk

De resterende tre prosjektene tar sikte på å utvikle metoder for hurtigdiagnostikk av ebolasmittede. Blant disse er et prosjekt der både danske, svenske og finske forskningsmiljøer deltar.

Sistnevnte har satt som mål å utvikle en test som kan utføres av utrent personale, som ikke krever avansert utstyr, og som skal gi svar allerede etter 15 minutter, ifølge danske Statens Serum Institut, som er blant deltagerne i prosjektet.

Øyvind Bosnes Engen

oyvind.bosnes.engen@dagensmedisin.no

Dette er hele artikkelen fra Dagens Medisin. Du får også tilgang til den ved å gå inn på eller klikke på http://www.dagensmedisin.no/nyheter/atte-forskningsprosjekter-om-ebola-far-eu-stotte/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 54. Stikkord: ebola.

Forskning.no 31.1.2015:

Spår influensa med store data

Amerikanske forskere kombinerer data fra Google og offentlig helseregister.

Forskerne har forbedret tjenesten Google Flu Trends, slik at den blir mer pålitelig, og til og med kan forutsi en uke hvordan influensaen vil spre seg i USA.

Google Flu Trends samler inn opplysninger om hvem som har søkt på ord som kan forbindes med influensa, og hvor. Tolking av disse opplysningene har gitt sanntidsinformasjon om spredning av influensaepidemier.

- Les også: [Influensaen er på vei](#) (direkte klikkbar lenke)

Det har gitt Google Flu Trends et forsprang på opplysningene fra det offentlige helseinstituttet U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), som først offentliggjøres to uker seinere.

Du får tilgang til hele denne artikkelen fra Forskning.no samt annet relatert materiale ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/epidemier-virus-internett-data/2015/01/spar-influensa-med-internett>.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 56. Stikkord: Influensa.

DAGENS
Medisin

Oppdatert 30.01.15 Nyheter

– Halvparten av sprøytemisbrukerne får kronisk hepatitt C

Viruset er en viktig dødsårsak blant godt voksne rusmiddelbrukere i Norge, ifølge forsker Knut Boe Kielland.

OSLO/DIAKONHJEMMET: – Som en tommelfingerregel kan vi si at omtrent halvparten av dem som har brukt sprøyte i misbrukssammenheng har en kronisk hepatitt C-infeksjon, sier Knut Boe Kielland.

Han er forsker ved Nasjonalt kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk helse ved Sykehuset Innlandet, og har forsket på hepatitt C-forekomst og dødelighet blant injiserende rusmiddelbrukere.

Under fagseminaret DM Arena om hepatitt C torsdag, la han frem noen av funnene: Etter å ha hatt hepatitt C-infeksjon i 25 år, vil rundt en tredjedel utvikle alvorlig leverfibrose eller skrumplever. Og etter fylte 50 år er leversykdom en viktig dødsårsak blant injiserende rusmiddelbrukere.

Ett av fire dødsfall skyldtes leversykdom

Kielland viser blant annet til en studie der man har fulgt et utvalg på 328 hepatitt C-smittede injiserende rusmiddelbrukere i en periode på 33 år. Blant 34 dødsfall hos personer over 50 år, skyldtes ni av dem leversykdom. Til sammenligning sto øvrige sykdommer for elleve dødsfall til sammen i den samme gruppen

En annen studie, der man obduerte 62 hepatitt C-smittede injiserende rusmiddelbrukere, konkluderer med at en tredjedel av dem over 45 år hadde utviklet alvorlig leverfibrose (F3) eller skrumplever (F4). Til sammenligning gjaldt dette drøyt ti prosent i gruppen mellom 30 og 45 år, og ingen av dem under 30 år.

– Uten antiviral behandling må det forventes at en betydelig andel av dem som har fått hepatitt C-viruset via stoffinjeksjoner vil utvikle alvorlig leversykdom og etter hvert leversvikt og leverkreft, sier Kielland.

0,5 prosent har viruset

Mens forekomsten av hepatitt C-viruset i flere deler av verden nærmer seg ti prosent – i land som Egypt er den til og med høyere – har Norge og de øvrige skandinaviske landene en forekomst på rundt 0,5 prosent. I de hardest rammede landene er det først og fremst eldre mennesker som er smittet, på grunn av slett medisinsk praksis, ifølge Kielland.

– I disse landene synker faktisk prevalensen ved naturlig avgang. I vestlige, industrialiserte land er det derimot yngre, og etter hvert midaldrende, stoffmisbrukere som dominerer.

Øyvind Bosnes Engen

oyvind.bosnes.engen@dagensmedisin.no

Dette er hele artikkelen i Dagens Medisin. Du får også tilgang til den (inkl. bilde og billedtekst) ved å klikke eller gå inn på http://www.dagensmedisin.no/nyheter/rundt-halvparten-av-sproytemisbrukerne-far-hepatitt-c/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 60. Stikkord: Hepatitt C.

Vil eliminere hepatitt i Norge

DM ARENA: Hanne Nøkleby, fagdirektør i Folkehelseinstituttet fortalte torsdag kveld om den nye nasjonale strategien for bekjempelse av hepatitter i Norge, på Dagens Medisins fagseminar om Hepatitt C torsdag kveld.

Undergrupper

– Det skal ikke være mulig å bli smittet av hepatitt i Norge, sa Nøkleby om målsettingen med strategien.

Ifølge Nøkleby har arbeidsgruppen bak strategien oppnevnt undergrupper som skal jobbe spesifikt med henholdsvis hepatitt C og innvandrerhelse, samt skrivegrupper for hepatitt A, B og E.

– For undergruppen om innvandrerhelse er problemstillingen hvor vi finner dem som har problemer i innvandrerbefolkningen. Dette handler vel mest om de godt voksne i denne delen av befolkningen, som ikke er dem som lettest tar kontakt med helsevesenet og det offentlige Norge generelt, sier Nøkleby.

Ambisiøst

Nøkleby har tidligere sagt til Dagens Medisin at visjonen med strategien er ambisiøs: Det langsiktige målet er å eliminere hepatitt i Norge.

– Vi skal ikke være mindre ambisiøse enn WHO. Sammenlignet med resten av verden har vi i Norge en forholdsvis lett match, sier Nøkleby.

Ifølge Knut Boe Kielland, Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, i Sykehuset Innlandet er det rundt 20.000 personer med Hepatitt C i Norge.

Hvert år anslår man at det oppstår mellom 600 og 700 nye tilfeller med kronisk infeksjon. Den største gruppen er personer mennesker som har injisert eller som injiserer stoff.

Øyvind Bosnes Engen

oyvind.bosnes.engen@dagensmedisin.no

Anne Grete Storvik

anne.grete.storvik@dagensmedisin.no

Dette er hele artikkelen i Dagens Medisin. Du får også tilgang til den, inkl. bilde og billedtekst, ved å gå inn på eller klikke på http://www.dagensmedisin.no/nyheter/vil-eliminere-hepatitt-i-norge/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 61. Stikkord: Hepatitt C.

.....

Forskning.no 31.1.2015:

Gravide blir syke av dårlig samliv

Godt samliv kan ha mer og si for mor og barns helse under graviditeten enn tidligere antatt.

Krangling, usikkerhet og høyt konfliktnivå med partneren kan føre til at gravide blir mer utsatt for å få influensa, forkjølelse eller andre infeksjonssykdommer.

Dette viser en ny studie som har undersøkt om det er sammenheng mellom dårlig samliv og fysiske sykdommer hos gravide.

– De som har et dårlig samliv har dobbelt så stor risiko for å få en infeksjonssykdom som de som lever i gode parforhold, forteller stipendiat Roger E. Henriksen ved Høgskolen i Bergen.

Henriksen har gjennomført studien som en del av sin doktorgrad.

Du kan se hele denne artikkelen fra Forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/svangerskap-samliv/2015/01/gravide-blir-syke-av-darlig-samliv>.

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2015 – 8. Stikkord: Svangerskap. Samliv.

.....

Unge jenter får subsidiert P-stav og spiral

– Dette er vi veldig glad for, sier overlege Sigurd Hortemo i Statens legemiddelverk. Stortinget har vedtatt å inkludere p-stav, kobberspiral og hormonspiral i den såkalte bidragsordningen som subsidierer prevensjon til jenter i alderen 16 til 19 år.

