

- Komplette innholds-
fortegnelse
s. 2
- Nøkkeltall for
helsesektoren
s. 4
- Arbeidstid og helse
s. 8
- Tobakkskonvensjonen
10 år
s. 12
- Anbefalte faglige
normer for inneklime
s. 18
- MMR-vaksine før reisen?
s. 18
- Et travelt år for
Giftinformasjonen
s. 21



Helserådet

INNHold NR. 8/15

Jubileumsseminar om formidling	3
Nøkkeltall for helsesektoren	4
Kommunelegens blogg: Om psykososialt kriseteam	4
Sterk kritikk av legevaktene	5
Telefonsamtale kan erstatte hjemmebesøk	6
Folkehelseløftet – møteplass for folkehelse 2015	7
Vil beholde eldre hjemme, men bruker ressursene på sykehjem	8
Arbeidstid og helse. Oppdatering av en systematisk litteraturstudie	8
Lav arbeidsevne grunnet psykologiske, sosiale og mekaniske jobbsponeringer	9
Nyhetsbrev fra Forebygging.no – KoRus-Nord	10
Om idrett og fastfood	10
Hele verden spiser stadig mer usunt	11
Tilstrekkelig med moderat fysisk aktivitet	12
Et livsviktig jubileum – Tobakkskonvensjonen 10 år	12
Stavanger kommune forbyr snus i arbeidstiden	13
Langt mindre allergi med oppvaskkost	14
Økt pågang til helsestasjonene	15
Ny aggressiv hiv-variant oppdaget	16
Blir immunforsvaret sterkere etter sykdom?	16
Syning av lik i sykehjem	17

NYTT FRA WWW.FHI.NO, FOLKEHELSEINSTITUTTET

Anbefalte faglige normer for inneløst klima. Revisjon av kunnskapsgrunnlag og normer – 2015	18
MMR-vaksine før reisen?	18
Influensavaksine til gravide	19
Flått og flåttbårne sykdommer – årsrapport for 2013	19
Kan trafikkstøy øke risiko for fedme?	20
2014: Et travelt år for Giftinformasjonen	21
Barn spiser oftere snus og batterier	22
Anbefaler ikke vitamin D-tilskudd til forebygging av kroniske sykdommer	24
Helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk – prevalensundersøkelser høsten 2014	25
Reviderte importtall i rapport om snus	25
Hiv-situasjonen i Norge per 31. desember 2014	26
Hvor mange nordmenn har antibiotikaresistente bakterier i tarmen?	27
Forbruket av lakselusmidler er høyt og øker fortsatt	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

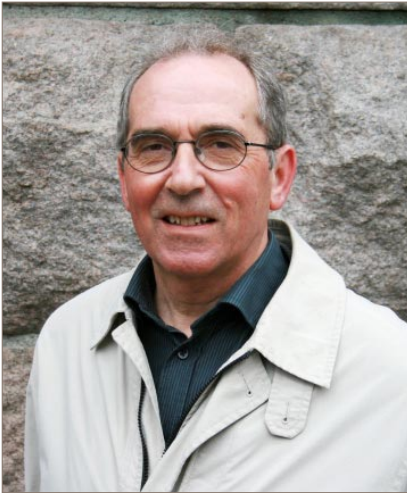
Trykk: In-trykk AS

Layout: ASAP Media

Distribusjon: Postklart Distribusjon as

Forsiden: Forsidebilde på Nøkkeltallsrapporten fra Helsedirektoratet. Se side 3.

Jubileumsseminar om formidling



I juni fyller redaktøren av Helserådet, Anders Smith, 70 år. Helsebiblioteket arrangerer i den forbindelse et jubileumsseminar om formidling.

Vi har invitert kjente ressurspersoner innen samfunnsmedisin og folkehelse til å snakke om formidling innen sitt fagfelt. Du vil også få høre foredrag om muligheter og utfordringer i vår digitale medievirkelighet.

Sted: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten (Kunnskapscenteret)

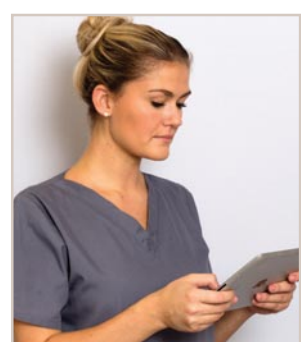
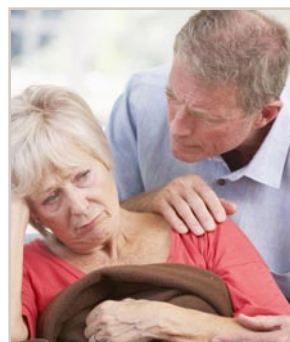
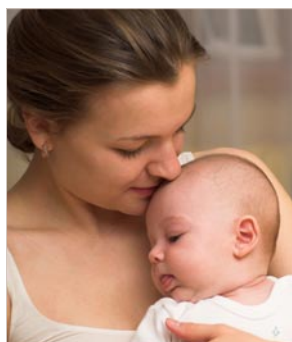
Adresse: Pilestredet Park 7, inngang fra Stensberggaten

Tid: Torsdag 4. juni 2015

Påmelding på e-post: kurs@helsebiblioteket.no innen 20. mai. Ingen kursavgift.

Program

09.30 – 10.00	Kaffe og mingling
10.00 – 10.05	Velkommen ved Magne Nylenna, direktør for Kunnskapscenteret og redaktør for Helsebiblioteket.no
10.05 – 10.20	Mitt liv som bladmann. Anders Smith
10.20 – 10.35	Samfunnsmedisinerens behov for informasjon. Dag-Helge Rønnevik, kommuneoverlege i Nedre Eiker
10.35 – 10.50	Primærlegens behov for informasjon og oppdatert kunnskap. Tom Sundar, kommunelege i Rendalen kommune, redaktør i fagbladet Utposten. Kongressleder for primærmedisinsk uke
Pause	
11.05 – 11.25	Hvorfor og hvordan et Meldesystem for infeksjonssykdommer (MSIS)? Arve Lystad, tidl. avdelingsoverlege ved Folkehelseinstituttet
11.25 – 11.45	Elektronisk formidling gjennom Helsebiblioteket. Anne-Hilde Røsvik, seniorrådgiver, Helsebiblioteket.no
Lunsj	
12.30 – 12.50	Fra ord til handling. Magne Nylenna
12.50 – 13.10	Fysisk aktivitet i folkehelsearbeid – Hvordan kan vi bruke systematisk kunnskap? Eva Denison, seniorforsker, Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.
13.10 – 13.30	Kommunikasjon i digitale tider for Helsedirektoratet – om mangfold av kanaler og målgrupper. Berit Kolberg Rossiné, kommunikasjonssjef i Helsedirektoratet
13.30 – 13.50	Om Røyketelefonens bidrag til å få folk til å kutte ut røyken. Bjørn Andreas Bang, Helsedirektoratet
13.50 – 14.10	Når det haster. Per Olav Kormeset, avdelingsdirektør Giftinformasjonen, Folkehelseinstituttet
14.10 – 14.30	Om tilrettelegging og gjenfinning av informasjon. Hans Petter Fosseng, nettredaktør, Helsebiblioteket.no
14.30 – 14.50	Massemedienes oppgave som ledd i promotering av folkehelsearbeidet. Anne Hafstad, avdelingsdirektør Helsedirektoratet.
14.50 – 15.10	Papir eller nett? Tine Dommerud, journalist i Aftenposten



Nøkkeltall for helsesektoren

10.3.2015:

Årlig rapport med status for norsk helsetilstand og helsetjeneste.

Nøkkeltallsrapporten formidler status for norsk helsetilstand og helsetjeneste, basert på utvalgte tall og trender. Rapporten skal gi et grunnlag for sammenligning over tid, mellom geografiske områder, forvaltningsnivåer og ulike grupper av befolkningen. Du får tilgang til hele rapporten samlet ved å gå inn på eller klikke på <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/nokkeltall>. Avsnittene nedenfor gir tilgang til hvert enkelt kapittel separat. Hvert kapittel inneholder igjen flere underpunkter som også er direkte klikkbare.

Nøkkeltall: Norge i et internasjonalt perspektiv (direkte klikkbar lenke)

Norge har en helse- og omsorgstjeneste som er blant de beste i verden, men i likhet med andre europeiske land har vi utfordringer for fremtidens helse- og omsorgstjenester.

Nøkkeltall: Befolkningens helsetilstand og levevaner (direkte klikkbar lenke)

Nøkkeltall for samfunnskostnader ved sykdom og ulykker, levevaner blant unge, selvpålevd helse blant unge, nasjonale anbefalinger og lokalt folkehelsearbeid.

Nøkkeltall: Primærhelsetjenesten (direkte klikkbar lenke)

Nøkkeltall for mottakere av tjenester, øyeblikkelig hjelp døgnoophold i kommunene og tannhelse.

Nøkkeltall: Spesialisthelsetjenesten (direkte klikkbar lenke)

Nøkkeltall for kreft, akuttmedisinske tjenester, fristbrudd og bruk av tvang.

Nøkkeltall: Ressursinnsats og aktivitet (direkte klikkbar lenke)

Nøkkeltall for utvikling i tjenestene, rehabilitering og helsepersonell.

Nøkkeltall: Brukerperspektivet (direkte klikkbar lenke)

Nøkkeltall for Pasient- og brukerombudene, fritt sykehusvalg og pasienterfaringer med døgnoophold i TSB

Nøkkeltall: e-helse (direkte klikkbar lenke)

Nøkkeltall for helsenorge.no, kjernejournal, e-resept og meldingsutveksling.

Referansekode i 'Helserådet': HST 2015 – 10. Nøkkeltall.



Einar Braaten: Kommunelegens blogg 1.3.2015:

Spennende, allsidig og krevende kommunal samfunnsmedisin

Helga er her og jeg tenker tilbake på uka som gikk. Jeg har jobbet mye med ett av de fagområdene jeg interesserer meg mest for. Omorganisering og videreutvikling av tjenester til våre brukere i kommunene. Helt konkret har det betydd at jeg har jobbet med omstillingsprosessen i Nedre Eiker og i utvikling av nytt psykososialt kriseteam (PKT). Det er slett ikke sånn at jeg er inne i ledelsen og administrasjonen av omstillingsprosessene. Kollega Pål bidro godt i begynnelsesfasen av omstillingsprosessen. Nå er vi kommet til faktisk gjennomføring av de utarbeidede forslagene. Ingen må vel være i tvil om at det blir tøft for ledere og ansatte å gjennomføre en omstilling som skal føre til besparelser på mange titalls millioner kroner. Jeg har to små roller i dette kjempearbeidet. Det ene er å vurdere medisinsk forsvarlighet. Det andre er overfor de som skal gjennomføre. Jeg mener min funksjon som kommunelege er viktig både i å støtte de som skal gjennomføre omstillingen og bidra med faglig påfyll.

Vi holder på å etablere nytt psykososialt kriseteam i Nedre Eiker. Det er spennende både fordi det dreier seg om få de rette personene til å engasjere seg, bli motivert til dette arbeidet og ikke minst bidra i opplæringen av disse.

I første omgang skal vi rekruttere 5-6 personer som skal ha vakttelefonen til PKT i turnus. En person skal ha telefonen døgnet rundt i en eller to uker. Jeg håper to uker for da blir det 12 uker mellom hver vakt. Rådmannen har bestemt at de skal få en vaktgodtgjørelse for dette. De får også overtidsbetalt for hver time de er i aksjon. Det er en stor forbedring fra den tidligere ordningen hvor kriseteam medlemmene kun fikk betalt for aktivt arbeid. Min jobb nå er å bidra til opplæringen av de som vil være med i dette teamet. Vi jobber videre med at det også skal være en ordning for å få med en person nr. 2 ved utrykning.

Usikkerheten for hva det innebærer å rykke ut i PKT holder mange igjen for å melde seg. Det verserer «det verste» historier ute i miljøet og leser man [Veilederen for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer på Helsedirektoratets sider](#) eller på [kriser.no](#) og [krisepsyk.no](#) blir man fort overveldet over alt det som skal gjøres. Jeg opplever at min jobb er å gjennomføre en førsteopplæring som er langt enklere og mer praktisk. Derfor må dette gjennomføres sammen med de som skal jobbe i teamet nærest som en diskusjon. Jeg mener vi er helt avhengig av å gå gjennom diskusjonene og konkrete situasjoner og finne fram til **vår** måte å bygge opp psykososialt kriseteam på. Allikevel må vi bygge på anerkjente grunnprinsipper for hjelp til berørte etter akutt død:

- sikre trygghet
- berolige
- skape mulighet for mestring
- bidra til samhørighet
- stimulere håp
- tilrettelegge for kontrollert re-eksponering

Vi legger opp til at PKT skal overlevere «oppdraget» til de ordinære tjenestene når hverdagen kommer. Det må også avklares med tjenestene, planlegges og lages retningslinjer. Jeg mener kommunelegefunksjonen er viktig også i dette utviklingsarbeidet. Erfaringen sier at det er ved overføringer til andre tjenester at det lett blir gjort feil. Derfor er det en utfordring å planlegge men en større utfordring å gjennomføre.

Dette er kommunal samfunnsmedisin; spennende, allsidig og krevende!

Referansekode i 'Helserådet': HBE 2015 – 1. Psykososialt kriseteam. Braaten, Einar.

Kommunal Rapport

Sterk kritikk av legevaktene

Legevaktene holder ikke mål, ifølge ny rapport fra Legeforeningen. Den krever at kommunene tar et langt større ansvar for kvaliteten i tilbudet. (OPPDATERT MED KOMMENTAR FRA KS.)

Av **Marte Danbolt** 3. mars 2015

– Legevakten skal gi befolkningen trygghet, og er stedet du går til dersom du blir akutt syk. Det er alvorlig at en så viktig del av helsetjenesten ikke fungerer som den skal, sier leder Marit Hermansen i Norsk forening for allmenntjenestemedisin i en pressemelding fra Legeforeningen.