– Færre graviditeter

Overlege i Statens legemiddelverk, Sigurd Hortemo, viser til at Legemiddelverket lenge har argumentert for en slik ordning.

– Dette er vi veldig glad for. Mange jenter synes det er vanskelig å huske å ta prevensjon hver dag, og stor internasjonale undersøkelser har vist at det blir færre graviditeter når man bruker langtidsvirkende prevensjon. Sannsynligvis brukes denne prevensjonsformen for lite i Norge i dag. Dette bidrar til at jentene lettere får tilgang til denne, sier Hortemo til Dagens Medisin.

For et halvt år

Det åpnes også for at jentene kan hente ut p-piller for et halvt år av gangen - og som tidligere for ett år av gangen ved lengre utenlandsopphold.

Anne Grete Storvik

anne.grete.storvik@dagensmedisin.no

Dette er hele artikkelen fra Dagens Medisin. Du får også tilgang til den, inkl. bilde og billedtekst, ved å gå inn på eller klikke på http://www.dagensmedisin.no/nyheter/--unge-jenter-far-subsidiert-p-stav-og-spiral/?utm_source=apsis-amp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified. Lenken inneholder også tilgang til en del relaterte artikler.

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2015 – 10. Stikkord: Prevensjon. Spiral. P-stav.



Helsedirektoratet

Bedre seksualundervisning i grunnskolen gjennom «Uke 6»

(De viste lenkene er alle klikkbare)

For femte gang tilbyr foreningen Sex og Politikk gratis undervisningsmaterieell om seksualitet for grunnskolen gjennom kampanjen «Uke 6». Når den årlige kampanjen starter denne uka, kommer rundt 50 000 av landets grunnskoleelever til å få undervisning fra «Uke 6».

Uke 6 består av gratis materieell til undervisning om seksualitet på 4.-10. trinn i grunnskolen, en nettside til elever på 7.-10. trinn med informasjon og aktiviteter, og mulighet til deltagelse i en årlig kampanjeuke – uke 6.

Uke 6 er primært rettet mot undervisning på 4.-10. trinn i grunnskolen, men kan også benyttes av andre som underviser eller tar opp spørsmål rundt seksualitet med barn og unge.

Uke 6, 2015 inneholder

- Gratis undervisningsmaterieell
- Egen nettside rettet mot elever på 7.-10. trinn (sexfordeg.no)
- Lærerveiledning til nettsiden

Emner i Uke 6 grunnmaterieell

- Et trygt læringsrom i seksualundervisningen
- Identitet, kjønn og familier
- Kropp og pubertet
- Følelser og forelskelse
- Prevensjon og seksuelt overførbare infeksjoner, (8.-10. trinn)

Uke 6 egner seg for arbeid med relevante kompetansemål i blant annet naturfag, samfunnsfag, RLE og norsk, og for å fremme trivsel og fo-
rebygge mobbing.

Materieellet består av flere ulike metoder og øvelser (sexogpolitikk.no) – klare til bruk og med et fokus på at elevene skal oppleve språket og emnene som relevante. Man kan benytte en enkelt øvelse eller flere, ut fra mål med undervisningen og tid til rådighet.

Påmelding

Påmelding er gratis og uforpliktende, men nødvendig for å få tilsendt linker til det elektroniske materialet og annen relevant informasjon.

- [Påmeldingsskjema for bruk i grunnskolen \(sexogpolitikk.no \)](#)
- [Påmeldingsskjema for bruk utenom skolen \(sexogpolitikk.no \)](#)

Bakgrunn

Uke 6 i Norge er basert på kampanjen «Uge Sex», utarbeidet og formidlet av Sex & Samfund i Danmark. Uke 6 er en årlig kampanje, lansert i 2011 med tilskudd fra Helsedirektoratet.

Mer informasjon om Uke 6 og kontaktopplysninger hos [Sex og Politikk – foreningen for seksuell og reproduktiv helse og rettigheter \(sexogpolitikk.no\)](#).

Referansekode i 'Helserådet': SEX 2015 – 9. Stikkord: Uke 6. Seksualundervisning.

Forskning.no 31.1.2015:

Eldre stordrikkere kan få slag

Risikoen øker med en tredjedel ved mer enn to glass vin, viser langsiktig studie av svensker.

Folk i 50- og 60-årene øker faren for slag med rundt en tredjedel hvis de drikker mer enn to glass vin hver dag. Tsjekiske forskere har trukket disse opplysningene ut av Svenska Tvillingregisteret.

Tvillingregisteret er verdens største i sitt slag, og har fulgt 85 000 svenske tvillinger med spørreskjema, telefonintervjuer, helsekontroller og prøvetaking siden det ble opprettet i 1961.

Får slag fem år tidligere

Denne store og langsiktige helseundersøkelsen viser at den eneggede tvillingen i et par som hadde fått slag, hadde drukket mer i ganske høy alder enn den andre tvillingen som ikke hadde fått slag.

Disse opplysningene kom fra et utvalg av 11 644 tvillinger. De ble intervjuet første gang i 1967, og fulgt opp i 43 år, fram til 2010.

- Les også: [Å sammenligne tvillinger](#) (direkte klikkbar lenke)

De eldre stordrikkere risikerer å få slag fem år tidligere i alderdommen, uansett hvordan de har levd da de var yngre eller om de har arvelige anlegg for slag, ifølge en nyhetsmelding fra Journal of the American Heart Association, der studien er publisert.

Du kan se hele denne artikkelen ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/helse-aldring-alkohol-og-narkotika/2015/01/eldre-stordrikkere-kan-fa-slag>.

Referansekode i 'Helserådet': RUS 2015 – 6. Stikkord: Eldre. Stordrikkere. Hjerneslag.

DAGENS
Medisin

Oppdatert 30.01.15 Nyheter

Høy kostnad hindrer smittevern

Mens brukerne etterspør behandling for å bekjempe smitte av hepatitt C-viruset, er helsemyndigheter og politikere bekymret for prislappen.

OSLO/DIAKONHJEMMET: – Skal målet med hepatitt C-behandling være å forhindre leversykdom, eller skal det også være et mål å bekjempe smitte? Det er det store spørsmålet, og det har ikke vært til politisk behandling, sier stortingspolitiker Kjersti Toppe (Sp).

Dette var én av problemstillingene som var oppe til debatt under fagseminaret DM Arena om hepatitt C torsdag. Noe av bakgrunnen for debatten er de mange direktevirkende antivirale legemidlene mot hepatitt C som er lansert det siste drøye året. Disse behandler infeksjonen langt mer effektivt enn den tradisjonelle behandlingen, og de har nesten ikke bivirkninger.

Imidlertid har de [skyhøye kostnadene til disse legemidlene](#) fått både [helsemyndighetene og fagmiljøet til å vise tilbakeholdenhet](#). Ettersom mange kan leve med kronisk hepatitt C i flere tiår uten å merke symptomer, er det anbefalt at kun personer med alvorlige leversykdommer skal få behandlingen (begge de viste lenkene er direkte klikkbare).

Se hele artikkelen i Dagens Medisin ved å gå inn på eller klikke på http://www.dagensmedisin.no/nyheter/hoy-kostnad-hindrer-smittevern/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified .

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 59. Stikkord: Hepatitt C.

DAGENS
Medisin

Oppdatert 26.01.15 Nyheter

Får 25 millioner til borreliose-studie

Sørlandet sykehus er tildelt 25 millioner kroner til et omfattende forskningsprosjekt for å forbedre diagnostikk og behandling av borreliose.

- Gjennom fem ulike delprosjekter skal vi blant annet øke kunnskapen om langtidsplager etter borreliose, bedre metodene for å diagnostisere borreliose, og finne den beste behandlingen, sier prosjektleder Harald Reiso, rådgiver ved i Nasjonal kompetansetjeneste for flåttbårne sykdommer ved Sørlandet sykehus.

Fem-årsperiode

Forskningsmidlene er tildelt over fem år. Satsingen er forankret i de regionale helseforetakene (RHFene) sin strategigruppe for forskning og i de regionale samarbeidsorganene. Det er de fire regionale helseforetakene som bevilger midlene, mens Forskningsrådet har administrert utlysningen og gjennomført kvalitetsvurderingen av søknadene.