Hermansen har ledet referanseutvalgets arbeid med rapporten «En legevakt for alle, men ikke for alt».

Ifølge rapporten er det store svakheter i legevakttilbudet, som også varierer sterkt fra sted til sted. Problemene som beskrives er for lav bemanning, tilfeldig organisering, rekrutteringsproblemer, lange avstander til nærmeste legevakt og for lite systematisk arbeid med kvalitet. Mange steder er det kun én lege på vakt, og arbeidspresset er så stort at det truer forsvarligheten, hevdes det.

– Vi ønsker en ny kurs for norske legevakter. Målet må være at alle som henvender seg til legevakten får god hjelp, og at det er trygge arbeidsforhold for de ansatte, sier Hermansen.

– Må stille krav

Ifølge Legeforeningen har situasjonen ved legevaktene ikke bedret seg etter at Norsk kompetansesenter i 2009 omtalte dem som en «nødetat i bakevja».

– Det er på tide å legge bak seg restene av en tradisjon der legevakten er den enkelte leges ansvar, mens kommunene kun skal administrere ordningen. Alle fastleger pliktes til å gå legevakt. Dette har vært en hvilepute for kommunene, fordi bemanningen sikres automatisk, sier Legeforeningens president Hege Gjessing.

Hun mener myndighetenes krav til legevaktene er på et absolutt minimum.

– Dersom det er en lege, et kontor og en telefon, kvalifiserer du til legevakt. Konkrete krav til innhold og kvalitet er ikke til stede, sier hun.

Legeforeningen mener kommunene må ta et større ansvar og blant annet forpliktes til å ha et godt planverk basert på risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser).

- Det må settes av ressurser til administrering og ledelse i legevaktene, slik at krav til kompetanse, opplæring, og forbedringsarbeid blir satt i system. Vi foreslår at legevakt-distriktene skal ha en legevaktoverlege, og at det opprettes fagrådsmøter og driftsmøter for alle ansatte, sier Gjessing.

Ifølge Legeforeningen er det også nødvendig med økt bemanning, gode prioriteringsverktøy, godt samarbeid med fastlegene og tilgang på utrykningskjøretøy for å styrke beredskapen og gi et bedre tilbud til de sykeste pasientene.

Les hele rapporten fra Legeforeningen [her](#) (direkte klikkbar lenke).

- Ikke utrygt

KS deler ikke Legeforeningens vurdering av tilstanden ved legevaktene.

- Det er Helsetilsynet som fører tilsyn med legevaktene. Det har ikke funnet grunnlag for å si at legevaktene er dårlige, at tilbudet er utrygt eller at kommunene ikke følger opp lovkrav. Men også KS mener det er fornuftig å styrke legevaktene, sier fagleder Rune Hallingstad i Helse- og velferdsavdelingen i KS til Kommunal-Rapport.no.

Han understreker at det er behov for ulike løsninger på Senja og Bergen og Oslo.

Regjeringen arbeider nå med en ny akuttforskrift, som skal legges fram i vår. Også den varslede stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten og akuttutvalgets utredning, som er varslet i november, vil omhandle legevaktene, påpeker Hallingstad.

- Mye peker i retning av en styrking av legevaktene. KS er positiv til det, men mener det bør skje gjennom en opptrappingsplan for hele fastlegetjenesten, sier han.

Referansekode i 'Helserådet': LVA 2015 – 2. Stikkord: Legevaktkritikk. KS. Legeforeningen.

Forskning.no 25.2.2015:

Telefonsamtale kan erstatte hjemmebesøk

En prat i telefonen med helsepersonell bedrer den mentale helsen til eldre mennesker og setter dem i bedre stand til å ta vare på seg selv.

En artikkel fra
[Norges forskningsråd](#)

- En motiverende telefonsamtale fra helsepersonell kan gi bedre helse for eldre som bor hjemme og et godt alternativ til ressurskrevende hjemmebesøk, sier Kari Sundslø.

Hun har tatt doktorgraden på eldre menneskers evne til å ta vare på seg selv. En av hovedkonklusjonene hennes er at eldre menneskers mentale helse kan forbedres ved hjelp av telefonsamtaler med helsepersonell.

- Dermed kan telefonsamtalene erstatte omfattende forebyggende hjemmebesøk hos eldre, besøk som ofte tar store ressurser fra helsepersonell i kommunen, sier Sundslø.

Se hele artikkelen fra [Forskning.no](#) ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/aldring-helsetjeneste-helseadministrasjon/2015/02/telefonsamtale-kan-erstatte-hjemmebesok> .

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2015 – 28. Stikkord: Telefonbesøk.



HELSE- OG
OMSORGSDEPARTEMENTET



FRIVILLIGHETNORGE



HELSE- OG
OMSORGSDEPARTEMENTET



FRIVILLIGHETNORGE



Folkehelseløftet

-møteplass for folkehelse 2015



Tid: 1. juni kl 10:00 – 12:30

Sted: Ingeniørenes hus, Kronprinsens gate 17 i Oslo










Målgruppe: Ordførere, rådmenn, ledere i kommunen, folkehelsekoordinatorer og ledere i frivillige organisasjoner

Påmelding: <https://www.survey-xact.no/LinkCollector?key=MC6CUPSRC511>

Kontaktperson: lise@frivillighetnorge.no; Lise Corwin: tlf 47675621

Ta med deg en ansatt i hjemkommunen din eller en lokal frivillig organisasjon – og start samarbeidet nå!

Helse –og omsorgsdepartementet, KS og Frivillighet Norge ønsker deg velkommen til årets folkehelseløft – et løfte om å løfte! Folkehelseloven sier at kommunen plikter å samarbeide med frivilligheten. Mange kommuner og frivillige organisasjoner vil samarbeide – men bare ca. 30 % av kommunene har en frivillighetspolitikk. Årets folkehelseløft byr på svar, skråblikk, forskning og konkrete eksempler.

-  09:30 Registrering
-  10:00 Velkommen
v/ Generalsekretær i Frivillighet Norge, Birgitte Brekke
-  10:10 Frivillighetens rolle i folkehelsearbeidet
v/ Kulturminister Thorhild Widvey
-  10:30 Filosofisk skråblikk
v/ Henrik Syse
-  11:00-11:30 Enkel lunsj og mingling
-  11:30 Forskning, frivillighet og folkehelse
v/ Kari Steen-Johnsen, forskningsleder, Senter for sivilsamfunnsforskning
-  11:45 Hvordan få til en god kommunal frivillighetspolitikk?
v/ ordfører i Asker kommune, Lene Conradi
-  12:00 Sofasamtale
v/ statssekretær Cecilie Brein-Karlson; Lene Conradi; Kari Steen-Johnsen og Birgitte Brekke
-  12:30 Konferansen avsluttes

Møteleder: "Byråkraten og ildsjelen" (...også kjent som Heidi Tomten: folkehelsekoordinator og frivillig).

Vil beholde eldre hjemme, men bruker ressursene på sykehjem

Til tross for at de fleste politikere mener vi bør satse på hjemmetjenester og omsorgsboliger i eldreomsorgen, bruker de fleste kommunene fortsatt mesteparten av ressursene på sykehjem.

En artikkel fra [NOVA](#)

«Hjemme så lenge som mulig» har i alle år vært det rådende idealet for eldreomsorgen. Men i praksis har kommunene prioritert institusjonsomsorgen, altså sykehjemmene.

Mens hjemmetjenester og omsorgsboliger baserer seg på at hjelpen skal komme dit de eldre bor, er sykehjem en institusjon som de eldre må flytte til for å få hjelp.

Her skiller Norge seg fra Sverige og Danmark, som allerede i stor grad har erstattet aldershjem og sykehjem med eldreboliger og hjemmetjenester av ulike slag.

Dette kommer fram i en rapport som nylig er utgitt av NOVA med bidrag fra Statistisk sentralbyrå og Sintef.

Tre av fire kroner til sykehjem

Også Norge satser på eldreboliger; her til lands kaller vi det omsorgsboliger. Men ifølge forskerne statser vi altså ikke nok. Hovedproblemet med dagens norske omsorgsboliger er at det fortsatt jobber for få folk der, noe som gjør at de ikke kan erstatte sykehjemmene.

– For eldre som trenger mye hjelp er noen få timer hjemmesykepleie ikke nok, sier forsker Svein Olav Daatland ved Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved HiOA.

Han mener også at mangelen på bemanning i omsorgsboliger i Norge, gjør at folk unødig tidlig blir sluset inn i sykehjem. Og sykehjemmene tar fortsatt mesteparten av ressursene, forteller Daatland.

– Når nesten tre av fire kroner i eldreomsorgen går til sykehjemmene, blir det lite igjen til boliger og hjemmetjenester som kunne utsette eller erstatte institusjonsomsorg, sier han.

Se hele artikkelen fra [Forskning.no](#) ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/helse-aldring-helsepolitikk-helsetjeneste-helseadministrasjon/2015/02/satser-darlig-pa>.

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2015 – 29. Stikkord: Eldreomsorg. Hjemmetjenester. Sykehjem.

Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI):

Arbeidstid og helse. Oppdatering av en systematisk litteraturstudie

(Red. innledning: se også artikkel i 'Helserådet' nr. 14/2014, side 3)

Et stadig økende antall arbeidstakere i Norge har en arbeidstid som avviker fra vanlig 08-16 arbeidsdag. Spørsmål om helseskadelige effekter som følge av arbeidstid og arbeidstidsordninger har den senere tid fått økt oppmerksomhet i norsk arbeidsliv. Også internasjonalt har det vært en betydelig forskningsinnsats angående mulige helse- og sikkerhetseffekter av ulike arbeidstidsbelastninger. Statens Arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) har engasjert seg i dette feltet gjennom ulike prosjekter. Rapporten "Arbeidstid og helse, en systematisk litteraturstudie" (2008), er et resultat av dette arbeidet. Det publiseres stadig nye artikler om emnet, og STAMI har derfor oppdatert kunnskapsstatus ved å søke etter og vurdere relevante artikler publisert i perioden juli 2008 – mars 2012.

Som i 2008-rapporten, evalueres betydningen av eksponeringene *skift-/nattarbeid* og *lange arbeidstider* med hensyn på utfall av typen *helse, sikkerhet og funksjon*. Et systematisk søk i 5 ulike litteraturdatabaser resulterte innledningsvis i ca. 31.500 treff. I alt 452 artikkelsammendrag ble vurdert nærmere med hensyn på inklusjonskriterier og kvalitet, og 99 fulltekstartikler ble vurdert å være av god nok kvalitet til omtale i rapporten. Konklusjonene i hvert kapittel er hovedsakelig basert på studier som følger en gruppe personer over en tid (prospektive eller longitudinelle studier), siden det er fra denne typen studier man kan si noe om sammenhengen mellom årsak og virkning.

Det er ingen store endringer i konklusjonene angående sammenhengen mellom skiftarbeid og helse, sikkerhet eller funksjon, sammenliknet med 2008-rapporten. For noen utfall er nye studier med på å styrke holdepunktene for en sammenheng. For andre utfall er det ikke kommet ny viten som øker vår kunnskap. Hovedkonklusjonen er ikke endret i forhold til i 2008 for noen av utfallene.

En kort oppsummering viser at:

- ◆ Søvnforstyrrelser er vanligste konsekvens av endret døgnrytme, og er den enkeltfaktor som har størst betydning for de problemer skiftarbeidere har. Tidlig start på morgenskiftet, og hyppige lange arbeidsuker øker risikoen.
- ◆ Ny forskning bekrefter tidligere funn av at lange arbeidsøkter og skiftarbeid, særlig med nattarbeid, kan føre til nedsatt funksjon med påfølgende økt risiko for feilhandlinger.
- ◆ Holdepunktene er styrket for at både lang arbeidstid, nattarbeid og roterende skift påvirker sikkerhet og gir økt risiko for skader/ulykker i arbeidslivet.
- ◆ Det er fortsatt klare indikasjoner på at det er negative psykiske effekter knyttet både til lange arbeidstider og til nattarbeid. Nyere studier indikerer at risikoen øker ytterligere hvis det ofte arbeides lange uker.
- ◆ Det er godt dokumentert at både lange arbeidsøkter og skift- og nattarbeid øker risikoen for hjerte- og karsykdom, og at skift- og nattarbeid øker risikoen for diabetes. Ny forskning tyder på at lange arbeidsøkter også øker risikoen for dødelighet av hjerte- og karsykdommer.
- ◆ Brystkreft er den mest studerte kreftformen, og de fleste studier av nattarbeid og brystkreft viser en økt risiko ved nattarbeid. Nye studier viser økt brystkreftisiko blant kvinner som har jobbet mange år i skiftordninger med mange netter i strekk.

Vi har fortsatt mangelfull kunnskap om betydningen av alder og kjønn knyttet til helseskadelige effekter som følge av forskjellige arbeidstidsordninger. Rapporten angir områder der det er behov for videre forskning.

Du får tilgang til hele rapporten ved å gå inn på eller klikke på <https://stami.no/publikasjon/stami-rapport-nr-1-2014/>.

Referansekode i 'Helserådet': ARB 2015 – 13. Stikkord: Arbeidstid.

Statens arbeidsmiljøinstitutt, STAMI. Nyhetsbrev uke 9/2015:

Lav arbeidsevne grunnet psykologiske, sosiale og mekaniske jobbesponeringer

Flere psykologiske og sosiale faktorer bidrar til arbeidsevnen. Rollekonflikt, positive utfordringer samt vektlegging av menneskelige ressurser, viser seg å være tydelig forbundet med arbeidsevne, også over tid.

Artikkelen er knyttet til temaene (klikkbare lenker) [Deltakelse i arbeidslivet](#), [Organisatoriske forhold](#) og [Psykososiale forhold](#)

I en nylig publisert studie, har forskere ved Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) sett på hvilke psykologiske, sosiale og mekaniske jobbfaktorer som påvirker arbeidsevnen. I overkant av 3700 ansatte i 48 virksomheter ble undersøkt.