Se hele artikkelen i Dagens Medisin ved å gå inn på eller klikke på http://www.dagensmedisin.no/nyheter/far-25-millioner-til-borreliose-studie/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified .

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 46. Stikkord: Borreliose.

Forskning.no 27.1.015:

Lungekreft mer dødelig enn brystkreft for kvinner

For første gang er det farligere for europeiske kvinner å få lungekreft enn brystkreft.

Rundt 90 000 kvinner kommer antakelig til å dø av brystkreft i EU-landene i 2015. Flere enn 87 000 vil dø som følge av lungekreft. Det viser beregninger forskere i Italia og Sveits har gjort.

Det vil fortsatt vil være flere som dør av brystkreft. Men det er altså en høyere andel av dem som får lungekreft som vil dø, enn blant dem som har brystkreft.

Blant norske kvinner har det vært slik i noen år allerede. Siden år 2000 har det vært høyere risiko for å dø av lungekreft enn av brystkreft, ifølge [Folkehelseinstituttet](#) (direkte klikkbar lenke).

Lungekreft er den kreftformen som tar livet av flest mennesker i Norge. I 2012 stod lungekreft for i underkant av 20 prosent av dødsfallene, ifølge Kreftregisteret. Lungekreft, brystkreft og tykktarmkreft tar flest liv blant norske kvinner med kreft.

Se hele artikkelen fra Forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/helse-kreft/2015/01/lungekreft-mer-dodelig-enn-brystkreft-kvinner> .

Referansekode i 'Helserådet': HST 2015 – 5. Lungekreft. Brystkreft.

Forskning.no 28.1.2015:

- Dropp frokosten med god samvittighet

Vil du ned i vekt er det like greit å kutte ut frokosten, råder ernæringsprofessor. Mange av oss er uansett ikke sultne om morgenen.

Er du blant dem som fortsatt sliter med etterdønningene av store og feite julemiddager, eller rett og slett trenger noen tips om hvordan du effektivt kan gå ned i vekt.

For hva fungerer egentlig? Derom strides de lærde. For selv om ekspertene er enige om mye, så er det noen som stadig utfordrer vedtatte sannheter innen ernæringsfaget.

En av dem er [Birger Svihus](#). Han er professor ved NMBU og syns ikke vi skal gjøre slanking til et vanskelig tema. Selv la han på seg to til tre kilo i jula, som medførte en bilring rundt magen som nå er borte vekk. Metoden er ifølge ernæringsprofessoren enkel.

Se hele artikkelen fra [Forskning.no](http://forskning.no) ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/mat-og-helse-slanking/2015/01/den-beste-slankekuren-er-lage-din-egen-diett-dropp-frokosten-med-god> .

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2015 – 12. Stikkord: Frokost. Overvekt.

Forskning.no 27.1.2015:

Helse-Norges minst fornøyde har lav utdanning

De som kun har fullført grunnskolen er mindre fornøyd med norsk helsevesen enn det høyt utdannede er. - Kanskje føler høyt utdannede pasienter seg mer på nett med behandlerne, tror forskerne bak den ferske undersøkelsen.

Hva synes folk om sine møter med fastleger og sykehus?

2700 personer i Norge har besvart en spørreundersøkelse som helseforskere ved Sintef Teknologi og samfunn har gjennomført i samarbeid med Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL).

Svarene viser at andelen fornøyde øker med lengden på utdanningen.

– Vi kan ikke ut fra undersøkelsen si hvorfor det er slik. Men en mulig forklaring er at det handler om kommunikasjon. Kanskje er folk med lang utdanning flinkere enn andre til å filtrere ut relevant informasjon fra ulike kilder og dermed flinkest til å stille de rette spørsmålene på legekontor og sykehus. Her møter de behandlere som er høyt utdannet i likhet med dem selv. Kanskje føler disse pasientene seg mer på nett med behandlerne enn det folk med lav utdanning gjør, sier Karin Dyrstad.

Lavt utdannede har flest helseplager

Spørreundersøkelsen bekrefter også at personer med lav utdanning har dårligere helse enn folk med høy utdanning.

Skillet går ikke bare mellom de med lav og høy utdanning. Undersøkelsen viser for eksempel at de med treårig høyere utdanning er mer utsatt for helseplager, og mindre fornøyd med helsevesenet, enn de som i tillegg har hovedfag eller mastergrad.

Se hele artikkelen fra [Forskning.no](http://forskning.no) ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/helsetjeneste-helseadministrasjon-skole-og-utdanning/2015/01/helse-norges-minst-fornoyde-har-lav> .

Referansekode i 'Helserådet': ULI 2015 – 4. Stikkord: Helseplager. Tilfredshet.

DAGENS
Medisin Oppdatert 02.02.15 Debatt

Tenk alternativt om verdien av et leveår!

Å nekte for at man trenger en grense i det hele tatt, er å rømme fra realitetene. Uten en grenseverdi vil sterke grupper lettere få det de vil, mens de som ikke klarer å rope så høyt, vil tape.

Hans Olav Melberg, førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo

HVOR BØR grensen gå for hvor mye ressurser vi skal bruke for å få et ekstra leveår? I England har man satt grensen til rundt 350.000 kroner. Ting som koster mer enn dette, vil man som regel si nei til.

I Norge har vi ingen offisiell grense. Det burde vi ha, men grensen bør ikke trekkes på samme måte som i England.

JA TIL GRENSER. Det er to grunner til at vi bør ha en grense. For det første ønsker vi mange ting i livet, og da kan vi ikke bruke alle ressursene på helse. Man kan godt mene at grensen bør være høy fordi helse er viktig, men å nekte for at man trenger en grense i det hele tatt, er å rømme fra realitetene. Spesielt i en verden der ny teknologi gjør at vi får stadig oftere må velge om vi vil betale betydelige beløp for litt å øke sjansen for å få litt bedre helse.

I tillegg kommer et annet og like viktig argument for en grense. Uten en grenseverdi vil sterke grupper lettere få det de vil, mens de som ikke klarer å rope så høyt, vil tape. Man kan da få en situasjon der man bruker veldig mye ressurser på noen pasienter, og mye mindre på de tause taperne. For å unngå en slik urettferdighet, er det viktig å sette en grense som alle må forholde seg til, uansett hvor sterke stemmer de har.

HVOR GÅR GENSEN? Det finnes ulike metoder for å finne ut hva folk i gjennomsnitt er villige til å betale for å få en sjanse til å leve litt lengre. En mulighet er å be folk om å velge mellom ulike alternativer der noen gir lengre levetid, men mindre av noe annet. Indirekte kan man da lese fra svarene hvor mye de er villige til å betale for ulike goder.

Det kan være mye nyttig informasjon i slike spørreundersøkelser, men de har en begrensning: Ord er billige. Det er lett å si at noe er mye verdt, så lenge man ikke må følge opp ordene med handling. En annen metode er derfor å undersøke hva folks handlinger sier om hvor mye de er villige til å betale for ulike goder. For eksempel kan omfanget av hvor mye vi investerer i sikkerhetsutstyr, si noe om hvor vi mener grensen for helseinvesteringer bør ligge. I transportsektoren er denne grensen satt til rundt 30 millioner kroner per sparte liv når man skal investere i sikkerhetsutstyr.

EN STOR SVAKHET. Dersom man bruker disse undersøkelsene til å sette grensen, vil man, for eksempel, si ja til helsetiltak som koster mindre enn 350.000 kroner for hvert gode leveår.

Det høres riktig ut å bruke en felles grense basert på betalingsvillighet, men denne måten å gjøre ting på, skjuler en stor svakhet. Når vi sier ja til noe, får vi færre ressurser til andre ting. Det er innlysende, men det har også en viktig og mindre innlysende implikasjon: Grensen for når man skal si ja, bør trekkes på en slik måte at ja-et ikke fortrenger andre ting som var bedre.

TENK ALTERNATIVT! Enkelt sagt vil vi ikke dytte noe inn hvis det presser noe annet ut som var bedre. Det mest relevante spørsmålet for å fastsette en grenseverdi, blir dermed ikke hva vi generelt vil være villig til å betale, men verdien på det som faktisk blir fortrent. Hvis vi sier ja til å legge en pasient i respirator, mister vi muligheten for en annen person. Terskelen for når vi bør si ja til en ny behandling, bør derfor ikke være høyere enn det vi får av dagens tiltak. Så lenge man må forholde seg til faste budsjettammer, er det lite klokt å si ja til en ny kreftbehandling hvis den ikke samlet gir oss mer enn det vi har med dagens tiltak. Den informasjonen vi trenger for å ta slike avgjørelser, er ikke folks generelle betalingsvillighet, men informasjon om hvor mye vi får for ulike tiltak i dag.

SKANDALØS MANGEL? Når det gjelder hvor mye man får for de siste kronene investert på ulike helseområder, vet vi skandaløst lite. Noe av grunnen er at det er vanskelig, men det er ikke umulig.

I England er det gjennomført en stor studie der man så på variasjoner i ressursbruken på ulike sykdomsgrupper mellom de ulike helse-regionene og ulikheter i dødelighet for de samme sykdomsgruppene. Slik kunne man beregne hvor mange flere leveår man fikk når man endret ressursbruken på noen områder. I gjennomsnitt viste det seg da at forholdet mellom ressurser og dødelighet tydet på at dagens tiltak i kostet rundt 150.000 kroner per leveår for de siste millionene man brukte. Dette tyder på at helsesektoren gir mye igjen i forhold til andre sektorer. På et overordnet nivå kan man da si at det betyr at man gjerne kan bruke mer på helse. På andre nivå, der man må forholde seg til faste budsjetter, betyr det at man ikke bør si ja til tiltak som koster mer enn 150.000 kroner.

Vi vet ikke hva beløpene er i Norge, og det er en viktig oppgave å kartlegge hvor mye man får igjen for ressursbruken på ulike områder. Ikke fordi man ønsker å kutte, men fordi man ønsker å fordele ressursene riktig. Det er umulig å ta korrekte beslutninger om prioritering uten å vite mer om verdien på det man gjør i dag. Det er mye man ikke vet, men å ta beslutninger på hvordan man skal bruke ressursene uten å vite hva som fortregnes, synes som en av de mer alvorlige manglene man kan ha når man skal prioritere.

Kronikk og debatt, Dagens Medisin 02/2015
Hans Olav Melberg

Dette er hele artikkelen fra Dagens Medisin. Du får også tilgang til den ved å gå inn på eller klikke på http://www.dagensmedisin.no/debatt/tenk-alternativt-om-verdien-av-et-leavear/?utm_source=apsis-ang-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified.

Referansekode i 'Helserrådet': HØK 2015 – 1. Stikkord: Leveår. Verdien av et leveår. Melberg, Hans Olav.

Kommunal-rapport.no 28.1.2015:

Dieslbiler kan få kjøreforbud i Oslo neste vinter

Dieslbiler kan få kjøreforbud i deler av Oslo allerede neste vinter på dager med helsefarlig høy luftforurensning.

Av NTB

28. januar 2015 - 8:52

(Oppdatert: 28. januar 2015 - 8:52)

Snart får trolig kommunene selv bestemme å innføre lavutslippssoner. Bystyret i Oslo har lenge ønsket å pålegge dieslbiler kjøreforbud innenfor Ring 2 i Oslo sentrum, men har ikke fått lov av Stortinget. Nå ser det ut til at flertallet snur, og åpner for lavutslippssoner, skriver [VG](#).

Myndighetene definerer en lavutslippssone som et geografisk avgrenset område hvor kommunen kan sortere bilparken ut fra utslippsegenskapene, for å bedre luftkvaliteten.

Høyre og Ap bekrefter overfor avisen at de vil støtte et forslag fra Venstre om lovendring slik at kommunene selv kan regulere dette.

– Får vi hjemmel til å etablere lavutslippssoner, så kan det være på plass allerede neste vinter. Da er det aktuelt å stenge Oslo sentrum for dieslbiler innenfor Ring 2, eventuelt Ring 1, og samtidig øke kapasiteten kraftig på kollektivtransport, sier byrådslederen i Oslo, Stian Berger Røsland (H).

Forslagsstiller og leder av energi- og miljøkomiteen på Stortinget, Ola Elvestuen, er glad for at forslaget nå har flertall.

– Det er gledelig at det nå er flertall for Venstres forslag om å gi kommunene mer radikale og kraftfulle virkemidler for å få bukt med den lokale luftforurensningen, sier han.

(©NTB)

Flere artikler om

- [Energi og miljø](#) (direkte klikkbar lenke)

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2015 – 11. Stikkord: Luftforurensning. Dieslbiler.

Forskning.no 29.1.2015:

Miljøgifter knyttet til tidlig overgangsalder

Stoffer i plast og andre husholdningsprodukter kan forstyrre hormonbalansen vår. Kvinner med høye nivåer av stoffene i kroppen kom tidligere i overgangsalderen.

Ting vi bruker hver dag, fra plastemballasje til sminke, kan være skadelige for oss.

Hormonforstyrrende stoffer kan muligens [påvirke alt fra forplantningsevne til kreft, ADHD og diabetes](#). (direkte klikkbar lenke)

Forbrukerrådet har [ropt varsko om både kosmetikk og tyggis](#) etter funn av slike stoffer. Men det er fortsatt mye vi ikke vet om hvor skadelige stoffene er.

En rekke studier har antydnet uheldige virkninger på evnen til å få barn, av for eksempel [hormonforstyrrende hodepinetabletter](#) og [såper som kan gi menn nedsatt sæd kvalitet](#), og nedsatt sexlyst. (direkte klikkbar lenke)

NRK melder at gift i plast kan gjøre at [kvinner får problemer med å få barn](#). (direkte klikkbar lenke)

Nå viser en ny studie at kjemikaliene også henger sammen med tidlig overgangsalder.

I hvert fall kom kvinner med høye nivåer av slike stoffer i overgangsalderen 2-4 år tidligere enn andre kvinner.

Du kan se hele artikkelen fra Forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/helse-miljogifter-seksualitet/2015/01/miljogifter-knyttet-til-tidlig-overgangsalder> .

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2015 -13. Stikkord: Miljøgifter. Infertilitet. Overgangsalder.



Helsedirektoratet

30.1.2015:

Sterkere advarsler på snus

Helseadvarslene på snusbokser skal endres fra at snus «kan være» til at snus «er» helseskadelig og avhengighetskapende. Det er EU som har besluttet dette, og endringen trer i kraft i mai neste år.

Dessuten blir advarslene større og flere. Advarselen skal dekke minst 30 prosent av toppen på snusboksen og den skal også stå i bunnen. EUs tobakksdirektiv ble vedtatt i fjor, og Norge som EØS-land har to års frist på å sette det i verk.

- Grunnen til at formuleringen skal endres fra «kan være» til «er» er at det har kommet ny forskning på snus og helseskader siden det forrige direktivet i 2001. I tillegg har det kommet mer forskning på helseadvarslenes effekt, sier helsedirektør Bjørn Guldvog.

En av fem unge snuser

Den daglige snusbruken i befolkningen har gått opp de siste årene, og det ser i hovedsak ut til å skyldes økningen blant unge. 9 prosent av befolkningen i Norge bruker snus daglig, mens det blant unge i alderen 16-24 år er 21 prosent som sier at de snuser daglig. De 21

prosentene blant unge tilsvarer om lag 130 000 personer. I tillegg til de som snuser daglig, sier 8 prosent at de bruker snus av og til. Det er 27 prosent som bruker snus daglig blant unge menn, og 14 prosent blant unge kvinner.

- Vi er bekymret for økningen i snusbruk blant unge og mener at bestemmelsene i EU-direktivet vil bidra til å gi ungdom riktig informasjon. Mange unge tror at snus er mindre helseskadelig enn det er fordi det står «kan være helseskadelig» på snusboksene, sier Guldvog og peker på at det er særlig bekymringsfullt at det stadig blir flere unge jenter som snuser.

Les mer om [helseskader av snus \(helsenorge.no\)](http://helseskader.av.snus(helsenorge.no)) (direkte klikkbar lenke).

Bekymret for gravide

- Det kommer stadig mer forskning som viser at snusing i svangerskapet er farlig for barnet. Det kan føre til redusert fødselsvekt, økt risiko for prematur fødsel og dødfødsel. Snus er avhengighetsskapende, og for mange er det vanskelig å slutte når de blir gravide, påpeker helsedirektøren.