Risikofaktor eller beskyttende faktor?

Rollekonflikt var en konsistent risikofaktor for ens arbeidsevne, mens positive utfordringer knyttet til meningsfullt arbeid og opplevelsen av å være nyttig, stod frem som en beskyttende faktor for ens arbeidsevne. Også vektlegging av menneskelige ressurser stod frem som en beskyttende faktor for arbeidsevnen.

Mekaniske faktorer, slik som tunge løft og å arbeide med armene hevet, stod ikke frem med noen langtidseffekter på arbeidsevnen i denne studien.

Hvorfor se på arbeidsevne?

I et arbeidsliv i endring, hvor det er behov for å ha flere mennesker i jobb lenger, er det viktig å forstå hva som bidrar til å bestemme ens arbeidsevne, og å kunne fastslå dette med en høy grad av vitenskapelig sikkerhet.

Arbeidsevne er et flerdimensjonalt begrep. – Vi undersøkte derfor sammenhengen mellom jobbesponeringer og ulike fasetter av arbeidsevne, deriblant den selvverderte evnen til å utføre arbeidsoppgaver, sier stipendiat Jan Emberland ved STAMI. Effekten av flere psykologiske og sosiale jobbesponeringer har tildels blitt lite studert. Vi tenker nærmere på dimensjoner som rolleforventninger, ledelse og organisasjonsklima.

I den nye STAMI-studien ble et bredt spekter av jobbesponeringer undersøkt med målsetning om å identifisere effekten av klart avgrensede aspekter. Noen av disse aspektene har i tidligere forskning vist seg å være relevant for helseoppfatning. STAMI-studien bidrar med ny kunnskap om viktigheten av psykologiske og sosiale faktorer som tidligere har fått lite oppmerksomhet i relasjon til ansattes arbeidsevne.

Les mer ved å gå inn på eller klikke på <https://stami.no/lav-arbeidsevne-grunnet-psykologiske-sosiale-og-mekaniske-jobbesponeringer/>.

Referansekode i 'Helserådet': ARB 2015 – 14. Stikkord: Arbeidsevne

Nyhetsbrev fra Forebygging.no - KoRus-Nord

Passiv drikking - hva er det?

Negative konsekvenser av alkohol på andre enn konsumenten selv omtales under ulike begreper, blant annet passiv drikking og tredjeparts-skader. I denne artikkelen presenterer Inger Synnøve Moan og Elisabeth E. Storvoll resultater fra nyere norsk forskning. Artikkelen tar for seg negative konsekvenser av foreldres drikking for barn, samt negative konsekvenser av alkoholbruk for arbeidslivet.

Les artikkelen >> [Passiv drikking - hva er det?](#)

Relasjonsledelse som helsefremmende lederatferd

Denne artikkelen belyser hva dyktige ledere kan bidra med for at medarbeidere skal kunne yte sitt beste, bidra til trivsel, utvikling og helse blant sine ansatte. Jan Spurkeland setter fokus på særlig tre sentrale forhold i relasjonsledelse innen skole og arbeidsliv: tillit mellom leder og medarbeider, likeverdighet mellom leder og medarbeider, samhandling og dialog som verktøy for relasjonen og resultatoppnåelsen.

Les artikkelen >> [Relasjonsledelse som helsefremmende lederatferd](#)

Vertskap eller lovforvalter - en bartenders dilemma?

Denne kronikken av Skule Wigenstad belyser dilemmaer bartendere kan oppleve med sin dobbeltrolle som ansvarlig vertskap og forvalter av alkoholloven. Det kan se ut til at bartenderne opplever rollene som god vert og god lovforvalter ulikt. Eksempelvis mener alle at gjester som er for fulle må kastes ut, men det er store variasjoner i hvordan "for full" defineres.

Les kronikken >> [Vertskap eller lovforvalter - en bartenders dilemma?](#)

På sporet av nye oppløftende former for elevmedvirkning

Hvordan kan skoler tilrettelegge for god elevmedvirkning, der elevene lett kan gå inn i rollen som aktive deltagere i ulike læringsprosesser? I denne artikkelen presenterer Bjørn Hauger og Ellen Sjong bl.a. to ulike erfaringer hvor elever har blitt involvert i å være medskapere av eget klassemiljø.

Les artikkelen >> [På sporet av nye oppløftende former for elevmedvirkning](#)

Økt lokalstyre og planlegging for fremtiden

Nylig deltok Kommunal- og moderniseringsminister Jan Tore Sanner på Kommuneplankonferansen og markering av 50 år med planlov i Norge. Sanner ønsker å flytte mer makt til kommunene. Fortsatt vil kommunene måtte forholde seg til ulik statlig styring, men det skal fremover legges mer vekt på lokalt selvstyre og prioriteringer. Kommunenes erfaringer og utfordringer innen tema som folkehelse var også i fokus på konferansen.

Les mer om saken og innleggene på konferansen >> [kommunetorget.no](#)

Følg forebygging.no på facebook.

Hold deg oppdatert på nyheter, rapporter, artikler og kronikker om rusforebyggende og helsefremmende arbeid på facebook.

Om du vil følge oss, søk forebygging.no og trykk «liker» >> [på facebook](#)

© 2015 - Forebygging.no
Forebygging.no - KoRus-Nord, Teknologiveien 10, 8505 Narvik, Tel. +47 769 67 310

Referansekode i 'Helserådet': RUS 2015 – 7. Stikkord: KoRus-Nord.

Kronikk skrevet spesielt for 'Helserådet':

Om idrett og fastfood

Av Arnt Steffensen

Leder i Kost- og ernæringsforbundet, en yrkesorganisasjon i Delta

Noen ganger skal man stoppe litt opp og reflektere over hvorfor man gjør som man gjør. Hvordan kom gatekjøkkenet inn i svømmehaller og idrettsanlegg?

I alle landets kommuner finnes svømmehaller og idrettsanlegg. De har ulike funksjoner, det er en arena for barn og unge, det er en arena

for den organiserte idretten, det er en arena for folk som ønsker å holde seg i form. Utgangspunktet for å bruke hallene er ulike, men det er ett fellestrekk: Idrettshallene eksisterer og brukes for at befolkningen skal få bedre helse.

Idrettsanleggene har også en sosial funksjon. Man drar dit med familien, trener sammen med venner, følger barna på svømming. Ofte finnes det en kafeteria eller en kiosk på stedet. Noen tar en kaffe etter treningen eller mens man venter, andre tar en matbit. Mange sliter med å få hverdagslogistikken til å gå opp, og kanskje er det her middagen spises den dagen.

Idrett og et godt kosthold hører sammen. Man skulle jo derfor tro at mat som serveres i en idrettshall, var laget på ferske grønnsaker og råvarer som strutter av vitaminer og sunne næringsstoffer. Fokus på restituering etter treningsøkten, forsterke det gode helsegrunnlaget som treningen har gitt. I stedet rives grunnlaget ned med gatekjøkkenmat.

Pølser og pottes frites. Hamburger og pottes frites. Fete dressinger. Sjokolade eller is til dessert. Skyll ned med brus. Det er et paradoks at idrettshaller som eksisterer for å gi folk en bedre helse, serverer mat som gir stikk motsatt resultat. Det er enighet i samfunnet om at idrett og alkohol ikke hører sammen. Så hvorfor er det greit med idrett og junkfood?

En av de store utfordringene innen folkehelse er livsstilssykdommer som overvekt og diabetes type 2, og ses i forhold til usunne kostvaner. En annen utfordring er at befolkningen blir eldre. Begge utfordringene legger beslag på store deler av helsebudsjettet. Det er ikke nok penger til begge deler. At folk blir eldre kan vi ikke gjøre noe med, men vi kan gjøre noe med livsstilssykdommene. I det minste kan vi legge forholdene til rette for at befolkningen velger å leve sunnere.

Det er ikke bare i Norge dette er et problem. Verdens helseorganisasjon har fokus på dette i det overordnede rammeverket Health 2020, som Helsedirektoratet har implementert i sitt folkehelsearbeid. Bevege seg mer og spise sunnere. Slik kommer vi inn på anbefalinger om godt kosthold, nøkkelhullmerking, billig frukt og grønt. Slike tiltak. Utfordringen er overveldende, og la oss være ærlige, det å få et helt folk til å endre livsstil er nær sagt umulig.

Derfor mener jeg man bør ta utgangspunkt i det man rent praktisk kan gjøre noe med. Kost- og ernæringsforbundet mener for eksempel at det bør være et krav at matserving i offentlige bygg bør følge Helsedirektoratets anbefalinger. Mange spiser et daglig måltid i en kantine, og når man spiser der hver dag, i måneder og år, så spiller det en viss rolle hva som serveres. Det offentlige kan ikke operere med kostråd, og samtidig ikke bry seg om hva som serveres i sitt eget hus.

Det samme gjelder for idrettshaller. Mattilbudet bør stå i forhold til anleggets grunnleggende funksjon. Det bør være et krav for å få tilbud på matserving i idrettshallen, at mattilbudet knyttes opp mot Helsedirektoratets anbefalinger. I dag er det sjelden noen krav om hva som skal serveres, dermed velger kafeteriaen å servere enkle retter som kan oppbevares på fryselager. Fra kafeteriaens ståsted er det forståelig, men å svømme i lukten av frityr hører ingen steds hjemme.

Den samme problematikken gjelder maten som serveres under idrettsarrangementer. Idrettsforbundet og helsemyndighetene har ingen myndighet. Det er det enkelte idrettslaget som organiserer idrettsarrangementer og turneringer. Foreldre og ildsjeler står i boder. Norway Cup er et godt eksempel. Under verdens største fotballturnering er det i praksis vanskelig å finne alternativer til pølser, hamburgere, is og brus. Det kan virke som om det er litt for tette bånd mellom fastfoodindustrien og idrettslagene.

Det lar seg ikke gjøre å forby gatekjøkkenmat i sin alminnelighet, men det burde være mulig å forby det i idrettshallen og på idrettsarenaene. Vi arbeider nå for å løfte dette opp på politisk nivå. Det dreier seg om forebyggende folkehelse, det dreier seg om signaleffekt, og ikke minst dreier det seg om sunn fornuft.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2015 – 24. Fastfood. Idrettsanlegg. Steffensen, Arnt.

.....

Forskning.no 28.2.2015.

Hele verden spiser stadig mer usunt

Vi spiser stadig mer frukt og grønnsaker. Men gladnyheten overskygges av det sørgelige faktum at vi også får i oss stadig mer usunne matvarer.

Forskere fra mange land har gjort en stor sammenstilling av hvilke matvarer vi spiser i verden, og hvordan dette har endret seg i årene mellom 1990 og 2010.

Studien viser at Norge, som mange andre vestlige land, har forbedret kostholdet sitt på noen områder. Men samtidig spiser vi mer usunn mat.

Studie i 187 land

Forskerne har sett på forbruket av 17 ulike matvarer eller råvarer som er knyttet til fedme, hjerte- og karsykdommer, diabetes og kreft. Studien, som er publisert i *The Lancet*, er gjort i 187 land og dekker kostholdet til hele 4,5 milliarder mennesker. Se: Fumiaki Imamura mfl.: [Dietary quality among men and women in 187 countries in 1990 and 2010: a systematic assessment](#), *The Lancet*, mars 2015, DOI: 10.1016/S2214-109X(14)70381-X (lenken er direkte klikkbar)

Se hele artikkelen fra [Forskning.no](http://forskning.no) ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/mat/2015/02/verdens-befolkning-spiser-stadig-mer-usunt>. Da får du også tilgang til en del relatert stoff.

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2015 – 23. Stikkord: Kosthold.

.....

Tilstrekkelig med moderat fysisk aktivitet

Regelmessig sykling, gange eller husarbeid ser ut til å være tilstrekkelig, og endog bedre enn hard trening, for å redusere risikoen for hjerteinfarkt eller hjerneslag.

Moderat fysisk aktivitet to til tre ganger ukentlig, er forbundet med signifikant lavere risiko for koronar hjertesykdom som hjerteinfarkt, for blodpropp (venetrombose) og hjerneslag, sammenlignet med inaktivitet.

Ikke redusert med hardtrening

Dette viser en prospektiv britisk studie med data fra 1,1 million kvinner. I studien er moderat fysisk aktivitet definert som definert som gange, sykling, hage- eller husarbeid.

Resultatene, [som nylig er publisert i Circulation](#) (direkte klikkbar lenke) gir liten støtte for at hard fysisk trening reduserer risikoen ytterligere.

Tvert imot viste undersøkelsen at kvinner som trente hardt daglig, snarere hadde økt risiko for hjerte- og karsykdom, sammenlignet med dem som trente moderat to til tre ganger ukentlig.

Moderat fysisk aktivitet ble definert som gange, sykling, hage- eller husarbeid.

Lisbeth Nilsen

lisbeth.nilsen@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/tilstrekkelig-med-moderat-fysisk-aktivitet/?utm_source=apsis-anp-3&utm_medium=email&utm_content=unspecified&utm_campaign=unspecified.

Referansekode i 'Helserådet': FYS 2015 – 10. Stikkord: Aktivitetsnivå. Hardtrening.

Et livsviktig jubileum –Tobakkskonvensjonen 10 år.

Kreftforeningen/ Innlegg i Dagsavisen 27.2.2015:

[Anne Lise Ryel](#) (klikkbar lenke)

I dag fyller Tobakkskonvensjonen 10 år. Tobakkskonvensjonen har som formål å redusere sykdom og død forårsaket av tobakksbruk. Den pålegger medlemslandene å innføre en rekke tiltak for å få ned tobakksbruken.

Det er det all grunn til. På verdenbasis dør hvert år 6 millioner mennesker av tobakksrelaterte skader. Dødsfall som tilsvarer mer enn Norges befolkning – dødsfall som kunne vært unngått.

Norge var det første landet i verden som offisielt ratifiserte konvensjonen. Pådriver for konvensjonen var vår egen Gro Harlem Brundtland, som sjef i Verdens Helseorganisasjon. (WHO)

Hvorfor er tobakkskonvensjonen så viktig?

For det første er Norge forpliktet til å bruke konvensjonen som grunnlag når den norske tobakkskadeloven skrives. Bent Høies forslag om å innføre reklamefrie tobakkspakker er for eksempel basert på tiltak i konvensjonen.

For det andre har 180 land enstemmig ratifisert konvensjonen. Det betyr at hele verden er enig om det som står der, og forplikter seg til å følge den.

Bestemmelser basert på konvensjonen bør derfor være lite kontroversielle å innføre, men dette er dessverre ikke tilfelle. Ti år etter at konvensjonen trådte i kraft viser nemlig tall fra WHO at selv om nesten hele verden har stadfestet konvensjonen, så følges den i liten grad. Hvorfor? Svaret er tobakksindustrien.

Tobakkskonvensjonen starter med følgende:

"Partene i denne konvensjon som er fast besluttet på å prioritere sin rett til å beskytte folkehelsen"

Hvorfor starter den med å presisere at medlemslandene er fast besluttet på å prioritere sin rett til å beskytte folkehelsen?

Det er fordi statenes rett til å beskytte folkehelsen er i grunnleggende konflikt med tobakksindustriens ønske om høyest mulig økonomisk fortjeneste: Jo mer effektive tiltak stater innfører for å få ned tobakksforbruket, desto mindre vil tobakksindustrien tjene. Og jo hardere vil tobakksindustrien naturligvis jobbe for å stoppe tiltaket.

Staten må være nettopp *fast besluttet* om den skal klare å prioritere folkehelsen. Det er nemlig en svært mektig industri som motarbeider den. Alle tobakkselskaper har felles interesse i å sikre at tobakk forblir en lovlig vare, samt hindre tiltak som reduserer tobakksforbruket. I lys av dette, bør man derfor se på tobakksindustrien som en samlet styrke, og miljøene som jobber med tobakkforebygging bruker gjerne samlebetegnelsen *Big Tobacco*.

Når stater innfører tiltak for å få ned tobakksforbruket, må altså den enkelte stat klare å stå opp mot hele tobakksindustrien – *Big Tobacco*. De seks største tobakkselskapene ble i 2010 anslått til å ha en fortjeneste på rundt en 35, 1 milliarder amerikanske dollar. Dette er det samme som den samlede fortjenesten til Coca-Cola, Microsoft, og McDonalds samme år. Hvis *Big Tobacco* var ett land, ville det hatt et samlet brutto nasjonalprodukt på linje med land som Sverige eller Saudi Arabia. Det at tobakksindustrien er så pengesterk, gjør den svært mektig.

Tobakkskonvensjonen sier også at medlemsstatene må ta forholdsregler for å beskytte helsepolitikken mot tobakksindustrien. Det presiseres blant annet at myndighetene må opplyse hele samfunnet om tobakksindustriens strategier og taktikker. Det står altså svart på hvitt at man aktivt må gjøre hele samfunnet oppmerksom på hvordan en bransje opererer. Hele verden er enige om dette.

Dagens WHO-direktør Dr. Margaret Chan - den høyeste rangerte helseperson i verden – sa følgende om tobakksindustrien da Norge selv sto i retten mot tobakksindustrien i 2012:

"Tobakksindustriens taktikker for å undergrave anti-tobakk-kampanjer, og undergraving av tobakkskonvensjonen, er ikke lenger skjult eller forsøkt skjult under dekke av samfunnsansvar. De er ute i det åpne rom, og de er ekstremt aggressive. De høyprofilerte rettsakene i Uruguay, Norge, Australia og Tyrkia er med hensikt anlagt for å skremme andre land som ønsker å innføre tilsvarende tøffe tobakksforebyggende tiltak. Industrien ønsker en dominoeffekt. Når ett land gir etter for trusler om kostbare og langvarige søksmål og trusler om forlik i milliarder dollar-klassen, kan det medføre at andre land med tilsvarende intensjoner følger etter."

Tobakksindustrien er alltid i forkant, og kan ta seg råd til å føre så mange rettsaker de ønsker verden over. Internasjonalt ser man at flere og flere land gjør en innsats for å følge tobakkskonvensjonen, men tobakksindustrien har kapasitet til å følge opp dette ved systematisk å true med søksmål. Dette gjøres med tanke på å skremme, forsinke eller forhindre helsemyndighetene i å innføre lovgivning som vil minke tobakkselskapenes fortjeneste.

Rettsakene fører til at land verden over bruker unødvendig mye ressurser, både økonomisk og faglig, på å bevise og vurdere spørsmål hvor svaret bør være åpenbart: Alle stater har rett og plikt til å innføre tiltak for å beskytte befolkningen mot tobakkskader. Og en ting er at Norge kanskje kan ta seg råd til å møte tobakksindustrien i retten (selv om disse pengene selvfølgelig mye heller skulle blitt brukt på helsetiltak i Norge). Noe ganske annet er land som ikke har like god økonomi som Norge. Det sier seg selv at mange land ikke kan prioritere å møte tobakksindustrien i retten når de allerede mangler pengene til nødvendige medisiner, drift av sykehus osv. Globalt jobber «Big Tobacco» ikke bare for å holde på, men for å øke markedsandelene. Det ser vi særlig i Afrika og Asia. Jeg anbefaler alle å se dette klippet fra «*Last Week Tonight*» hvor komikeren John Oliver på en meget treffende måte beskriver hvordan tobakksindustrien opererer for å undergrave helsepolitikken i svakerestilte land: <https://www.youtube.com/watch?v=6UsHHOCH4q8> (klikkbar lenke).

Referansekode i 'Helserådet': TOB 2015 – 13. Stikkord: Tobakkskonvensjonen. Ryel, Anne Lise.

Kommunal Rapport/NTB 2.3.2015:

Stavanger kommune forbyr snus i arbeidstiden

Jobber du i Stavanger kommune, må du fra høsten av holde deg borte fra både røyk, snus og e-sigaretter så lenge du er på jobb.

Forslaget om totalforbud har nå vært gjennom både arbeidsmiljøutvalgene (AMU) og hovedarbeidsmiljøutvalget (HAMU). Om 14 dager får politikerne i administrasjonsutvalget saken på bordet, skriver Stavanger Aftenblad.

Ifølge avisen ligger det an til at totalforbudet vil føre til heftig politisk debatt slik det ble sist saken var oppe i 2009. Da valgte man å vente. Flere mener det kan være grunn til å vente denne gangen også.

– Jeg ser fram til å få denne saken til behandling. Jeg kan ikke helt se at vi skal være så formynderaktige at vi blander oss opp i hva de ansatte gjør i pausene sine. Noen trener eller går en tur. Noen går til bakeren og kjøper en pose boller. Mens andre tar en røyk, sier leder av administrasjonsutvalget, Erlend Jordal (H).

Hovedtillitsvalgt for Fagforbundet innen helse og omsorg, Gerd Tove Lima sier det har vært friske diskusjoner om røyk og snus i arbeidsmiljøutvalgene, men at det ikke er alvorlige dissenser om det forslaget som nå ligger på bordet.

– Det har vært viktig for oss å få utsatt innføringen av dette til utpå høsten. Dermed kan de ansatte få sommeren til å tenke seg om og eventuelt melde seg på et røykesluttkurs, sier Lima.

Arbeidsmiljøutvalget ved rådmannskontoret i Stavanger har innvendt at det fortsatt bør være greit med snus, men har fått til svar at loven alt slår fast at det er totalt tobakksforbud, både røyk og snus, i skole og barnehage. Det vil derfor ikke være tilrådelig å ha to ulike regelverk for ansatte i kommunen. (©NTB)

Referansekode i 'Helserådet': TOB 2015 – 14. Stikkord: Røykeforbud.

.....

Forskning.no 25.2.2014

Langt mindre allergi med oppvaskbørste

Oppvaskbørsten ser ut til å være et effektivt våpen mot allergi. Barn i familier som ikke bruker oppvaskmaskin, blir langt sjeldnere allergiske.

Av **Siw Ellen Jakobsen** journalist

Stadig flere barn får allergi. Nå viser en ny studie at barn som vokser opp i familier som vasker opp på gammelmåten, kan bli spart for denne folkesykdommen.

De svenske forskerne har studert over 1000 barn og deres 7-8 år gamle barn i to regioner i Sverige, Kiruna i Nord-Sverige og Mölndal utenfor Göteborg. Studien fra Göteborgs universitet er publisert i siste utgave av *Pediatrics*.

40 prosent lavere sannsynlighet

Foreldrene ble spurt om oppvaskvane sine, og om barna deres hadde eksem, astma eller sesongallergier.

De barna som vokser opp i hjem der foreldrene tar oppvasken for hånd, har faktisk rundt 40 prosent lavere sannsynlighet for å utvikle allergier enn andre barn.

Risikoen for allergi ble enda lavere hvis barna spiste ferske matvarer fra gårder, som har et høyere bakterieinnhold. **Det er kjent fra tidligere forskning** (direkte klikkbar lenke) at barn som vokser opp på gårder, har lavere risiko for å utvikle allergier.

Støtter hygienehypotesen

Forskernes forklaring er at når du vasker opp for hånd, får du ikke glass, tallerkener og bestikk så rene som når du bruker oppvaskmaskin. Dette er faktisk en god ting, fordi det kan utsette familien for flere bakterier.

Flere studier (direkte klikkbar lenke) har de siste årene gitt støtte til den såkalte hygienehypotesen, nemlig at barn har godt av litt skitt for å unngå blant annet astma og allergier. Flere forskere spekulerer i om det miljøet barn vokser opp i, rett og slett er for rent.

Ut med oppvaskmaskinen?

Men forskerne gjør oppmerksomme på at de ikke har funnet en direkte forklaring. Det betyr at det også kan være underliggende årsaker til at de som vasker opp for hånd, har mindre allergier. For eksempel har andre studier antydning at barn som bor i familier med lavere inntektsnivå, har redusert risiko for allergi.

Selv om forskerne har tatt familiens økonomiske status i betraktning, kan det likevel være at folk som ikke har oppvaskmaskin, lever annerledes enn de som kjøper seg en maskin til å gjøre jobben.

Det er derfor for tidlig å oppfordre folk til å kaste ut oppvaskmaskinen.

Referanse:

Bill Hesselmar m.fl.: Allergy in Children in Hand Versus Machine Dishwashing, *Pediatrics*, februar 2015, **Sammendrag** (direkte klikkbar lenke).

(Red. kommentar: Det som her kalles *hygienehypotesen* kalles av mange andre også for *biodiversitetshypotesen*)

Dette er hele artikkelen fra *Forskning.no*. Du får også tilgang til den samt til en del annet relevant materiale ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/2015/02/mindre-allergi-med-oppvaskborste>.

Referansekode i 'Helserådet': PER 2015 – 4. Stikkord: Allergi. Hygienehypotesen. Biodiversitetshypotesen.

.....

Økt pågang til helsestasjonene

Helsestasjoner i Norge merker økt pågang etter at en 18 måneder gammel tysk gutt døde av meslinger denne uken. Mange vaksineskeptikere har endret mening.

Av NTB 27. februar 2015

– Vi har hatt en liten storm av folk som ringer, sier Ingerlise Skarø til NTB. Hun er fagsjef for forebyggende helse blant barn og unge i Nesodden kommune.

Nesodden har hatt lavere deltakelse i vaksineprogrammet enn gjennomsnittet i Norge. Men meslingutbruddene i Tyskland og USA har ikke gått upåaktet hen.

– Vi har hatt noen eksempler på at hele familien lar seg vaksinere, sier Skarø.

Kikhoste bekymrer

Det er ikke bare risikoen for meslinger som vekker bekymring. Mange barn i lokalmiljøet på Nesodden har fått kikhoste i løpet av vinteren. Også andre steder i landet har kikhoste blusset opp.

– Det kan i verste fall få alvorlige konsekvenser for de minste barna, sier Skarø. Hun sier kommunens mål er å få til en dialog med foreldrene, uten å ha en agenda om å overtale.

Drammen helsestasjon har også økt pågang fra foreldre som tidligere har vært skeptiske til barnevaksinasjonsprogrammet.

– De veldig, veldig få som har valgt å ikke vaksinere, kommer nå som følge av den pågående debatten for å få vaksine likevel, sier helsesøster Anne Grethe Schade ved Konnerud helsestasjon til [Drammens Tidende](#) (direkte klikkbar lenke).

Foreldre som skal ut og reise med barna sine, er også ekstra påpasselige nå.

– Når det gjelder reisevaksine har vi sett en økt oppmerksomhet den siste tiden. Det er mange telefoner og henvendelser. Mange spør om risiko, sier Irene Teslo, bydelsoverlege i Gamle Oslo.

Vaksinens paradoks

Meslinger er en av de mest smittsomme sykdommene vi kjenner. For å få sykdommen under kontroll, kreves det at 95 prosent av befolkningen er vaksinert. I Norge ligger dekningsgraden på 92 prosent.

Det som særlig bekymrer helsemyndighetene, er at det i enkelte miljøer er enda lavere andel, noe som gir risiko for lokale utbrudd.

– Det er vaksinens paradoks. Med effektive vaksiner, så glemmer vi sykdommen og hvorfor vi vaksinerer, sier overlege Marianne Bergsaker ved vaksineavdelingen i Folkehelseinstituttet til NTB.

Det er for tidlig å si om all oppmerksomheten i vinter har ført til et generelt oppsving i andelen barn som blir vaksinert.