[Nasjonalt folkehelseinstitutt kom i november i fjor med en ny rapport om helseskader ved snusbruk](#) (direkte klikkbar lenke). Rapporten konkluderer med at snus er kreftfremkallende og øker risikoen for kreft i bukspyttkjertelen, spiserøret og munnhulen. Graden av økt kreftrisiko henger sannsynligvis sammen med hvor tidlig man begynner med snus, hvor ofte og mye man bruker og hvor mange år man bruker snus.

- Helsedirektoratet vil jobbe mer med informasjon til ungdom om snus dette året. Det er en viktig del av oppfølgingen av tobakksfri skoletid som trådte i kraft i sommer, sier Guldvog.

Referansekode i 'Helserådet': TOB 2015 – 10. Stikkord: Snus.

Forskning.no 1.2.2015:

Søvnløshet er ikke bra for blodtrykket

Hyperaktive mennesker spesielt utsatt.

[Arnfinn Christensen](#), Journalist

Forsøkspersoner som brukte mer enn 14 minutter på å sovne i en standardisert test, hadde tre ganger så stor risiko for høyt blodtrykk som folk med god nattesøvn. Hvis innsovningen tok 17 minutter, ble risikoen firedoblet.

- Les også: [Mindre syk med god søvn](#) (direkte klikkbar lenke)

Forskere på West China Hospital i Kina har funnet at denne sammenhengen er koblet til en spesiell psykisk tilstand av å være oppspilt.

Kronisk oppspilte

Denne tilstanden finnes i to varianter. Den mest alvorlige varer døgnet rundt, og har store konsekvenser for hjerte og karsystemet, ifølge en nyhetsmelding fra American Heart Association, som publiserer resultatene i tidsskriftet Hypertension.

De kronisk oppspilte klager over utmattelse og tretthet om dagen. Problemet deres er at de ikke kan slappe av, og at de er hyper, sier en av forskerne, Alexandros Vgontzas, i nyhetsmeldingen.

- Les også: [Hjerneforandringer gir søvnløse eldre og demente](#) (direkte klikkbar lenke)

Forskerne studerte 219 middelaldrende kronisk søvnløse, som hadde hatt problemer i mer enn et halvt år. Disse ble sammenlignet med 96 i samme aldersgruppe som sov godt.

Resultatene ble kontrollert for andre mulige påvirkningsfaktorer, som fedme, pustevansker under søvn (søvnapné), sukkersyke, røyking og kaffedrikking.

Spesielt for denne gruppen er faktisk at selv om de drikker kaffe, blir de ikke oppkvikket av koffeinet. Tilstanden av oppspilthet og tilhørende utmattelse bare forverres, ifølge nyhetsmeldingen.

Ikke bare om natta

Det nye med denne kinesiske studien er at søvnløsheten kobles til en kronisk tilstand som varer både natt og dag. En tidligere kanadisk studie fra 2009 viste at blodtrykket steg hos søvnløse om natta.

[En norsk-finsk studie fra 2013](#) (direkte klikkbar lenke) viser også at søvnløshet kan øke risikoen for hjerteinfarkt med en halv gang. Dette kan komme av en stressreaksjon i kroppen, ifølge førsteforfatteren, Børge Sivertsen.

Denne studien er gjort med materiale fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 2 og 3) i perioden 1995-97 og 2006 og 2008.

Studien avslørte også at søvnløshet også kan gi en rekke andre sykdommer, blant annet depresjon og angst, astma, fibromyalgi, leddgikt, slitasjegikt og benskjørhet.

Årsaken er her at søvnløsheten fører til utmattelse, og dermed til mindre fysisk aktivitet, ifølge Sivertsen.

Referanse: (direkte klikkbar lenke)

[Nyhetsmelding fra American Heart Association, om studien fra West China Hospital
Insomnia Is Bad For The Heart; Increases Blood Pressure, artikkel i Science Daily fra 2009.](#)

Dette er hele artikkelen fra Forskning.no. Du får også tilgang til den samt til en del relaterte artikler ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/helse-hjertet-sovn/2015/01/sovnloshet-er-ikke-bra-blodtrykket>.

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2015 – 17. Stikkord: Søvnløshet. Høyt blodtrykk.

Forskning.no 1.2.2015

Flere veggedyr i Norge

Sjekker du inn på et hotellrom i storbyer som New York eller London, bør du være ekstra nøye med hvem du tar med deg hjem i kofferten.

Problemet med veggedyr har økt sterkt også i Norge. Vi nærmer oss nå trolig 2000 registrerte tilfeller i året.

Siste året helsemyndighetene har tall for er 2013 med over 1600 tilfeller – en firedobling fra noen få år tidligere.

Veggedyret lever utelukkende av blod. Det foretrekker menneskeblod.

Både helseforskere og helsemyndighetene er bekymret.

Ikke ufarlig likevel

Lenge het det seg at veggedyrene er ekle og ubehagelige – men heldigvis ikke farlige.

I takt med at skadedyrproblemet har økt dramatisk internasjonalt, øker også forskningslitteraturen om veggedyra. Dessverre kommer det nå stadig flere studier som hevder at veggedyr kan gjøre mer skade enn å bite, suge blod og gi deg ubehagelig kløe.

En ny studie som amerikanske forskere har foretatt på mus i laboratorium, viser at veggedyr kan overføre den fryktede parasitten *Trypanosoma cruzi*. Den forårsaker Chagas sykdom, også kalt amerikansk sovesyke. Sykdommen kan føre til hjertesvikt og død. Minst 10 000 mennesker dør hvert år på grunn av sykdommen, viser beregninger forskerne har gjort.

Men dette er altså en studie på mus. Foreløpig vet vi ikke om parasitten også kan overføres til mennesker via veggedyr.

I en annen studie publisert i 2013 antyder amerikanske forskere at veggedyr kan gi mennesker anemi, altså blodmangel. Med lavere blodvolum vil små barn raskere kunne få blodmangel på grunn av de blodsugende dyra.

Og en studie fra 2014 finner at mennesker som har hatt veggedyr på soverommet har økt risiko for søvnproblemer, angst og depresjon.

Se hele artikkelen fra Forskning.no ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/dyreverden/2015/01/veggedyr-skadedyr-insekter-anemi>.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 57. Stikkord: Veggedyr.



(Foto: Science Photo Library/Scanpix)

 **Helsedirektoratet**

Nytt Nøkkelhull fra 1. mars

Mindre salt og mer fullkorn, og flere nye produktgrupper som kan nøkkelhullmerkes. Den 1. mars trer den nye forskriften i kraft, og kravene for å benytte merket er strengere og tydeligere.

Nøkkelhullet er myndighetenes merkeordning for matvarer som inneholder mindre mettet fett, sukker og salt og mer fiber enn andre sammenlignbare produkter. Da nøkkelhullordningen ble lansert i 2009, var det første gang myndighetene i flere nordiske land gikk sammen om en felles merkeordning for sunnere matvarer. Nå har forskriften blitt revidert, og endringene trer i kraft fra første mars. De gamle reglene gjelder parallelt i en overgangsperiode på ett og et halvt år, det vil si frem til 1. september 2016.

[Les den nye Nøkkelhullforskriften \(lovdata.no\)](http://lovdata.no)

– Merkeordningen er dynamisk, og den skal revideres når det er kommet ny kunnskap eller når matvaremarkedet endres. Det er et viktig mål at merkeordningen stimulerer til produktutvikling i en sunnere retning i tråd med ernæringsanbefalingene, sier Merethe Steen, seksjonssjef merking og kvalitet i Mattilsynet.

De nye mulighetene og revideringen av kriteriene betyr at antall nye matvaregrupper øker fra 25 til 33.

– Nøkkelhullet er en viktig bidragsyter til et bedret kosthold i befolkningen. Reviderte kriterier og flere matvaregrupper vil gjøre det lettere for folk å velge matvarer med mindre mettet fett, sukker og salt, og mer fiber. Vi gleder oss til å se flere nøkkelhullprodukter i hyllene, sier Hilde Skyvulstad, avdelingsdirektør befolkningsrettet folkehelsearbeid i Helsedirektoratet.