– Det at sykdommer ikke er i Norge, avhenger av at vi opprettholder en høy dekning. Det er en skjør tilstand, sier Bergsaker. Jevnlige utbrudd

Helsemyndighetene har ikke satt i verk noen spesiell strategi eller tiltak i lys av meslingutbruddene i andre land i vinter. De jobber som normalt gjennom helsestasjoner og fastleger, samt med informasjon og overvåking.

Bergsaker påpeker at Norge ikke har store miljøer med vaksineskeptikere, slik vi finner i en del andre land.

– I Europa har vi sett større og mindre meslingutbrudd gjennom hele 2000-tallet, men det har ikke fått så mye oppmerksomhet. Det kom først nå etter utbruddet i USA, sier hun.

[Verdens helseorganisasjon](#) (direkte klikkbar lenke) anmodet onsdag europeiske land om å trappe opp innsatsen for å sørge for at utsatte grupper får meslingvaksine. Det er registrert over 22.000 tilfeller i Europa i 2014/2015.

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2015 – 31. Stikkord: Helsestasjoner. Meslinger.

De fleste smittede finner vi i Kirgisistan, Russland og Georgia, samt et stort utbrudd i Bosnia. Utbruddet i Berlin skal også ha startet i bosniske innvandremiljøer og så spredt seg.

Forskning.no/NTB 2.3.2015:

Ny aggressiv hiv-variant oppdaget

Det er oppdaget en variant av hiv-viruset som gjør at pasientene utvikler aids dobbelt så raskt som det som hittil har vært vanlig i et gjennomsnittlig sykdomsforløp.

Den nye aggressive hiv-varianten ble nylig oppdaget på Cuba, skriver Dagens Medisin.

Den nyoppdagede varianten kan i verste fall utvikle seg til aids innen tre år, dersom den ikke blir behandlet, mot gjennomsnittlig rundt ti år med hiv-viruset vi kjenner nå.

Det er forskere ved Det katolske universitet Leuven i Belgia som har studert pasienter ved Pedro Kouri-instituttet for tropemedisin i Havanna på Cuba.

Forskerne studerte 73 pasienter, og alle som var smittet med den nye varianten, fikk aids i løpet av tre år. Ingen av pasientene fikk noen behandling før de utviklet aids.

- Les også: [Kan ha funnet opphavet til hiv-epidemien](#) (direkte klikkbar lenke)

Professor emeritus Stig S. Frøland, spesialist i infeksjonssykdommer, indremedisin og klinisk immunologi, har arbeidet med hiv og aids i svært mange år og var den som diagnostiserte den første aids-pasienten i Norge. Han mener hiv-viruset vil fortsette å overraske.

– Jeg tror hiv-viruset fortsatt ikke har avslørt alle sine hemmeligheter, blant annet når det gjelder mulighetene for nye kombinasjonsformer som kan ha endrede biologiske egenskaper, sier han

– Men funnene må bekreftes, sier Frøland, som viser til at det ikke er et høyt antall pasienter som er studert.

- Les også: [Aggressiv hiv-variant gir raskere aids](#) (direkte klikkbar lenke)

Dette er hele artikkelen fra [Forskning.no](#). Du får også tilgang til den samt til annet relatert materiale ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/aids-virus/2015/03/ny-aggressiv-hiv-variant-oppdaget>.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 79. Stikkord: Hiv. Aids.

Forskning.no 4.3.2015:

Blir immunforsvaret sterkere etter sykdom?

Gjør en skikkelig omgang influensa eller meslinger at immunforsvaret vårt blir sterkere og bedre rustet til å bekjempe andre sykdommer?

Diskusjonen har gått høyt om vaksiner og barnesykdommer den siste tida. Da dukker følgende argument ofte opp: Barnesykdommene er viktige for at barna skal få et sterkt immunsystem.

Kanskje ser vi for oss immunsystemet som en slags muskel som trenes opp: Etter en omgang med vannkopper har ikke kroppen bare lært seg å takle vannkoppeviruset. Det er samtidig blitt generelt sterkere og dermed bedre rustet til å bekjempe andre infeksjoner.

Men er det slik? Og vil vaksiner i så fall snyte immunforsvaret for viktige treningstimer? Kan vaksiner til syvende og sist gi oss et slapt og dårlig immunsystem?

Nei, mener to av Norges eksperter på immunforsvaret.

Se hele artikkelen fra [Forskning.no](#) ved å gå inn på eller klikke på <http://forskning.no/2015/02/blir-immunforsvaret-sterkere-etter-sykdom>.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 80. Stikkord: Immunforsvaret.

Syning av lik i sykehjem

Trond Brattland, kommuneoverlege i Tromsø har reist følgende på Kompass.no:

Vi prøver å samordne rutinene for syning av lik og skriving av dødsmelding på sykehjem.

Det som er diskusjonen, er hvorvidt vi skal ha en rutine på at legevaktslege skal rykke ut på kveld og i helg for å syne liket. Eller om at man da kan la to ansatte på sykehjemmet syne liket og la sykehjemslegen skrive dødsmelding basert på journalopplysninger og informasjon fra de ansatte neste arbeidsdag.

Hvordan gjøres dette i andre kommuner?

Legger ved et brev fra fylkesmannen i Hordaland, for interessert.

<http://www.fylkesmannen.no/PageFiles/581725/Tilbakemelding%20-%20ventet%20dødsfall.pdf>

Epost: trond.brattland@tromso.kommune.no

Tlf: 99235534/77790017

Adresse: Rådhuset, Postboks 6900, 9299 Tromsø

Guro Steine Letting, kommuneoverlege i Fredrikstad kommune (gurosteine@gmail.com):

I Fredrikstad kommune har vi praktisert syning neste kvardag (dersom sjukeheimslege er på jobb) ved venta dødsfall. Ved uventa dødsfall, eller dersom sjukeheimen ikkje har lege alle dagar, blir legevakta tilkalt.

Kjellaug Enoksen, sykehjemsoverlege Askøy og lege ved sykehjemslegevakt Bergen (kjenok@online.no)

I Bergen er det praksis for å melde dødsfall til en egen sykehjemslegevakt på ettermiddag og i helger. Forventede dødsfall kveld og natt blir tilsett av sykehjemets lege dersom vedkommende er på arbeid neste dag.

I noen tilfeller rykker lege fra allmennelegevakt ut på slutten av sin vakt dersom det er en sykehjems pasient som er død uventet.

Alle som dør, blir tilsett av lege. Å lage en rutine der to ansatte på sykehjemmet syner liket og lar sykehjemslegen skrive dødsmelding basert på journalopplysninger og informasjon fra de ansatte neste arbeidsdag er etter mitt syn ikke innenfor rammen av loven.

I Askøy kommune har vi samme rutine som i Bergen med unntak av at her er det allmennelegevakten som tar jobben i helgene. Forventede dødsfall i uken blir tilsett av sykehjemets lege da det er lege på jobb alle ukedager.

Ragnhild Smalås, kommunoverlege Grong/Namsskogan (ragnsmal@frisurf.no)

Hei, i strid med hvilken lov? Viser til vedlegg (red. anm: se første innlegget) som er i tråd med vår praksis. U hensiktsmessig at legevakslege skal rykke ut ved ventede dødsfall, og dødsmeldingen blir vel også best ivaretatt av sykehjemslege eller fastlege?

Trond Brattland:

Jeg synes loven virker å ikke være helt klokkeklar på dette punktet, og det vises fra fylkesmannen til forsvarlighetskravet. Det betyr at man må gjøre noen egne vurderinger og skriftliggjøre disse.

Det er vel to vurderinger som er viktige i denne saken.

Den ene er å vurdere om en person er død eller ikke (stadfeste dødsfallet). Denne vurderingen må nødvendigvis gjøres før den formodentlig døde kjøres ned på kjølelageret. Ikke mye vits å komme å gjøre en slik vurdering etter at vedkommende har ligget på kjøla i et døgn. Det betyr at disse vurderinger må gjøres innen rimelig tid, kanskje 12 timer.

Den andre vurderingen er å vurdere dødsårsak. Her vil jeg tro det er svært sjelden at syning av liket vil gi informasjon av betydning. Måtte være ved fallulykker.

Dersom vi skal belage oss på at det må være en lege som skal stadfeste dødsfallet må vi ha en rutine på at legevakslege rykker ut på kveldstid og i helger/helligdager. Dette vil nødvendigvis gå ut over både beredskapsevne på Legevakta og økonomi. Og hvorvidt en legevakslege kan gjøre denne vurderingen mye bedre enn sykepleiere eller hjelpepleiere på sykehjemmet er for meg ikke sikkert. Det står i likbehandlingsloven at «Intet Lig maa begraves ligesaalidt som Kisten over noget Lig maa lukkes tidligere end 72 Timer efter Døden, med mindre der ved Besigtigelse av to voxne Personer er fundet klare Tegn paa, at Døden er intraadt, eller der foreligger saadan Lægeattest som i § 1 nævnt.» Når vi kan stille med to helsepersonell burde det jo holde.

Når det gjelder å skrive dødsmelding, er det vel vanligvis journalopplysninger og opplysninger fra personalet som har mest verdi. Neppe syning av liket.

Jeg synes måten som Guro beskriver virker fornuftig. Så får man heller jobbe litt med å definere hva et ventet dødsfall er. Formodentlig noe med at det har vært et definert sykeleie i forkant, gjerne gjort en vurdering om at livsforlengende behandling ikke skal gjøres. Mens et uventet dødsfall kanskje er et plutselig dødsfall hos en tilsynelatende stabil beboer, eventuelt dersom det er forhold i relasjonen til pårørende som tilsier at lege må på banen.

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2015 – 32. Stikkord: Syning av lik.

.....

Rapport 2015:1

Anbefalte faglige normer for inneklima. Revisjon av kunnskapsgrunnlag og normer - 2015

Type: Rapport **Språk:** Bokmål **Utgitt:** Januar 2015 **Forfatter(e):** Divisjon for miljømedisin

Tilgjengelige versjoner: Kun nedlastbar (pdf)

Last ned: (direkte klikkbar lenke)

[Anbefalte faglige normer for inneklima \(pdf\)](#)

Den reviderte rapporten inneholder som før anbefalte normer for inneklima, praktiske råd og oppdatert kunnskapsgrunnlag. Normene gir grunnlag for helsefaglige vurderinger av inneluftkvalitet. I rapporten finnes ett kapittel om inneklima og helse, ett kapittel med gode råd for inneklimatearbeid og 15 kapitler om ulike inneklimatefaktorer. Rapporten erstatter utgaven fra 2013 (red. anm.: den forrige utgaven ble omtalt i 'Helserådet' nr. 18/2013, side 14- 15).

I løpet av 2014 ble rapporten gjennomgått, og kapitlet om asbest og syntetiske mineralfibre ble delt i to separate kapitler. Dette fordi eksponering for de to fibertypene har svært forskjellig helsemessige risiko. Samtidig ble det foretatt en oppdatering av kunnskapsgrunnlaget for syntetiske mineralfibre. Det er også gjort noen presiseringer i kapitlet om svevestøv.

Referansekode i 'Helserådet': INN 2015 – 3. Stikkord: Inneklimanormer.

MMR-vaksine før reisen?

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114173>.

Det er stadig meslingutbrudd i Europa og andre deler av verden. Skal du på reise med barn mellom 9 og 15 måneder til land med pågående meslingutbrudd, kan det være aktuelt å framskynde MMR-vaksinasjonen. Vaksinasjon anbefales også for enkelte voksne.

MMR-vaksine beskytter mot meslinger, røde hunder og kusma. Alle barn i Norge får tilbud om MMR-vaksine gjennom barnevaksinasjonsprogrammet. Vaksinasjonen består av en dose ved 15-månedersalder og en dose ved 11-årsalder (6. klasse). I spesielle tilfeller kan det likevel være aktuelt å vaksinere tidligere.

Tidligst ved 9 måneder

I Norge er det en høy vaksinasjonsdekning, og det er generelt ikke behov for å framskynde MMR-vaksinasjon til barn som skal oppholde seg i Norge. I enkelte tilfeller, for eksempel ved reiser til land hvor det er meslingutbrudd, kan det være aktuelt med tidligere vaksinasjon. Reisemål, type reise og varighet på oppholdet må tas med i betraktningen når tidlig vaksinasjon vurderes. Generelt kan det ofte anbefales å framskynde vaksinasjonen ved reiser til land med høy forekomst av meslinger og lav vaksinasjonsdekning, både i og utenfor Europa.

Absolutt laveste alder for MMR-vaksine er 9 måneder. Det er likevel en fordel å vente med første dose MMR-vaksine til barnet er 15 måneder fordi vaksinen virker bedre ved den alderen. Ved vaksinasjon i alderen 9-12 måneder må barnet få en ny dose ved riktig alder for å sikre tilfredsstillende beskyttelse. De aller yngste spedbarna vil være beskyttet mot meslinger gjennom antistoffer overført fra mor i svangerskapet forutsatt at mødrene er vaksinert mot meslinger eller har gjennomgått sykdommen.

MMR-vaksine gitt etter fylte 12 måneder er fullt tellende i norsk program.

Ved reise til land med høy meslingeforekomst kan det også være aktuelt å framskynde 2. dose MMR-vaksine for skolebarn.

MMR-vaksinasjon for voksne født etter 1960

Meslingvaksine ble innført i det norske barnevaksinasjonsprogrammet i 1969 med én dose til småbarn. I 1983 ble kombinert vaksine mot meslinger, kusma og røde hunder (MMR-vaksine) innført med to doser (alder 15 måneder og 13 år). Etter innføringen av meslingvaksine sank forekomsten av meslinger, noe som gjorde at barn født i årene før innføring også ble mindre utsatt for smitte og meslingsykdom. Dette gjør at noen av disse mangler immunitet fordi de hverken fikk vaksine eller sykdommen.



Illustrasjonsfoto: Copyright Colourbox

Voksne personer som ikke vet at de har fått MMR-vaksine eller har gjennomgått de aktuelle sykdommene, anbefales derfor MMR-vaksine. Personer født før 1960 har imidlertid så høy sannsynlighet for å ha gjennomgått meslinger at MMR-vaksine vanligvis ikke er nødvendig.

Hvilke land har meslingutbrudd?

ECDC (Det europeiske smitteverninstituttet) har publisert en rapport over meldte tilfeller av meslinger og røde hunder per januar 2015. Den viser at i Europa er det Tyskland (spesielt Berlin), Italia, Slovenia, Bosnia, Herzegovina, Serbia og Kyrgystan som har pågående utbrudd. Utenfor Europa er det også rapportert meslingutbrudd i USA, Canada, Kina, Sudan og Papua Ny Guinea (per januar 2015). Mange land har imidlertid ikke gode rapporteringssystem, og fremskyndet meslingvaksine kan også vurderes ved lengre reiser til slike land.

Oppdatert informasjon og rapporten det henvises til finnes på ECDC sine nettsider: (direkte klikkbare lenker)

- [European measles monitoring \(reports\)](#)
- [The continuing problem of measles in Europe \(ECDC comment\)](#)

Mer informasjon: (direkte klikkbare lenker)

- [Vaksine mot meslinger - publikumsinformasjon](#)
- [Meslingvaksinasjon - veileder for helsepersonell](#)
- [Kronikk på NRK Ytring 02.03.2015: Europa er eksportør av meslinger](#)

Publisert: 02.03.2015, endret: 11.03.2015, 08:14

Se også: Påvist tilfelle av meslinger i Oslo <http://www.fhi.no/artikler/?id=114349>.

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 78. Stikkord.: Meslinger. Meslingvaksine. MMR.

Influensavaksine til gravide

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113997>.

Folkhelseinstituttet anbefaler influensavaksine til gravide etter 12. svangerskapsuke. Dette er fordi gravide i 2. og 3. trimester og spedbarn har en økt risiko for alvorlig sykdom hvis de får influensa.

Influensavaksinen kan beskytte den gravide og det ufødte barnet. Det kan også redusere sjansen for at mor smitter barnet etter fødselen. Dette er tema i et nylig publisert innlegg i Tidsskrift for Den norske legeförening:

- [Influensavaksinasjon i svangerskapet](#) (direkte klikkbar lenke)

Publisert: 12.02.2015, endret: 12.02.2015, 10:26

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 75. Stikkord: Influensavaksine. Gravide.



Flått og flåttbårne sykdommer – årsrapport for 2013

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=111092>.

Årsrapporten *Flått og flåttbårne sykdommer* for 2013 beskriver forekomsten av de to vanligste flåttbårne sykdommene i Norge, Lyme borreliose og skogflåttencefalitt (hjernebetennelse). Rapporten omtaler også skogflåttens utbredelse og livssyklus.

Overvåkingen i Folkehelseinstituttet viser at antallet meldte tilfeller av flåttbårne infeksjoner varierer fra år til år.

- Flere tilfeller av Lyme borreliose ble meldt i 2013 enn i 2012, men færre enn antallet meldt i 2007 og 2008. Meldte tilfeller av skogflåttencefalitt er litt færre enn tidligere år, sier overlege Hans Blystad i Avdeling for infeksjonsovervåking ved Folkehelseinstituttet. Borreliose

Lyme borreliose er den vanligste flåttbårne sykdommen i Norge og ellers i Europa. Sykdommen forårsakes av bakterien *Borrelia burgdorferi* som kan overføres gjennom flåttbitt. Borreliose kan manifestere seg på ulike måter. Diagnostikk og behandling er utfordrende og stadig utsatt for diskusjon. I 2013 ble det meldt 315 tilfeller av Lyme borreliose til MSIS, en økning fra året før. Av disse var 78 % smittet i Norge. Ifølge kriteriene for melding er det kun de alvorlige tilfellene av Lyme borreliose som skal meldes.

Skogflåttencefalitt

Skogflåttencefalitt (hjernebetennelse) skyldes en infeksjon med tickborne encephalitis (TBE) -viruset i sentralnervesystemet. Viruset kan overføres gjennom flåttbitt. Infeksjonen gir stor variasjon i det kliniske bildet, fra ingen symptomer til svært alvorlig sykdom. TBE-viruset forekommer flere steder i Europa, og i de senere år har det etablert seg langs kysten fra Vest-Agder og opp til Vestfold. I 2013 ble det meldt 6 tilfeller av skogflåttencefalitt, hvorav 5 var smittet i Norge.

Forebygging og vaksine

Det viktigste forebyggende tiltaket for å unngå sykdom som overføres med flåttbitt, både skogflåttencefalitt og Lyme borreliose, er å unngå å bli bitt av flått. Et effektivt forebyggende tiltak er å bruke lange bukser og være godt tildekket ved ankene når man ferdes i områder med mye flått.

Det finnes en vaksine mot sykdommen skogflåttencefalitt, men den har ingen effekt på annet enn TBE-virus. Mot borreliose finnes ingen vaksine.

Forekomst

I Norge finnes flått stort sett i kystnære strøk fra Oslofjorden nord til Helgelandskysten. Sporadisk kan flått påtreffes i indre deler av landet. Rapporten omtaler dette nærmere.

Publisert: 15.07.2014, endret: 22.02.2015, 20:47

Se også: (klikkbare lenker)

- [2014 - Flått og flåttbårne sykdommer - Årsrapport 2013](#)
- [Smittevernveilederen - Lyme borreliose - veileder for helsepersonell](#)
- [Smittevernveilederen - Skogflåttencefalitt \(TBE-virusinfeksjoner\) - veileder for helsepersonell](#)

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 77. Stikkord: Flått. Borreliose. Encefalitt.



Kan trafikkstøy øke risiko for fedme?

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114134>.

Det er en sammenheng mellom vegtrafikkstøy og risiko for fedme blant personer som er spesielt sensitive for støy. Dette kommer fram i en studie fra Folkehelseinstituttet.

Tidligere har en svensk studie rapportert en positiv sammenheng mellom flystøy og midjeomkrets, men dette er den første studien som viser en slik sammenheng også for vegtrafikkstøy.

Støy fra vegtrafikk er et økende problem. Bortimot 1.4 millioner i Norge har støynivåer utenfor boligen som overstiger anbefalt grense på 55 desibel, og vegtrafikken er den klart største kilden til støy i samfunnet.

En rekke studier de senere år har dokumentert sammenhenger mellom langtid eksponering for både fly- og vegtrafikkstøy og økt risiko for forhøyet blodtrykk og hjerteinfarkt. Denne studien underbygger kunnskapen om at støy kan bidra til mer alvorlige helsetilstander enn plage og søvnforstyrrelser.

- Det trengs fortsatt mer forskning på langtidsvirkninger av støy på helsa. Det er viktig å få mer kunnskap om mekanismene for sykdomsutvikling samt avdekke sårbare grupper, da det er store individuelle forskjeller i sårbarhet for støy, sier Gunn Marit Aasvang, seniorforsker ved Avdeling for luftforurensning og støy, Folkehelseinstituttet.

Resultater fra denne studien:

- Blant kvinner som rapporterte å være spesielt sensitive for støy ble det funnet statistisk signifikante sammenhenger mellom trafikkstøynivå og alle tre fedmemarkørene: KMI (kroppsmasseindeks også kalt BMI), midjeomkrets og hofte-midjeratio (forhold mellom hofte og midjemål).
- Sammenhengene var svakere hos menn.
- Sammenhengen med KMI var sterkere blant dem som hadde vært utsatt for støy over flere år.



- Det var ingen sammenheng mellom støy og fedmemarkører når man så på hele befolkningen under ett.
- Verken selvrapportert søvnkvalitet eller støyplage syntes å påvirke sammenhengen mellom støy og fedme i vår studie.
- Sammenhengen var sterkere blant menn som hadde soverom vendt mot trafikkert veg, som gir noe støtte for at sammenhengen kan gå via redusert søvnkvalitet.

Hva vet vi fra før om støy og helse?

- I følge WHO fører trafikkstøy til minst en million tapte friske leveår årlig i Vest-Europa, hovedsakelig på grunn av støyplage og søvnforstyrrelser.
- Støy er en stressfaktor som bidrar til forstyrrelse av hvile, søvn og kommunikasjon.
- En rekke studier de senere år har også vist en sammenheng mellom støy og forhøyet blodtrykk og hjerte-karsykdom.
- Eksperimentelle studier har vist akutte økninger i blodtrykk, puls og i nivåer av stresshormoner, men helsekonsekvensene av lengre tids eksponering for støy har vært mer usikre.
- Både stress og mangelfull søvn påvirker metabolismen og fører til endringer i hormonutskillelse.
- Flere undersøkelser de senere år, både eksperimentelle og befolkningsstudier, viser en sammenheng mellom søvnmangel og risiko for overvekt og fedme.
- En mulig sammenheng mellom det å være utsatt for støy og økt risiko for fedme kan derfor være gå via redusert søvnkvalitet og stress.
- Overvekt og fedme er også risikofaktorer for hjerte-karsykdom.

Hvem ble undersøkt i denne nye studien?

Studien gjorde bruk av data fra to befolkningsundersøkelser fra ulike tidsrom fra de samme personene:

- Helseundersøkelsen i Oslo 2000-2001 (HUBRO) og
- Oppfølgingsundersøkelsen Helse og miljø i Oslo fra 2009-10 (HELMILO).

Kroppsmasseindeks (KMI) basert på målt høyde og vekt samt målinger av liv- og hoftevidde fra HUBRO ble undersøkt i forhold til beregnede nivåer av vegtrafikkstøy utenfor bolig. Videre ble spørreskjemaopplysninger fra HUBRO om støyplage og søvnforstyrrelser benyttet.

Fra HELMILO fantes informasjon fra spørreskjema om støysensitivitet, botid og om soverom var vendt mot en skjermet side eller ut mot trafikkert gate. I analysene ble det tatt hensyn til en rekke mulig samvirkende faktorer som blant annet livsstilsfaktorer og sosio-økonomi.

Referanse

- Oftedal B. *et al* (2015). [Road traffic noise and markers of obesity – A population-based study](#). Environmental Research Volume 138, Pages 144–153

Se også:

- [WHO's Burden of Disease from Environmental Noise](#)
- [Svensk studie av flystøy og fedme](#)

Publisert: 27.02.2015, endret: 17.03.2015, 17:49

Referansekode i 'Helserådet': MHV 2015 – 19. Stikkord: Trafikkstøy. Fedme.

2014: Et travelt år for Giftinformasjonen

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114167>.

Huggormbitt og giftig sopp var de store temaene for henvendelser til Giftinformasjonen ved Folkehelseinstituttet i 2014.

I 2014 mottok Giftinformasjonen ved Folkehelseinstituttet nesten 42 000 telefonhenvendelser. To av tre henvendelser kom fra «mannen i gata» mens resten kom fra helsetjenesten.

Giftinformasjonen er tilgjengelig hele døgnet for informasjon, råd og veiledning ved akutte forgiftninger.

Huggorm og sopp

Første del av sommeren ble det mottatt unormalt mange henvendelser om huggorm. I løpet av sommeren kom over 300 henvendelser etter huggormbitt eller sterk mistanke om dette.



Sensommer og høst gjorde den fine soppesongen at antallet henvendelser om sopp ble høyere enn normalt. Totalt mottok Giftinformasjonen 1246 henvendelser der noen hadde spist sopp.

- Ofte er det barn som har smakt litt på en sopp når de er på tur i skogen eller i barnehagens uteområde. Heldigvis er det svært sjelden barn trenger behandling etter å ha smakt på sopp. Fordi mengden er liten er det i disse tilfellene tilstrekkelig å utelukke at det dreier seg om en av de gifteste soppene, sier seniorrådgiver Mari Tosterud ved Giftinformasjonen.



Hun understreker viktigheten av at foreldre eller barnehagepersonalet tar vare på soppere fra soppen barnet har spist på, slik at beskrivelsen av den blir best mulig. Dersom det er utfordrende å utelukke de giftigste eller barnet har spist større mengder har Giftinformasjonen også mulighet til å motta bilder for sikker identifikasjon av soppen.

Mange voksne med soppforgiftning

I fjor sommer ble det også registrert flere alvorlige soppforgiftninger hos voksne som hadde inntatt måltid uten å forsikre seg om at det var spiselige sopper.

I 2014 sesongen kjenner Giftinformasjonen til 15 sykehusinnleggelses på grunn av soppforgiftninger. 6 av disse hadde spist hvit fluesopp, 6 rød fluesopp og 2 flatklokkehatt.

De senere årene har personer med bakgrunn fra land med en annen matkultur, for eksempel Asia og Øst-Europa, vært sterkt overrepresentert i antallet alvorlige soppforgiftninger i Norge. Det var også tilfelle i 2014, da 12 av 15 ikke hadde norsk bakgrunn. Derfor har Giftinformasjonen laget brosjyrer på mange språk som kan fortelle litt om det som er spesielt med sopp i Norge: [Giftige sopper](#).

Hvor mange benytter Giftinformasjonen?

De siste årene har antallet telefonhenvendelser ligget stabilt på ca 40 000, men det var en liten økning i 2014. Imidlertid har bruken av Giftinformasjonens informasjonsmateriell på internett økt kraftig de senere år. (Lenkene nedenfor er direkte klikkbare)

- [Informasjon om planter, sopp førstehjelpsråd ved huggormbitt og mange andre temaer som Giftinformasjonen hyppig får spørsmål om](#) - Helsenorge.no
- [Informasjon og behandlingsanbefalinger for helsepersonell for en rekke ulike forgiftninger](#) - Helsebiblioteket

Publisert: 02.03.2015, endret: 09.03.2015, 15:39

Referansekode i 'Helserådet': SKA 2015 – 8. Stikkord: Giftinformasjon. Huggormbitt.

Barn spiser stadig oftere snus og batterier

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114190> .