De viktigste endringene

Mindre salt, mettet fett og sukker og mer fullkorn

- Det er innført kriterier for maksimalt saltinnhold i kjøtt- og fiskeprodukter.
- Kravet til saltinnhold er strammet inn med inntil 20 prosent i matvaregrupper som kornblandinger, brød, margarin, matolje, ferdigretter, pizza/pirog, bagett/wraps og supper. Saltkravet for ost er lempet noe. Det er også nytt at salt skal merkes som salt, ikke natrium, slik at det blir enklere for forbrukeren å forstå merkingen.
- Det har vært kriterier for totalt fettinnhold siden nøkkelhullordningen ble etablert. Dette er opprettholdt, men det legges nå større vekt på innholdet av mettet fett.
- Kriteriet for innholdet av tilsatt sukker er strammet inn i noen grupper.
- Krav til innhold av fullkorn er økt med 20 prosent for brød og bagetter/wraps og med 100 prosent for pizza/piroger og lignende produkter.

Nøkkelhullet på flere varer

Med de nye reglene kan enda fler matvarer nøkkelhullmerkes, dersom de oppfyller kravene. Nye produktgrupper som kan merkes er mindre ferdigretter med minst 50 prosent grønnsaker og frukt, usaltede nøtter, dressinger av olje og eddik, sauser til middagsretter, glutenfritt brød, laktosefri melk og friske krydderurter. Småretter med mye grønnsaker og frukt er tatt inn for å stimulere til utvikling av flere produkter med disse ingrediensene. Dressing og saus er store produktgrupper hvor det er viktig å veilede forbrukerne til alternativene med mindre salt og mettet fett.

Uemballert brød, kjøtt og ost kan markedsføres med Nøkkelhullet

Tidligere har bare ferdigpakke matvarer og fersk frukt, grønnsaker og fisk i ferskvareriskene kunnet merkes med Nøkkelhullet. Nå kan også brød, knekkebrød, kjøtt og ost som oppfyller nøkkelhullkravene, men ikke er innpakket, markedsføres med Nøkkelhullet dersom virksomheten på anmodning kan opplyse om grunnlaget for bruk av Nøkkelhullet. Dette kan gjøre det mulig for forbrukerne å finne nøkkelhullmerkede produkter også i ferskvareravdelingene i butikkene.

Kontakt

For pressehenvendelser om regelverket og høringen:
Mattilsynets pressevakt, tlf. 469 12 910

For henvendelser til Helsedirektoratet:
Live Bøe Henriksen, tlf. 990 02 600

Fakta om Nøkkelhullet

- Nøkkelhullet er et symbol som skal gjøre det enkelt for folk å velge sunnere matvarer innen matvaregrupper og dermed øke muligheten til å sette sammen et sunt og variert kosthold i tråd med myndighetenes kostråd.
- Nye nordiske næringsstoffanbefalinger (NNR2012) ligger til grunn for kriteriene
- Merkeordningen setter krav til minimumsinnhold av kostfiber og maksimumsinnhold av fett, mettet fett, salt og sukker i matvarer som inngår i merkeordningen.

- Sammenlignet med andre matvarer innen samme varegruppe, oppfyller produkter med Nøkkelhullet ett eller flere av disse kravene. En matvare merket med Nøkkelhullet betyr derfor at den er et sunnere valg innen sin matvaregruppe.
- Nøkkelhullet er en enkel og tydelig merking som veileder forbrukerne i en travel handlesituasjon og er dermed et verktøy for å gjøre det lettere å sette sammen et sunt og variert kosthold.
- Hensikten med ordningen er også å stimulere matvarebransjen til å utvikle flere produkter med mindre fett, sunnere fettsyresammensetning, mindre salt og sukker samt med mer kostfiber, fullkorn, grønnsaker og frukt.
- Bruk av Nøkkelhullmerket utløser krav om at ferdigpakkevarer må merkes med en næringsdeklarasjon. Slik kan forbrukerne enkelt sjekke innholdet av næringsstoffer i produktet. Frukt, bær, grønnsaker, fisk og sjømat er unntatt fra dette kravet. Brød, knekkebrød, kjøtt og ost som oppfyller nøkkelhullkravene, men ikke er innpakket, kan også markedsføres med Nøkkelhullet.
- Nøkkelhullet er en frivillig merkeordning for sunnere matvarer som myndighetene i Norden står bak. I Norge er det Helsedirektoratet og Mattilsynet som har ansvaret for ordningen. Nøkkelhullmerket var opprinnelig en svensk merkeordning.
- Nøkkelhullet er et svensk, registrert varemerke som eies av Livsmedelsverket i Sverige.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2015 – 14. Stikkord: Nøkkelhullet.

HPV-vaksine til gutter?

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113711> .

På bestilling fra Folkehelseinstituttet har Kunnskapssenteret utarbeidet to rapporter om beskyttende effekt og kost-nytte av HPV-vaksine til gutter. Rapportene inngår som del av beslutningsgrunnlaget når instituttet skal gi råd om HPV-vaksine til gutter bør inn i barnevaksinasjonsprogrammet.

Folkehelseinstituttet har ansvar for å gi faglige råd til Helse- og omsorgsdepartementet om hvilke vaksiner som bør inngå i barnevaksinasjonsprogrammet. I disse vurderingene vektlegges omfang og alvorlighetsgrad av den aktuelle sykdommen og dokumentasjon av vaksinens sikkerhet og effekt. Rapportene fra Kunnskapssenteret vil inngå i instituttets samlede vurdering av hvorvidt HPV-vaksine til gutter bør innføres i barnevaksinasjonsprogrammet. Folkehelseinstituttet vil nå nedsette en arbeidsgruppe med eksterne og interne medlemmer for å vurdere dette.

- [Kostnadseffektivitet: HPV-vaksine også til gutter?](#) (Kunnskapssenteret) (direkte klikkbar lenke)



Illustrasjonsfoto: Copyright Colourbox

HPV- vaksine ble innført i barnevaksinasjonsprogrammet for jenter i 2009 for å forebygge livmorhalskreft. Det er økende kunnskap om at HPV kan ha sammenheng med kreftformer som også rammer gutter og menn. Kunnskapssenterets ene rapport konkluderer med at vaksinen reduserer forstadier av analkreft hos menn som har sex med menn. Det er ikke tilstrekkelig datagrunnlag til å kunne si om HPV-vaksinering også reduserer forstadier til peniskreft. Rapporten viser videre at HPV-vaksine beskytter mot kjønnsvorter hos gutter og menn.

I den helseøkonomiske analysen konkluderer Kunnskapssenteret med at det ikke ser ut til å være kostnadseffektivt å vaksinere gutter i tillegg til jenter. Kostnadseffektiviteten er imidlertid sterkt avhengig av vaksineprisen.

Publisert: 27.01.2015, endret: 04.02.2015, 14:23

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 49. HPV vaksine. Gutter.

Folkehelse rapporten 2014 - nå også på papir og som pdf

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113742> .



Folkehelse rapporten 2014 foreligger nå i papirutgave som kan bestilles eller lastes ned som pdf-dokument. Rapporten inneholder oversiktskapitler, enkeltkapitler om ulike sykdommer og tilstander, risikofaktorer og helsefremmende faktorer, samt kapitler som tar for seg tema som befolkning, historie og sykdomsbyrde.

Her kan du [bestille eller laste ned Folkehelse rapporten 2014 Helsetilstanden i Norge](#)

Folkehelse rapporten 2014 foreligger også som enkeltkapitler på Folkehelseinstituttets nettsider:

- [Folkehelse rapporten 2014 netttutgaven](#)

(De viste lenkene er direkte klikkbare)

Sammen med en rapport fra Helsedirektoratet ble Folkehelse rapporten 2014 overlevert til Helse- og omsorgsdepartementet i 2014. Rapportene er grunnlagsdokumentene for en stortingsmelding om folkehelse i 2015.

Publisert: 28.01.2015, endret: 10.02.2015, 08:21

Referansekode i 'Helserådet': HST 2015 – 6. Stikkord: Folkehelse rapporten

Utbrudd av smittsomme sykdommer i Norge - årsrapport 2013

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=111237> .

Helserådet Nr. 5/15. 6.mars 2015. 23. årgang

Årsrapporten «Utbrudd av smittsomme sykdommer i Norge 2013» gir en oversikt over utbrudd varslet til Folkehelseinstituttet i 2013. Denne rapporten bygger på informasjon fra det vevbaserte systemet for utbruddsvarsling (Vesuv) som inneholder informasjon om utbrudd av smittsom sykdom i befolkningen og årsaken til utbruddene, basert på lovpålagt varsling til instituttet.