Økningen bekymrer fagfolkene ved Giftinformasjonen ved Folkehelseinstituttet.

Knappecellebatterier med høy spenning er nå hyppige i bruk, også i barneleker. Batteriene kan sette seg fast i spiserøret, og etter svært kort tid gi en alvorlig skade. Skaden kan også oppstå etter noe tid.

Det er viktig at barn som har fått i seg batterier av denne typen kommer seg raskt til røntgenundersøkelse, for å få lokalisert hvor batteriet sitter.

- Man bør aldri avvente og se an situasjonen når man vet at barnet har svelget et batteri. Noen barn får ikke synlige symptomer, selv om batteriet har satt seg fast. Alle barn som har fått i seg batterier må sendes til lege, også dem uten bivirkninger eller symptomer på skade, sier seniorrådgiver Mari Tosterud ved Giftinformasjonen på Folkehelseinstituttet.



Knappecellebatterier kan lett sette seg fast i halsen til små barn og føre til etseskader. Foto: Colourbox.com

I løpet av de siste årene har Giftinformasjonen hatt nærmere en dobling i antallet henvendelser som gjelder knappecellebatterier.

-I 2014 hadde vi 110 henvendelser om dette, påpeker Tosterud.

Hun anbefaler foreldre og besteforeldre å holde fjernkontroller, bilnøkler og høreapparater unna de yngste barna. Det er også viktig å sjekke jevnlig om skruene på batterirommet på leker sitter godt fast.

Mange henvendelser om snus

Parallelt med økningen av henvendelser om batteri, fører også snus - særlig porsjonssnus - til økt pågang. I 2014 ble Giftinformasjonen kontaktet 496 ganger fordi barn under ti år hadde spist snus. Dette er mer enn en dobling fra 2010.

Det var imidlertid bare i et fåtall tilfeller hvor Giftinformasjonen vurderte at det var en risiko for moderat eller alvorlig forgiftning.

-Barn spiser heldigvis sjelden store mengder snus, selv om det også forekommer, sier Tosterud.

Hun anbefaler følgende, når barn har fått i seg snus:

-Dersom det er snakk om en veldig liten mengde, holder det som regel å plukke ut rester fra munnhulen og å gi noe å drikke. Å svelge en brukt porsjonssnus, eller å ha den en kort stund i munnen, fører sjelden til verre symptomer enn litt oppkast.

Symptomer på forgiftning

Dersom det er snakk om større mengder snus, er det lurt å kontakte Giftinformasjonen. Hvor mye barnet har spist, alder og hvor lenge snusen har vært i munnen, blir brukt for å vurdere om lege eller sykehus bør involveres. Faren for forgiftning er høyere når snusen blir værende en stund i munnhulen, enn når barna svelger den med en gang.

Snus kan påvirke både hjertet og bevissthet dersom barnet har fått i seg en tilstrekkelig dose. Får barnet symptomer utover kvalme og lett oppkast bør lege kontaktes. Kaldsvette, svimmelhet, slapphet, og dersom barnet er oppjaget eller sint, er symptomer man skal være oppmerksom på.

Har det imidlertid gått tre timer uten at symptomene har meldt seg vil faren normalt være over, ifølge Tosterud.

Hun påpeker også at det er viktig å være klar over at elektroniske sigaretter, som noen importerer selv, har nikotinholdig væske som er svært giftig for barn.

Myter og fakta

Hele året blir Giftinformasjonen kontaktet av foreldrene til barn som har spist planter og bær. Ofte er de svært bekymret. Vanligvis har de ingenting å frykte.

- I 2014 mottok vi nesten 700 telefoner fra foreldre til barn som hadde smakt på planter som inneholder irriterende plantesafter. De vanligste plantene var zamioculcas og fredslilje snøbær og bær fra rødhyll og . Vi råder som regel å gi barna noe å drikke. Det er sjelden alvorlige symptomer, det dreier seg i verste fall om oppkast og diare, sier Tosterud.

Stoff som sjelden gir grunn til bekymring:

- Planter som mispelarter, orkide og julestjerne
- Fluorpreparater spises sjelden i farlige mengder
- Vitamintilskudd uten jern
- Blomstervann
- Kritt og fargestifter samt innholdet i tusj og kulepenner
- Kroppspleieprodukter som sjampo, balsam, kroppssåpe og kosmetikk og neglelakk
- Håndoppvaskmidler
- Maskinoppvaskmidler til privathusholdninger gir sjelden symptomer ut over lettere magebesvær. Får barnet symptomer ut over oppkast en enkelt gang skal man kontakte Giftinformasjonen eller lege.
- Silicagel (de små posene som ofte ligger i jakker og vesker når man kjøper dem)
- Stearinlys
- Vanlig maling til vegger og tak
- Giftige bær finnes også i Norge. Sjekk derfor hvilke bærbusker som vokser i hagen din eller på lekeplassen før uhellet er ute, og kontakt gjerne Giftinformasjonen for å høre om de er giftige.

Stoff Giftinformasjonen advarer mot:

Giftinformasjonen er opptatt av at barn ikke kan beskyttes mot alle inntak, så det er viktig å rette fokus på produkter og legemidler som kan gi alvorlig forgiftning ved små inntak. Foreldre bør være særlig oppmerksom på:

- Petroleumdestillater (som white-spirit, lampeolje, tennvæske og bensin)
- Legemidler, også en del av de reseptfrie både med paracetamol og nesepriker kan være problematiske for barn
- Jerntabletter
- Sterke, etsende produkter som avløpsåpnere, ovnsrensere, terrassevask og midler til utendørs husvask samt sopp- og algefjerning.
- Produkter med glykoler, særlig frostvæske og bremsevæsker
- Bordsalt
- Alkohol
- Nikotinholdige produkter
- Knappcellebatterier

Førstehjelpsråd ved uhell:

- Ved alvorlige symptomer ring 113.



Snus. Foto: Colourbox.com

- Skyll øynene om noe er sølt i øyet. Bruk gjerne lunket vann rett fra springen.
- Skyll huden med vann dersom man har sølt på seg kjemikalier. Fjerning med løsemidler som aceton og white-spirit er i noen tilfeller mer problematisk enn kjemikalie man har sølt på seg. Vent derfor med det til etter man har kontaktet Giftinformasjonen eller lege
- Gi drikke dersom personen greit kan svelge det selv, men unngå å bruke tvang.
- Ikke fremkall brekninger
- Gi ikke medisinsk kull før du har vært i kontakt med lege eller Giftinformasjonen, men ha det tilgjengelig hjemme så det kan gis raskt dersom nødvendig.
- Dersom uhellet er ute kan du ringe Giftinformasjonen på 22591300

Publisert: 03.03.2015, endret: 12.03.2015, 09:34

Referansekode i 'Helserådet': SKA 2015 – 9. Stikkord: Forgiftninger. Batterier. Snus.

Anbefaler ikke vitamin D-tilskudd til forebygging av kroniske sykdommer

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114120>.

Vitamin D-mangel kan øke risikoen for en rekke kroniske sykdommer. Men å ta et tilskudd av vitamin D «for sikkerhets skyld» bør ikke anbefales til forebygging av kroniske sykdommer før sikrere kunnskap om effekt og eventuelle bivirkninger er tilgjengelig. Det konkluderer Folkehelseinstituttet i en kunnskaps-oversikt.

Vitamin D har fått mye oppmerksomhet de senere årene. Det er holdepunkt for at vitamin D-mangel kan øke risikoen for en rekke tilstander, inkludert kroniske sykdommer som hjerte- og karsykdom, kreft, autoimmune sykdommer og type 2 diabetes. Spørsmålet er imidlertid om det er godt nok kunnskapsgrunnlag til å anbefale vitamin D-tilskudd for å forebygge disse tilstandene.

Professor Haakon E. Meyer på Folkehelseinstituttet og Universitetet i Oslo og forsker Kristin Holvik på Folkehelseinstituttet, har sammen med professor Paul Lips i Amsterdam, Nederland, laget en kunnskapsoversikt publisert i det anerkjente medisinske tidsskriftet BMJ. De konkluderer med at et kombinert tilskudd av vitamin D og kalsium kan forebygge brudd hos eldre. Imidlertid mener de at vitamin D-tilskudd ikke bør anbefales for å forebygge kroniske sykdommer før sikrere kunnskap om effekt og eventuelle bivirkninger er tilgjengelig.



- Men det er vel slik at vitamin D-tilskudd bør benyttes dersom man har D-vitaminmangel?

- Ja. Vi mener at man ikke skal ignorere vitamin D. I de oppdaterte norske næringsstoffanbefalingene fra Helsedirektoratet anbefales 10 mikrogram vitamin D per dag til voksne og barn og 20 mikrogram per dag til eldre. Man trenger ikke å ta en blodprøve før en følger disse anbefalingene. I sommerhalvåret vil mange få dekket behovet uavhengig av kosten ved å være ute i solen. Om vinteren vil mange trenge et tilskudd, for eksempel i form av tran. Ellers er fet fisk som laks, ørret og makrell gode vitamin D-kilder, og den ekstra lette lettmelken, smør og margarin er beriket med vitamin D, sier Haakon Meyer.

I artikkelen har Meyer, Holvik og Lips på en systematisk måte gjennomgått litteraturen og beskrevet mulige fordeler av å ta vitamin D-tilskudd, og mulige bivirkninger. De har også beskrevet pågående forskning og om det er studier på gang som kan gi et klarere svar i overskuelig framtid.

- Forskes det mye på dette?

- Ja, det er en stor forskningsaktivitet vedrørende vitamin D, og i artikkelen er det gitt en oversikt over store randomiserte studier som nå er i gang med å undersøke om tilskudd med høye doser vitamin D kan forebygge ulike kroniske sykdommer. Svarene fra disse vil være klare i løpet av en fempårsperiode, sier Meyer.

Publisert: 26.02.2015, endret: 26.02.2015, 15:26

Siri Haugsnes. Godkjent av Haakon Meyer.

Se også: (direkte klikkbare lenker)

- [BMJ: Should vitamin D Supplements be recommended to prevent chronic diseases?](#)
- [Helsedirektoratet: Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet](#)

In English:

- [Vitamin D supplements: not recommended to prevent chronic diseases](#)

Referanskode i 'Helserådet': ERN 2015 – 22. Stikkord: Vitamin D.

Statistikk infeksjoner og antibiotikabruk i helsetjenesten:

Helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk - prevalensundersøkelser høsten 2014

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114117> .

En av 21 sykehuspasienter og en av 16 beboere i sykehjem hadde en helsetjenesteassosiert infeksjon, viser Folkehelseinstituttets prevalensundersøkelser høsten 2014. Infeksjonsforekomsten i sykehus har de siste to årene vært rundt 5 prosent, mens den ved tidligere undersøkelser ofte har vært rundt 6 prosent.

Folkehelseinstituttet undersøker på utvalgte dager i året antallet pasienter/beboere i helseinstitusjoner som har infeksjoner som kan assosieres med behandlingen eller oppholdet i institusjonen (helsetjenesteassosiert infeksjon).

Slike infeksjoner påfører pasienten unødvendig lidelse, i verste fall død. I tillegg påfører de helsetjenesten store kostnader.



Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

Rapporter med detaljer fra prevalensundersøkelsene høsten 2014: (direkte klikkbare lenker)

- [Prevalensundersøkelser i helseinstitusjoner for eldre høsten 2014](#) (pdf)
- [Prevalensundersøkelser i sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner høsten 2014](#) (pdf)

- Det er viktig at hver enkelt helseinstitusjon vurderer egne resultater fra prevalensundersøkelsen og behovet for infeksjonsforebyggende tiltak, sier seniorrådgiver Horst Bentele ved Avdeling for infeksjonsovervåking ved Folkehelseinstituttet.

- Det må til for at den totale forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner ikke skal øke, men heller reduseres både i sykehus og sykehjem, understreker han.

Han legger til at det er gledelig å se at prevalensen av helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehus har vært rundt 5 prosent i de siste fire undersøkelsene, mens den ved tidligere undersøkelser ofte har vært rundt 6 prosent. Våren 2014 ble det tatt i bruk et nytt definisjonssett i sykehus. Det kan tenkes å ha påvirket resultatene noe, så man må være forsiktig med å sammenligne årets resultater med resultater fra tidligere år.

Infeksjonsforekomsten i sykehjem viser liten endring fra tidligere år.

Hvilke infeksjoner registreres?

Følgende helsetjenesteassosierte infeksjoner registreres i undersøkelsene:

- urinveisinfeksjoner
- nedre luftveisinfeksjoner
- infeksjoner i operasjonsområdet
- blodbaneinfeksjoner blant innlagte pasienter i sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner
- hudinfeksjoner blant pasienter i helseinstitusjoner for eldre

30 prosent fikk antibiotika

Omtrent en fjerdedel av landets sykehus deltok i høstens prevalensundersøkelse av antibiotikabruk, som viser at omtrent 30 prosent av pasientene på de deltakende sykehusene fikk antibiotika på undersøkelsesdagen. Prevalensundersøkelsene gir hver enkelt institusjon en mulighet til å vurdere om de har en fornuftig bruk av antibiotika.

Flere studier viser at overforbruk og feil bruk av antibiotika fører til at mikrober blir motstandsdyktige (resistente) mot disse legemidlene. Det er en nasjonal målsetting at forekomsten av antibiotikaresistens i Norge ikke skal øke.

Publisert: 25.02.2015, endret: 10.03.2015, 15:57

Referansekode i 'Helserådet': HTJ 2015 – 30. Stikkord: Sykehusinfeksjoner. Nosokomiale infeksjoner.

Reviderte importtall i rapport om snus

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=113441> .

(Red.: se også artikkel i 'Helserådet' nr. 2/15, side 27)

Folkehelseinstituttets rapport "Helseisriko ved bruk av snus" fra 2014 inneholder nå nye importtall. Denne saken viser en figur på import av snus til Norge fra 2000–2013. Figuren er ikke med i revidert rapport.

Hovedendringen er gjort på side 39 i rapporten. Det er også gjort endring på side 2, og i sammendragene på side 9 og 17.



Figur 1: Snus og skråtobakk importert til Norge (tonn). Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Tabell over utenrikshandel med varer, etter varenummer, import/eksport, land, tid og statistikkvariabel. Tallene i figuren bygger på varenummer 2403.9990 og 2403.9991 Førstnevnte varenummer som var i bruk fram til 2008 omfatter tobakksvarer, unntatt sigaretter, sigarillos, sigarer, cerutter, røyke-/homogenisert-/rekonstituert tobakk, – ekstrakter/ -essenser, dvs. i all hovedsak snus. Varenummer 2403.9991 omfatter skråtobakk og snus og har vært i bruk siden 2009.

Publisert: 23.12.2014, endret: 04.03.2015, 07:32

Referansekode i 'Helserådet': TOB 2015 – 15. Stikkord: Snus.

Hivsituasjonen i Norge per 31. desember 2014

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114218>.

I 2014 ble det diagnostisert 249 nye hivsmittede i Norge, en moderat økning fra 2013. Økningen er i gruppene menn som har sex med menn (msm) og blant heteroseksuelt smittede bosatt i Norge. Blant innvandrere smittet heteroseksuelt for ankomst Norge fortsetter trenden med færre påviste hivpositive.

Av de 249 hivtilfellene meldt i 2014 var det 184 (74 %) menn og 65 kvinner. I 2013 ble det meldt 234 hivtilfeller. Totalt er det nå diagnostisert 5 622 hivpositive i Norge, 3 803 menn og 1 819 kvinner. Hiv-situasjonen i Norge har holdt seg relativt stabil de siste årene og preges av vedvarende høye smittetall blant msm og en betydelig andel hivsmittede innvandrere som nå utgjør nær 50 % av hivtilfellene som diagnostiseres hvert år. I tillegg utgjør heteroseksuelle menn som smittes i utlandet, spesielt Thailand, en betydelig andel nysmittede. Det er fremdeles en lav hiv forekomst blant personer som tar stoff med sprøyter, blant norskfødte kvinner og blant ungdom. Økt testaktivitet, kondombruk og flere hivsmittede på effektiv behandling er fortsatt de viktigste forebyggende tiltakene.

Det er en økende tendens til at flere innvandrere som blir testet i Norge tidligere har blitt testet hivpositive i hjemlandet og at noen av disse allerede står på hivbehandling. Av de 120 innvandrere meldt i 2014 som var smittet før ankomst Norge, var hele 46 allerede kjent hivpositive fra hjemlandet. Av disse var 28 smittet heteroseksuelt og 14 homoseksuelt. I tillegg kommer seks norskfødte som er testet hivpositive under langtidsopphold i utlandet. Siden disse tilfellene er testet på nytt i Norge og derved inngår i laboratorienes og helsetjenestens årsstatistikk for diagnostiserte hivpositive er de inkludert i den norske hivstatistikken.

Menn som har sex med menn

Det ble i 2014 påvist 107 hivtilfeller blant menn som har sex med menn (msm). Dette er det høyeste antallet påvist noe år i denne gruppen i Norge. Økningen ses imidlertid blant innvandrere smittet homoseksuelt før ankomst til Norge og reflekterer derfor ikke en økning i nysmitte blant msm i Norge. Blant msm født i Norge har hivtallene holdt seg relativt stabile de siste 10 årene. Andelen hivpositive msm med innvandrerbakgrunn har vært økende de siste årene. Denne tendensen forsterker seg ytterligere, og msm med innvandrerbakgrunn utgjør nå om lag 50 % av de meldte tilfellene blant msm i 2014.



Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

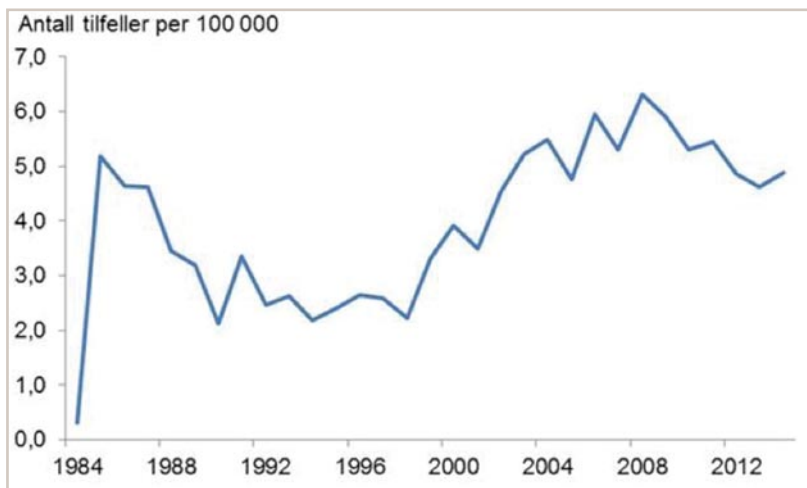
Det er blant msm vi har sett den mest bekymringsfulle hivutviklingen i Norge de siste 10 årene med mer enn en tredobling av antall meldte hivtilfeller fra da økningen startet i 2003 og frem til i dag. En liknende utvikling er sett i mange andre vestlige land. Dette har resultert i en høy forekomst av hiv blant msm i de utsatte miljøene både i inn og utland, og et

vedvarende høyt smittepress som følge. Smittepresset blant msm forsterkes av et betydelig antall nysmittede med høye virusmengder som ikke kjenner sin hivstatus. Antall påviste tilfeller av gonore blant msm fortsetter å øke i 2014 og forekomsten av syfilis holder seg på et vedvarende høyt nivå, noe som også indikerer mye risikosex blant msm både i Norge og på utenlandsreiser.

I tillegg til økt kondombruk er tidlig diagnostikk et prioritert mål i det forebyggende arbeidet. Viktigheten av økt testing i gruppen bekreftes også ved at man hvert år diagnostiserer et betydelig antall msm først etter at de har utviklet aids eller annen langtkommet hivsykdom. Msm bør jevnlig tilbys undersøkelse for seksuelt overførbare infeksjoner når de oppsøker fastlege eller andre helsetjenestetilbud. Seksuelt aktive msm oppfordres til å sjekke seg årlig, og menn med flere partnere bør undersøke seg oftere.

Tabell 1. Hivinfeksjon meldt MSIS 1984-2014 etter diagnoseår og smittemåte

Smittemåte	Før 2010	2010	2011	2012	2013	2014	Totalt	%
Heteroseksuell	2229	157	155	142	124	130	2937	52,2
- smittet mens bosatt i Norge	691	57	46	46	31	47	918	
- smittet før ankomst Norge	1538	100	109	96	93	83	2019	
Homoseksuell	1369	85	97	76	98	107	1832	32,6
Sprøytebruk	564	11	10	11	8	7	611	10,9
Via blod/blodprodukter	47	0	0	0	0	1	48	0,9
Fra mor til barn	63	1	4	7	1	3	79	1,3
Annen/ukjent	99	4	2	6	3	1	115	2,1
Totalt	4371	258	268	242	234	249	5622	100,0



Figur 1. Hivinfeksjon i Norge meldt MSIS 1984 - 2014 etter diagnoseår.

Se også:
[Hivsituasjonen i Norge per 31.12.2014](#) (pdf)

Publisert: 04.03.2015, endret: 05.03.2015, 16:31

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 81. Stikkord: Hiv. Aids.

Hvor mange nordmenn har antibiotikaresistente bakterier i tarmen?

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114237>.

En forsk rapport viser høy forekomst av antibiotikaresistens i diare-bakterier funnet hos mennesker og dyr i Europa. Folkehelseinstituttet vil kartlegge hvor stor utbredelsen er i Norge.

Det Europeiske Smitteverninstituttet (ECDC) og det Europeiske mattrykksorganet (EFSA) uttrykker bekymring for framtidige behandlingsmuligheter, da de nylig offentliggjorde en rapport som viser høy forekomst av antibiotikaresistent Salmonella og Campylobacter hos både mennesker og dyr i Europa.

Rapporten viser at blant Salmonella funnet hos mennesker og dyr, er det høy forekomst av resistens. Særlig fremheves fjørfe. Over 30 prosent av mennesker, 56 prosent broilere, 73 prosent kalkuner, samt 38 prosent av griser hadde resistente Salmonellaisolater. Det er også påvist pågående spredning av noen av disse.

Forekomsten av fluoroquinolonresistens i Campylobacter er også høy, både hos mennesker og broilere, hvor en stor andel



Foto: FHI, Analyse av E. coli-bakterier på laboratoriet

Campylobactersykdom hos mennesker stammer fra. Personer med et redusert immunforsvar kan bli alvorlig syke av slike infeksjoner og behandlingsmulighetene blir redusert dersom resistente Campylobacter skulle forårsake slik infeksjon.

Et kritisk viktig antibiotikum er Ciprofloxacin. Over halvparten av de vanligste Campylobacterisolatene fra både mennesker og broilere var resistente mot ciprofloxacin. Hos storfe var forekomsten av slike resistente mikrober 36 prosent. For andre typer Campylobacter (*C. coli*) var resistensforekomsten enda høyere (67 prosent hos mennesker, 69 prosent hos broilere). Heldigvis er forekomsten av samtidig resistens mot flere kritiske viktige antibiotika mot Salmonella lav (hos mennesker, 0,2 prosent, i broilere 0,3 prosent)

Situasjonen i Norge

Folkehelseinstituttet har siden 2013 etablert metoder for å påvise hvor mange friske nordmenn som er bærere av antibiotikaresistente bakterier i tarmen. Sammen med Antibiotikasentret for primærmedisin ved Universitetet i Oslo har vi etablert ett nettverk med fastleger som bistår med innsamling av prøver fra personer som samtykker til å delta i studien. Innsamlingen av prøver kom startet høsten 2014, men foreløpig er antallet prøver som sendes inn per uke for lavt til at forskere kan si noe sikkert om forekomsten av resistente bakterier i tarmen til den norske befolkning.

Veterinærinstituttet og Folkehelseinstituttet jobber med å sammenlikne resistente bakterier fra syke mennesker, med tilsvarende bakterier fra kylling og kalkun. Det er funnet en del resistente bakterier i prøvene som hittil er blitt undersøkt.

Det behøver ikke å bety at norsk kylling eller kalkun er årsaken. Før fagfolk kan konkludere med hva som er smitekilden, trenger de å få bedre oversikt over hvor utbredt slike bakterier er i andre matvarer (som kan smitte via mat), i befolkningen (som kan smitte fra person til person) og i miljøet (som kan smitte fra jord og vann). Reiser til utlandet og import av mat fra utlandet, er andre aktuelle smittemåter.

Arbeidet er tidkrevende og møysommelig. Det krever langsiktige planer og kan ta flere år. Foreløpig vet vi bare at resistente bakterier forekommer hyppig hos fjørfe og at det finnes hos friske mennesker, men det er ikke klart om resistente bakterier hos kylling smitter over til mennesker.

Mangler pålitelige tall

Vi trenger pålitelige tall som kan si noe om smittested og smittemåte, samt hvor utbredt problemet er i Norge, for å kunne finne ut hvorfor folk er blitt bærere av bakteriene og hvor lenge bakteriene er i kroppen. Og kanskje enda viktigere: Hvem har ikke resistente bakterier i tarmen, og hvordan skiller disse personene seg fra dem som har det.

Har de spesielle vaner eller beskyttende bakterier, eller andre egenskaper? Dersom vi finner svaret på disse spørsmålene, kan vi trolig bruke kunnskapen til å forhindre at flere blir bærere.

Trenger flere prøver

For å komme nærmere et svar, trenger Folkehelseinstituttet i første omgang flere personer som er villige til å svare på et enkelt spørreskjema og avgi endetarmsprøver. Vi håper derfor på økt velvilje til å stille opp som frivillig hvis fastlegen din spør deg.

Vi oppfordrer i tillegg alle fastleger til å bidra. Leger som ønsker å få tilsendt prøvetakingsmateriale, spørreskjema og ytterligere informasjon, kontakt overlege Astrid Wester ved Avdeling for næringsmiddelbårne infeksjoner ved Folkehelseinstituttet. Foreløpig er 30 fastleger med i prosjektet.

Publisert: 05.03.2015, endret: 05.03.2015, 16:39

Referansekode i 'Helserådet': TSS 2015 – 82. Stikkord: Antibiotikaresistens. Tarmbakterier.

Forbruket av lakselusmidler er høyt og øker fortsatt

Lenke/referanse til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=114175> .

Salget av midler mot lakselus i norsk fiskeoppdrett økte også i 2014. Salget av antibakterielle midler viste derimot en reduksjon i forhold til året før. Salget av midler mot innvollsorm har økt sammenlignet med 2013. Dette viser tall fra Folkehelseinstituttet.



Fortsatt store problemer med resistent lakselus

Bruken av midler mot lakselus, både målt i kilo og i antall behandlingsdoser, fortsetter økningen fra 2013. Det var en økt bruk av alle virkestoffer mot lakselus, med unntak av cypermetrin.

Utviklingen i 2014 tyder på at norske lakselus fortsatt har høy grad av resistens mot legemidler. Forbruket av lakselusmidler har vært høyt siden 2009.

I 2013 var bruken av hydrogenperoksid tredoblet i forhold til året før. Forbruket har nær firedoblet seg fra 2013 til 2014. Hydrogenperoksid brukes både mot lakselus og mot amøbegjellesyke (AGD). Statistikken viser samlet salg.

(Red. anm.: her er ikke tatt med resten av artikkelen, bl. a. et omfattende tabellverk. Artikkelen i sin helhet vises imidlertid ved å gå inn på lenken ovenfor)

Referansekode i 'Helserådet': ERN 2015 -25. Stikkord: Lakselus.