I 2013 mottok Folkehelseinstituttet 198 varsler om mistenkte eller bekreftede utbrudd. Halvparten (102) var varslet fra helseinstitusjoner. Ved 62 av utbruddene var det mistanke om smitte fra næringsmidler. Totalt ble 3 833 personer rapportert syke i forbindelse med disse utbruddene.

For utbrudd i helseinstitusjoner var norovirus og meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) de hyppigst forekommende agens, med henholdsvis 72 og 8 utbrudd.

Det vanligste agens angitt ved næringsmiddelbårne utbrudd var norovirus (13 utbrudd); etterfulgt av *Salmonella*, *Campylobacter*, enterohemoragisk *E. coli* (EHEC), Hepatitt A -virus og *Shigella sonnei* (to utbrudd hver).

- Det er antagelig fortsatt en stor underrapportering av utbrudd. En rask og mer fullstendig varsling av utbrudd gjør at sentrale myndigheter kan se det enkelte utbrudd i nasjonal sammenheng, sier lege Bernardo Guzman Herrador i Avdeling for infeksjonsovervåkning ved Folkehelseinstituttet.

- En god og fullstendig utbruddsvarsling gir oss en oversikt over den epidemiologiske situasjonen i landet. Da kan vi også varsle utbruddene i det internasjonale nettverket og gi råd og informasjon der det er behov, sier han.

Publisert: 29.07.2014, endret: 29.07.2014, 13:16

Referansekode i 'Helserådet': HST 2015 – 8. Stikkord: Utbrudd.



Ny europeisk rapport:

Zoonoser og næringsmiddelbårne utbrudd i 2013

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113737>.

Zoonoser er sykdommer som kan smitte mellom dyr og mennesker. Rapporten med tall på europeisk nivå viser at *Campylobacter* var den vanligste årsaken til infeksjon hos mennesker. Tidligere økte forekomsten år for år, men nå ser det derimot ut som om antall tilfeller har stabilisert seg og tallene for 2013 er på samme nivå som for 2012.

Sykdommene beskrevet i rapporten forårsakes av ulike typer smittestoff (agens) som bakterier, virus, sopp, parasitter og prioner. Rapporten er utarbeidet av EUs mattrykkesorgan (EFSA) og Det europeiske smitteverninstituttet (ECDC). I zoonoser rapporten fra EFSA og ECDC for 2013 er også tallene fra Norge med.

Antallet rapporterte *Salmonella*-tilfeller fortsetter å synke for åttende året på rad. *Campylobacter* er nå den zoonosen som forårsaker flest sykdomstilfeller i Europa, men det er *Salmonella* som fremdeles er opphav til de fleste rapporterte næringsmiddelassosierte sykdomsutbruddene.

- Til tross for nedgangen i antall humane tilfeller av campylobacteriose er infeksjonen fremdeles den hyppigst rapporterte zoonosen i Europa, og det er nok litt for tidlig å si om dette er begynnelsen på en nedadgående trend eller ikke, sier rådgiver Solveig Jore i avdeling for infeksjonsovervåkning ved Folkehelseinstituttet.

Bakterien *Campylobacter* kan forårsake sykdom med diaré og feber, og finnes oftest i kyllingkjøtt.

Antallet registrerte humane tilfeller av salmonellose fortsetter å synke. Denne nedgangen skyldes i hovedsak kontrollprogrammer som EU-kommisjonen og medlemslandene har etablert for *Salmonella* hos fjørfe. De fleste medlemslandene oppfylte sitt mål om reduksjon av *Salmonella* infeksjoner i fjørfe populasjonen. *Salmonella*, som typisk forårsaker sykdom med feber, magesmerter og diare, blir oftest funnet i kjøttprodukter fra fjørfe.

- Det er likevel viktig å fortsette å overvåke og kontrollere forekomsten av bakterier i matkjeden for å redusere risikoen for smitte til mennesker selv om trendene nå i hovedsak peker nedover, understreker Solveig Jore.

Trenden for antallet rapporterte humane tilfeller av Listeriose og toksin-produserende *Escherichia coli* (VTEC/STEC) går imidlertid opp. VTEC/STEC-infeksjon kan gi blodig diaré og i verste fall nyresvikt. Bakterien ble oftest funnet i storfe og kjøttprodukter fra storfe.

I 2013 økte antallet humane tilfeller av Listeriose i Europa med 8,5 % i forhold til i 2013, og for femte år på rad fortsetter antall registrerte humane tilfeller å øke. Infeksjonen gir vanligvis ingen symptomer eller gir en mild influensaliknende sykdom. Imidlertid kan sykdommen forårsake abort hos gravide og hjernehinnebetennelse (meningitt) samt blodforgiftning (sepsis) og andre livstruende kom-

plikasjoner hos eldre og personer med svekket immunitet. Forekomsten av Listeriose er spesielt høy hos eldre over 74 år. Listeriose forårsakes av bakterien *Listeria monocytogenes* og denne bakterien ble hyppigst funnet i spiseklare fisk- og kjøttprodukter som for eksempel røkt laks/ørret og oppskåret skinke.

Publisert: 28.01.2015, endret: 28.01.2015, 13:32

Se også:

ECDC: Findings from joint ECDC/EFSA report include a rise in listeriosis infections reported in humans, campylobacteriosis cases stability and a decrease in salmonellosis cases.

http://www.ecdc.europa.eu/en/press/news/_layouts/forms/News_DispatchForm.aspx?List=8db7286c-fe2d-476c-9133-18ff4cb1b568&ID=1157.

European Union Summary Report on Trends and Sources of Zoonoses, Zoonotic Agents and Food-born Outbreaks in 2013 (pdf)

<http://www.fhi.no/dokumenter/3b057cd398.pdf>.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 53. Stikkord: Zoonoser. Næringsmiddelbårne utbrudd.

Nedgang i antallet nye ebolasyke i Guinea, Sierra-Leone og Liberia

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113775>.

Antallet nysmittede ser ut til å være på vei ned i alle de tre landene som er hardest rammet av ebolautbruddet i Vest-Afrika. I januar 2015 viser rapportene fra WHO en nedgang i antall nye ebolasyke.

- Dette er gode nyheter og viser at innsatsen som gjøres av landene selv og av det internasjonale samfunnet gir resultater. Nå er det viktig å fortsette arbeidet inntil landene er ebolafri, sier Line Vold, assisterende avdelingsdirektør ved Folkehelseinstituttet.

Forbedret totalkapasitet på behandling

I de rammede landene er nå totalkapasiteten på å behandle og isolere de ebolasyke betydelig forbedret. En utfordring fremover er å få til mobile behandlingsløsninger, slik at man har behandlingsplasser nok der pasientene er. Mindre behandlingenheter vil være viktige for å håndtere mindre, lokale utbrudd fremover.

Arbeidet med å kartlegge og følge opp alle som har vært i kontakt med de syke og som kan være smittet og utvikle symptomer er også viktig for å stoppe smittespredningen og få antallet ebolasyke ned i null.

Vaksineutprøving og bedret beredskap

Det arbeides også intenst med å fremstille effektive vaksiner mot ebola. Folkehelseinstituttet bidrar i dette arbeidet, og er blant annet involvert i utprøving av vaksiner i Guinea.

Situasjonen i nabolandene følges nøye, og WHO har sendt team som har gjennomgått beredskapen i disse landene.

- Det gjøres fortsatt et betydelig arbeid med å forberede andre land i Vest-Afrika på å kunne oppdage og behandle ebolapasier dersom det skulle innføres smitte til disse landene, sier Line Vold.

Totalantallet smittede rapportert til WHO per 28. januar er 21 924 (Guinea 2909, Liberia 8524 og Sierra Leone 10491), hvorav totalt 8737 døde. Det har også vært rapportert tilfeller i Nigeria, Senegal og Mali, men disse landene er nå erklært ebolafri. I tillegg har det vært rapportert om syke i USA, Spania og Storbritannia uten at dette har forårsaket epidemier i disse landene.

Lenker til oppdatert stoff om ebolasituasjonen: (lenkene er direkte klikkbare)

- [WHO's situasjonsrapporter](#)
- [UNMEERS situasjonsrapporter](#)
- [Oppdateringer fra det europeiske smittevernseteret, ECDC](#)

Publisert: 29.01.2015, endret: 08.02.2015, 19:35

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 55. Stikkord: ebola.

Amøbeinfeksjon og reiser: Bruk alltid sterilt eller kokt vann ved neseskyllinger på utenlandsreiser

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113707>.

Folkehelseinstituttet er blitt informert om at en kvinne fra Oslo døde i desember 2014 etter hjemkomst fra reise i Thailand. Hun var blitt smittet med amøben *Naegleria fowleri*. Antatt smittemåte er daglige neseskyllinger med kranvann. Er man usikker på vannkvaliteten, bør man ved neseskyllinger alltid bruke sterilt eller kokt vann. Dette er spesielt viktig ved opphold i subtropiske og tropiske strøk.

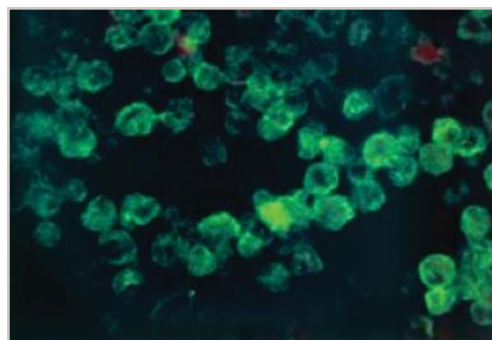
Kvinnen som var tidligere frisk, ble syk kort tid etter ankomst til Norge og døde av hjernebetennelse (meningoencefalitt). Eneste kjente risikosituasjon hun var utsatt for var at hun under oppholdet i Thailand foretok daglige neseskyllinger med lokalt kranvann som ikke var kokt.

Reiseråd

Ved utenlandsreiser bør man alltid benytte sterilt eller kokt vann dersom man praktiserer neseskylling. Dette er spesielt viktig ved reiser til subtropiske og tropiske land der det kan være tvil om vannkvaliteten i kranvannet. Kun flaskevann hvor det går klart fram at vannet er destillert eller sterilt bør benyttes dersom flaskevannet ikke kokes.

Om *Naegleria fowleri*-infeksjon

Naegleria fowleri er en frittlevende amøbe som kan angripe hjernen via nese-limhinner og luktenerven. Amøben kalles også «den hjernespisende amøben». Amøben finnes i ferskvann og kan nå hjernen ved at man får forurenset vann i nesen. Amøben overføres vanligvis ved bading i innsjøer og elver og i uklorerte svømmebasseng hvor man har hodet under vann og får vann i nesen, men også neseskyllinger med forurenset vann er en kjent risikofaktor. Neseskyllinger er utbredt i bl.a. yogamiljøer og inngår i mange land som en del av religiøse renselsesprosedyrer. Tidsrommet fra smitte til symptomer (inkubasjonstiden) er kort, vanligvis 1-7 dager. Sykdom rammer spesielt yngre, friske personer og medfører alvorlig hjernebetennelse (meningoencefalitt). Sykdommen har svært høy dødelighet. Amøben overføres ikke gjennom å drikke forurenset vann og overføres ikke fra person til person. Koking eller klorering av vann dreper amøben.



Illustrasjonsbilde: CDC

Naegleria-infeksjon forekommer svært sjeldent, og det er bare dokumentert noe over 300 tilfeller i hele verden. Amøben ble første gang beskrevet i 1899, og identifisert første gang som årsak til alvorlig meningoencefalitt i Australia 1965. Amøben vokser best i vann med høy temperatur, særlig mellom 25°C og 40°C. Den kan overleve kortere perioder ved høyere temperaturer.

Internasjonal varsling

Folkehelseinstituttet har gjennom Verdens helseorganisasjon (WHO) orientert thailandske helsemyndigheter om sykdomstilfellet og omstendighetene rundt den antatte smittemåten.

Les mer om *Naegleria fowleri* og andre amøber i Smittevernboke:

- [Amøbeinfeksjoner - veileder for helsepersonell](#) (direkte klikkbar lenke)

In English:

- [Amoeba infection: Use sterile or boiled water for nasal washing abroad](#) (direkte klikkbar lenke)

Publisert: 27.01.2015, endret: 27.01.2015, 12:35

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 50. Stikkord: Amøbeinfeksjon. Drikkevann.

Leveringsproblemer for BCG-vaksine

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113559>.

Det er leveringsproblemer på BCG-vaksine fra Statens Serum Institut (SSI) i Danmark. Fra og med uke 2 er vi ikke i stand til å levere denne vaksinen. Vaksinen vil forhåpentligvis være tilgjengelig igjen i starten av februar.

Kunder som rekvirerer BCG-vaksine får beskjed om at vi har restnotert bestillingen og regner med å sende vaksinen i starten av februar.

Vi har kjøpt inn noen få pakninger av en alternativ BCG-vaksine (BCG vaccine «BB-NCIPD»), men pakningsstørrelsen er uhensiktsmessig (20 x 1 ml, dosering 0,05 ml til barn under 1 år og 0,1 ml til andre). Denne BCG-vaksinen har ikke markedsføringstillatelse (MT) i Norge, men står på Legemiddelverkets positivliste.

Kunder som har akutt behov for BCG-vaksine kan bestille BCG vaccine «BB-NCIPD» i 20-pakning. Vaksinen har god holdbarhet (februar 2017). Lege må i så fall fylle ut skjemaet "Resept/Rekvisisjon for legemidler uten markedsføringstillatelse som bare kan utleveres etter spesiell tillatelse fra Statens legemiddelverk", og sende dette til Folkehelseinstituttet sammen med bestillingen. Det kan søkes godkjenningfritak for 1 år, noe vi anbefaler å gjøre siden det er usikkert hvor stabile leveransene på BCG-vaksine «SSI» blir framover. Kunder som har store bestillinger på BCG-vaksine inne blir kontaktet pr. fax med informasjon om dette alternativet. Vi har et begrenset antall 20-pakninger BCG vaccine «BB-NCIPD» på lager, men vi forsøker å skaffe flere doser, og i en mer hensiktsmessig pakning.

For å unngå unødig svinn oppfordrer vi alle til å utnytte hetteglassene/ampullene med BCG-vaksine maksimalt (samle vaksinasjonen). Mange helsestasjoner har allerede etablert egne BCG-vaksinasjonsdager 1-2 ganger i måneden, blant annet fordi det ved BCG-vaksinasjon av spedbarn og småbarn ofte er hensiktsmessig å være to. Lenkene nedenfor er direkte klikkbare.

[Godkjenningfritak humane legemidler \(Statens Legemiddelverk\)](#)

[Preparatomtale BCG vaccine «BB-NCIPD»](#)

[Pakningsvedlegg BCG vaccine «BB-NCIPD»](#)

Publisert: 15.01.2015, endret: 02.02.2015, 15:22

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 51. Stikkord: BCG-vaksine.

Kunngjøring:

Blakstad og Maarschalk tuberkulosefond

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113811>

For året 2015 kan det søkes tilskudd til prosjekter som kan bidra til bekjempelse av tuberkulose. Aktuelle prosjekter kan være rettet inn mot basalforskning, kliniske problemstillinger eller være mer orientert mot praktiske tilrettelegginger i arbeidet mot tuberkulose.

Det kan søkes om tilskudd til prosjekter som kan bidra til bekjempelsen av tuberkulose nasjonalt og / eller internasjonalt gjennom økt innsikt i tuberkuloserelaterte problemstillinger eller økt innsats i forebygging og/eller behandling av tuberkulosesykdom.

Det kan bevilges inntil kr 50 000 til det enkelte prosjekt. Av søknaden må det fremgå hvordan midlene tenkes brukt. Søknad om reise stipend vil ikke bli prioritert. Det bes opplyst om det er søkt om bidrag fra andre kilder til samme formål.

Skriftlig begrunnet søknad sendes til:

Blakstad og Maarschalk tuberkulosefond, c/o Advokat Tom Stavnes, Tullins gate 6, 0166 Oslo.
Søknadsfrist 31.03.2015.

Publisert: 02.02.2015, endret: 02.02.2015, 10:20

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 -58. Stikkord: Tuberkulose.

